

COLLEGE COOPERATIF PROVENCE ALPES MEDITERRANEE

Centre agréé par le Ministère de la Solidarité et de la Cohésion Sociale

**Diplôme d'Etat d'Ingénierie Sociale
Région PACA**

**La prise en charge des personnes âgées par la société, entre
maintien à domicile et assignation**

Présenté par : **Bernard MAUNIER**

Sous la direction de : **Sophie ODENA**

Session de décembre 2013

Centre associé
Institut Régional de Travail Social PACA et Corse

Les opinions exprimées dans ce mémoire sont celles de l'auteur et ne sauraient en aucun cas engager le Collège Provence Alpes Méditerranée, ni le Directeur de mémoire.

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier ma Directrice de mémoire, Madame Sophie ODENA qui m'a guidé sur le chemin de l'écriture de ce mémoire avec patience. Merci pour ses conseils, ses orientations, ses encouragements dans mes moments de doute.

Il me paraît indispensable de remercier aussi toute l'équipe pédagogique pour la qualité des enseignements dispensés pendant notre parcours de formation.

Je ne peux omettre de remercier mes collègues de formation qui m'ont soutenu dans mes périodes d'incertitudes. Merci à tous ceux qui par amitié ont contribué à la progression de ce mémoire, je pense particulièrement à Martine et Michèle sans lesquelles je n'aurais pas surmonté mes moments de découragement.

Et enfin je veux remercier ici particulièrement mon épouse pour sa patience et mes enfants pour le temps que j'ai consacré à ce mémoire et qui leur a fait défaut. Merci de votre compréhension de votre amour et de votre soutien.

Sommaire

Remerciements
Liste des sigles utilisés
Avant-propos

Introduction

Première partie

Chapitre 1 : La construction sociale du statut des personnes âgées en France
Chapitre 2 : Eléments de politiques publiques / Deux approches de la dépendance :
Chapitre 3 : Construction du modèle d'analyse

Deuxième partie

Chapitre 1 : Méthodologie d'enquête
Chapitre 2 : Les résultats et l'analyse des résultats des entretiens avec les personnes âgées
Chapitre 3 : Les résultats et l'analyse des résultats des entretiens avec les professionnels

Troisième partie

Chapitre 1 : Vulnérabilité et Bien-vieillir : des concepts à géométrie variable.
Chapitre 2 : Entre déterminisme et réseau social, quel impact sur la trajectoire de vie ?
Chapitre 3 : Pertinence des politiques publiques de prise en charge des personnes âgées.
Globalisation contre individualisation ?

Conclusion

Bibliographie
Table des Matières
Table des annexes
Annexes

TABLE DES SIGLES

ABS : Analyse des Besoins Sociaux

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

ANAH : Agence Nationale de l'Habitat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Nationale de Santé

CG : Conseil Général

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCPAM : Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CODERPA : Comité Départemental des Retraités et Personnes âgées

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie

CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Médico-Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso-Ressources

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

IIDRIS : Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National des Etudes Démographiques

IRIS : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique

INSEE : Institut National de l'information Statistique et des Etudes Economiques

MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PCH : Prestation Compensatrice du Handicap

PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des personnes handicapées et de la perte d'autonomie Définition

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

MAUNIER Bernard - Mémoire DEIS : La prise en charge des personnes âgées par la société, entre maintien à domicile et assignation 2013

AVANT PROPOS

Le sujet de ce mémoire, s'inscrit dans la suite logique d'un parcours professionnel atypique, qui voit le commencement de ma carrière dans le domaine social s'effectuer de manière totalement fortuite. Le "hasard" d'une rencontre avec un pharmacien, débordé, ne pouvant pas livrer des médicaments à des personnes âgées et mon envie de travailler « utile », tel fut le facteur déclenchant.

Après six mois d'enquêtes, réalisées auprès de ce public pour évaluer son besoin et comprendre quelles étaient ses difficultés quotidiennes, je décidais de me lancer dans la conception d'une réponse adaptée.

Il me fallut pratiquement deux années pour construire celle-ci, mobiliser les partenaires et en trouver les financements. Dans cette aventure naissante, le plus compliqué ne fut pas de trouver les moyens financiers en vue de la réalisation de ce projet, mais d'obtenir la reconnaissance et l'appui des travailleurs sociaux auxquels je le présentais.

Je décidais alors de m'appuyer sur ceux qui croyaient à ce projet pour finaliser celui-ci et l'emmener plus loin. Les deux années qui ont précédé l'ouverture de la structure, furent riches en relations humaines et me permirent d'apporter enfin un début de réponse à l'isolement des aînés ainsi qu'à d'autres besoins émergents non satisfaits. Le 15 décembre, l'association Vie Nouvelle était née, avec un concept innovant en son temps : « l'accompagnement véhiculé des personnes âgées ». Après avoir endossé le statut de porteur de projet, le Conseil d'administration me confia celui de directeur, me permettant ainsi de poursuivre mes actions, pour défendre l'autonomie des personnes âgées les plus démunies, dans les quartiers nord de l'agglomération marseillaise. Pendant plusieurs années, j'ai été l'un des artisans qui ont contribué à combattre la solitude et l'isolement touchant nos aînés.

J'ai été précurseur de la mise en œuvre d'un service d'aide à la mobilité auprès d'un public d'usagers composé essentiellement de personnes âgées entre 65 et 90 ans. Pendant plus de dix années d'exercice dans le cadre de mes fonctions, j'ai été confronté aux difficultés quotidiennes des personnes âgées et en particulier, celles des femmes veuves issues de classes sociales populaires.

INTRODUCTION

Sur le territoire des quartiers nord de Marseille, les inégalités sociales sont nombreuses et les politiques de prise en charge des personnes âgées à domicile, ne correspondent ni aux attentes ni aux besoins réels de ce public. Les plans d'aide, s'appuient sur des critères liés à l'état de santé, sans réelle prise en compte de l'environnement social.

De plus, la solvabilisation des services, autres que ceux admis communément dans le cadre de la prise en charge de l'APA¹ constitue un obstacle supplémentaire à la couverture de l'ensemble des besoins des personnes âgées.

Sans prise en charge, ne serait-ce que partielle, l'accès à de nouveaux services est alors impossible pour les aînés les plus démunis et ne restent accessibles qu'aux personnes ayant des ressources propres. Etre accompagné pour faire ses courses, retirer de l'argent à la banque, aller au club, au cinéma, visiter de la famille éloignée, des amis ou tout simplement se rendre à un rendez-vous médical, ne font pas l'objet de prise en charge par les dispositifs publics. Pourtant, ces activités sociales participent au maintien à domicile ce qui constitue le vœu de près de neuf Français sur dix.²

Ces constatations amènent un certain nombre de questions quant à l'efficacité de la prise en charge de la dépendance et de la perte d'autonomie, pourtant véritable enjeu social et sociétal.

Au plan social

1. Quelles solutions pour répondre aux attentes d'un public qui n'a pas ou plus pour habitude de s'exprimer, de manifester, de revendiquer ?
2. L'aide à domicile est limitée aux seules prestations de ménage, de repassage, de préparation de repas. Quid du lien social, quelles réponses aux problématiques de plus en plus prégnantes de l'isolement ?

¹ APA, (Aide Personnalisée à l'Autonomie) : loi du 20 juillet 2011 et contribue à la prise en charge financière de la perte d'autonomie.

² Alain FRANCO, Vivre Chez soi, Rapport à Mme Nora BERRA, Secrétaire d'État en charge des Aînés - Juin 2010.

Au plan sociétal

Quel avenir pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Après ce questionnement, quelques réflexions préalables :

Avec de fortes disparités de prises en charge en fonction des territoires, les interrogations demeurent en ce qui concerne la différence de traitement selon les départements de résidence.

De plus, la superposition de dispositifs législatifs et règlementaires³ qui s'entrechoquent, se contredisent, et parfois s'opposent met en difficulté un secteur où les valeurs solidaires portées principalement par le monde associatif se confrontent à la marchandisation des services sanitaires et sociaux, phénomène accentué par la mise en concurrence des associations et entreprises de services via les appels à projet des ARS⁴, issues de la loi HPST⁵.

Cette nouvelle organisation, pourrait avoir comme conséquences possibles, l'éviction de certains acteurs associatifs, concourant à l'appauvrissement du maillage associatif des territoires et quartiers, la concentration sur des opérateurs de grande taille, lucratifs ou non, organisés en chaîne et moins ancrés dans le territoire.

De surcroît l'obligation de mise en place de démarches qualité et de certification obligatoires et réglementaires, oppose à la notion d'usager de la loi 2002-2 celle de client, avec pour autre conséquence, le formatage de l'offre de service sous une forme consumériste, entraînant du même coup une nouvelle fracture sociale chez les personnes âgées, service minimum pour les plus démunis, services d'excellence pour les personnes âgées ayant des ressources propre.

³Loi 2002-2, plan BORLOO, loi du 11/02/2005, loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)

⁴ Agence Régionale de Santé (ARS) : loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST)

⁵ Loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST)

Depuis la genèse des politiques de prise en charge de la vieillesse dans notre pays, la réflexion est conduite par des spécialistes⁶, des professionnels, qui ont œuvré pour construire notre modèle actuel.

Certes leurs regards constituent un appui indispensable à la réflexion mais au moment où l'on souhaite placer l'usager au centre des dispositifs, la question reste posée quant à sa parole et la place qui lui est faite dans l'analyse des besoins permettant de l'accompagner dans une vie autonome le plus longtemps possible.

Cette liste de questions n'est pas exhaustive, elle en appelle d'autres. Elles interrogent la société toute entière sur la manière dont elle prend et souhaite prendre soin de ses anciens. Les politiques publiques se désengagent et s'engagent tour à tour dans le questionnement.

La dépendance est un sujet brûlant. Mais de quoi parle-t-on au juste ? Qu'est-ce que la dépendance ? Qu'est-ce qu'une personne âgée ? Qui est vieux ?

Dans les quartiers nord de Marseille, il existe une vieillesse laissée pour compte, et invisible. Cette vieillesse, nous l'avons côtoyée dans notre pratique professionnelle. Nous avons été confrontés à la violence des cas de clochardisation à domicile, aux phénomènes de détresse liés à l'isolement dans les cités des quartiers nord de Marseille, comme dans les noyaux villageois.

Après avoir essayé d'apporter une réponse à la problématique de l'isolement, nous souhaitons aujourd'hui essayer de comprendre le processus qui peut conduire à la désocialisation des plus de 75 ans, et principalement de ceux et celles qui sont confrontés aux situations de veuvage.

Dans une première partie nous tenterons de retracer la construction sociale de la vieillesse et des politiques sociales qui ont conduit au regard que porte aujourd'hui notre société sur la population âgée. Nous essayerons de comprendre l'évolution des représentations de la population âgée, le pourquoi des inégalités sociales et générées qui frappent les plus de 75 ans et particulièrement ceux issus des classes populaires notamment dans le cadre de l'élément clé des politiques publiques que représente le maintien à domicile.

⁶ Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, rapport BROUSSY Janvier 2013 p 8.

Nous exposerons bien entendu les critères définissant la dépendance ainsi que les outils d'évaluation et les aides associées pour tenter d'apporter des réponses à la question qui est l'objet de ce mémoire.

Comment les réponses de la société et de l'environnement aux problèmes du vieillissement des plus de 75 ans contribuent ou non à l'émergence de la vulnérabilité ?

Dans une seconde partie nous nous intéresserons à la situation des personnes âgées elles-mêmes, dans une approche comparée nous irons recueillir la parole d'une vingtaine d'aînés de plus de 75 ans, vivant pour la moitié en zone péri-urbaine dans la ville moyenne de La-Ciotat, puis dans les quartiers nord de Marseille pour l'autre partie.

Dans le même esprit, nous irons à la rencontre de professionnels du secteur et enfin, nous nous appuierons sur l'expérience tirée de ma pratique professionnelle. Cette partie élaborée au moyen d'entretiens semi directifs permettra de confronter l'hypothèse qui guide notre réflexion :

Le processus de vulnérabilisation varie en fonction de l'approche des problématiques de la vieillesse, de la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelon local et des modalités de prises en charge.

Enfin dans une troisième partie nous vérifierons la pertinence de notre hypothèse et reviendrons sur celle-ci afin d'en vérifier le fondement. Nous alimenterons notre recherche, par des matériaux recueillis lors des entretiens afin d'affiner notre travail.

1^{ère} PARTIE La construction sociale des personnes âgées en France

Vieillir en France. Trois mots sous-tendus par des réalités différentes selon que l'on soit actif ou dépendant, riche ou pauvre. Qu'est-ce qu'être vieux, dans une société où le jeunisme est érigé en dogme. Qu'est-ce que la vieillesse ? Qui sont ces « vieux » ? Quel est leur devenir ? Quel regard portons-nous sur ce public ? Que deviennent-ils lorsque la perte d'autonomie apparaît et que les problèmes de santé, la perte du conjoint, mettent en évidence leur incapacité à effectuer les actes de la vie quotidienne ?

Lorsque la dépendance atteint un degré important, certaines tâches peuvent s'avérer de plus en plus difficiles à maîtriser seul. L'aide d'un tiers, proche ou professionnel, devient alors indispensable pour que la personne âgée puisse demeurer à son domicile. Mais rester chez soi constitue-t-il un choix réel,⁷ un libre choix, un choix éclairé, un choix par défaut, un choix contraint ?

Dès lors se pose la question de l'égalité d'accès aux droits en fonction de sa catégorie sociale, de son environnement (habitat et lieu de résidence), de sa situation et de son environnement familial, puis celle de l'accès aux services permettant un réel maintien à domicile.

La méconnaissance par les personnes âgées et par leur famille des dispositifs existants les concernant est un fait constaté dans ma pratique professionnelle. L'accès à ces ressources est complexe et nécessite un minimum de moyens d'investigation, d'accès à l'information. Si cela peut nous paraître simple grâce aux outils de communication moderne, qu'en est-il pour une personne âgée de plus de 75 ans qui n'a jamais vu un ordinateur ou qui ne peut en avoir faute de moyens ? Cette méconnaissance des dispositifs tiendrait-elle à leur manque de lisibilité, à une information partielle et fractionnée, incomplète, difficile à obtenir, et ce malgré la mise en œuvre des CLIC⁸ ?

⁷ Bernard ENNUYER « Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? », *Gérontologie et Société* 4/2009 (n° 131), p. 63-79.

⁸ CLIC : Centre locaux d'Information et de Coordination, les CLIC sont des services sociaux et médico-sociaux visés au 11° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

On mesure l'évolution d'une société à la façon dont elle traite ses aînés. Dans son ouvrage *La Vieillesse*, Simone de Beauvoir dénonçait le regard négatif porté par la société française sur ses aînés : « *Les vieillards sont-ils des hommes ? A voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter... la vieillesse est un sujet honteux et un sujet interdit* »⁹.

Depuis de nombreuses années, notre société a évolué, l'espérance de vie progresse, induisant un intérêt accru ces dernières décennies, en particulier dans sa partie la plus médiatisée, le financement de la retraite, au cœur des enjeux politiques et économiques

I. Personnes âgées : Qui est vieux ?

Cette question ne peut faire l'objet d'une réponse simple, telle que proposée par le dictionnaire de la langue française, qui associe « le vieux » au vieillard et le définit comme un homme dans la dernière phase de sa vie.

« La jeunesse n'est qu'un mot, la vieillesse aussi »¹⁰ Pour Bernard ENNUYER, donner le qualificatif de « personne âgée » à toutes ces personnes constitue, avant tout, une commodité de langage plus que le résultat d'une analyse sociologique approfondie¹¹. Toutefois il évoque la classification de Muriel BOULMIER¹², qui dans une approche habitat et vieillissement distingue « les séniors actifs » entre 60-75 ans, des 75-85 ans porteurs de pluri mini-handicaps et les 85 ans et plus, statistiquement plus dépendants ». En 2010, le Centre d'Analyse Stratégique évoque quant à lui trois groupes de populations: les séniors entre 50 et 75 ans, actifs en bonne santé encore en emploi ou à la retraite, les 75-85 ans restant autonomes malgré leurs problèmes de santé et enfin au-delà de 85 ans le grand âge marqué par des processus souvent accélérés de perte d'autonomie et de grande fragilité.

⁹ Simone de BEAUVOIR : « La vieillesse » GALLIMARD édition Janvier 1970 de, extrait de la 4^{ème} de couverture.

¹⁰ Entretien de Pierre BOURDIEU avec Anne-Marie Métaillié, réalisé en 1978 « La jeunesse n'est qu'un mot », p143-154.

¹¹ Bernard ENNUYER : *Repenser le maintien à domicile enjeux, acteurs, décisions*, Paris, DUNOD, p 4.

¹² Cité par Bernard ENNUYER « A quel âge devient-on vieux ? », *Gérontologie et société* n°138, 2011 pages 127-142

Quelles sont les bornes de la vieillesse, notre « vieux, vieille » qui est-il ? Est-ce le regard des autres qui le détermine dans cette catégorie, est-ce encore son départ à la retraite qui le fait exister comme « vieux », ou est-ce la norme qui le définit comme tel ?

1. Est-on vieux car désigné comme tel par le regard de l'autre ?

La vieillesse change de visage, elle évolue avec son temps, au gré des représentations sociales qui tentent désespérément de reconstruire la réalité qui nous entoure en lui donnant un sens actualisé. Ce sens influence la nature des relations entre les individus et les groupes d'individus. Dans son livre « L'âge de la vieillesse » Patrice BOURDELAIS¹³ nous parle de la vieillesse, perçue depuis l'antiquité, comme d'un moment particulier de la vie, « *N'y a-t-il pas dit-il, un contre sens flagrant entre les évolutions sociales intervenues depuis cinquante ans et cette immobilité d'un seuil d'entrée dans le groupe des « vieux » à 65 ans, voire de plus en plus à 60 ans* ».

Le regard de l'autre est subjectif, il ne peut donc en aucun cas servir de support de catégorisation. On est toujours le vieux de quelqu'un d'autre¹⁴. Nous pouvons ainsi légitimement nous interroger sur la manière dont se construit la représentation sociale de la vieillesse. Il semblerait cependant que dans une société fondée sur la productivité et le travail, la vieillesse serait plutôt envisagée au regard des problématiques sociales incidentes comme le financement des retraites ou de la dépendance.

2. Est-on vieux au motif d'être retraité ?

Faire coïncider l'âge de la retraite avec celui de la vieillesse, ce serait ignorer l'évolution de notre espérance de vie en bonne santé, l'âge de la vieillesse évolue de 3 mois chaque année. Certains spécialistes estiment qu'un enfant sur deux naissant aujourd'hui vivra centenaire. Ils sont 6 000 centenaires en France, nous passerions à 150 000 en 2050.¹⁵

¹³ Patrice BOURDELAIS : L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la population Paris : Odile JACOB, collection de poche, 1997, p 432

¹⁴ Pierre BOURDIEU La « jeunesse » n'est qu'un mot, entretien avec Anne-Marie METAILIE, paru dans *Les jeunes et le premier emploi*, Paris, Association des Ages, 1978, pp. 520-530. Repris in *Questions de sociologie*, Éditions de Minuit, 1984. Ed. 1992 pp.143-154.

¹⁵ INSEE Première N°1319-octobre 2010

L'espérance de vie devrait progresser plus vite que l'âge de la retraite, celui-ci évoluant en fonction des politiques publiques¹⁶. *En 2050, l'âge moyen de la retraite dans les pays de l'OCDE¹⁷ atteindra pratiquement 65 ans pour les deux sexes, soit une hausse de près de 2.5 ans pour les hommes et 4 ans pour les femmes par rapport à 2010.*

En France en 1958, l'âge de départ à la retraite était de 65 ans et ce jusqu'en 1983, puis de 60 ans de 1989 à 2010¹⁸, où la réforme a relevé l'âge de départ à la retraite. En 2017, celui-ci sera à 62 ans, avec une possibilité de partir avant, sous certaines conditions. Il faut aussi apporter une distinction entre l'âge légal et l'âge réel de départ à la retraite. Dans notre pays, ces différences peuvent varier de 55 ans à 70 ans. Ainsi donc, de même que le regard de l'autre est subjectif, la retraite fluctue et ne peut objectiver le concept de vieillesse.

3. Est-on vieux car défini comme tel par des catégories normatives ?

Selon Pierre Bourdieu, « L'âge est une donnée biologique socialement manipulée et manipulable »¹⁹ Pour lui, toute catégorisation visant à enfermer une catégorie de personnes en fonction de son âge peut revêtir un caractère discriminant, de ségrégation sociale. Il parle alors d'assignation à « comportement d'âge ». Selon Bourdieu, *« l'âge constitue une manipulation mentale, car définir les personnes âgées comme étant les « plus de », peu importe l'âge retenu, revient à donner une « pseudo homogénéité » sociale à un groupe de personnes à cause de leur âge, ce qui est tout à fait faux. »*

Pour Patrice BOURDELAIS, la catégorisation statistique du vieillissement est insuffisante pour décrire les évolutions sociales recouvertes par l'augmentation de l'espérance de vie²⁰. De fait, de nombreux sociologues admettent que les tranches d'âges évoluent. Ainsi dans le monde du travail, on considère qu'à partir de 40 ans le travailleur entre dans la catégorie senior, à 30 ans un jeune peut poursuivre ses études et rester chez ses parents comme un

¹⁶ OCDE (2011), « Âge de la retraite et espérance de vie, 1950-2050 », dans Panorama des pensions 2011 : Les systèmes de retraites dans les pays de l'OCDE et du G20, Éditions OCDE

¹⁷ OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques créée en 1961.

¹⁸ OCDE (2011), « Âge de la retraite et espérance de vie, 1950-2050 », Les systèmes de retraites dans les pays de l'OCDE et du G20, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2011-5-fr

¹⁹ Entretien de Pierre BOURDIEU avec Anne-Marie METAILIE, réalisé en 1978 « La jeunesse n'est qu'un mot » p 143-154

²⁰ In Patrice BOURDELAIS « L'âge de la vieillesse », 1998.

adolescent, à 60 ans l'âge où l'on prend sa retraite est aussi devenu l'âge de la réalisation de soi pour les générations du baby-boom²¹.

Dans son livre *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Vincent CARADEC montre comment les systèmes de retraite ont transformé le vieux en « retraité ». Puis les différentes crises industrielles, amenant une cessation anticipée d'activité de nombreux salariés, ont engendré des catégorisations sociales tels que : les « seniors », les « pré-retraités », le « troisième âge », les « personnes âgées dépendantes ».

Selon lui, les représentations sociales de la vieillesse sont organisées autour de deux pôles, le premier occupé par le retraité actif, profitant de l'existence, tout en étant utile à ses proches et à la société, le second occupé par la personne dépendante, riviée à son fauteuil, souffrant de solitude et n'attendant que la mort.²²

Dans un sondage réalisé par l'IFOP,²³ à la question : « Selon vous, à partir de quel âge devient-on vieux ? » la réponse des Français est 69 ans. Toutefois cette réponse varie selon l'âge des personnes interrogées. Pour les moins de 25 ans, cet âge est estimé à 61 ans, alors que pour le plus de 65 ans il se situe à 77 ans, 8% d'entre eux l'estimant à plus de 80 ans. En France, une personne souffrant de déficiences à moins de 60 ans, sera considérée comme handicapée²⁴, cette même personne deviendra dépendante après avoir franchi le seuil des 60 ans.

Pour Pierre-Henri TAVOILLOT,²⁵ « *le sens des âges est irrémédiablement brouillé, dans une société où l'espérance de vie progresse, où nous avons de plus en plus de chance de vivre la totalité du parcours des âges, les moyens de concevoir ces âges et de leur donner sens fait cruellement défaut. Selon lui, dans l'histoire, jamais l'homme n'a bénéficié d'une telle certitude de son horizon de vie, jamais aussi il n'a paru aussi démuné sur la manière de parcourir le chemin du berceau à la tombe.* »

Relayer alors à un rang de statistiques, d'étude démographique, le vieux se trouve bien malgré lui, dans une case, retraité, retraité actif, vieux, vieillard sénile, dépendant ou non

²¹ Insee Première N°1319 - octobre 2010

²² Vincent CARADEC : *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement* Armand COLIN 2010 p 28

²³ Etude du groupe « Prévoir » réalisée par l'IFOP du 1^{er} au 3 février 2011 « les Français et le bien vieillir »

²⁴ Selon la classification internationale du fonctionnement humain, du handicap et de la santé, citée par Bernard ENNUYER, *repenser le maintien à domicile enjeux, acteurs, décisions*, Paris, DUNOD, p 77.

²⁵ Pierre-Henri TAVOILLOT « La confusion des âges » issu d'un entretien avec Yan de KERORGUEN

dépendant... C'est alors l'arsenal des chiffres qui prend la relève, introduisant la catégorisation statistique du vieillissement avec sa représentation négative introduite dès 1928 par Alfred SAUVY²⁶ avec l'invention du calcul du taux de vieillissement. Cette culture de la statistique, du chiffre, tend à envisager le phénomène du vieillissement sous le seul angle économique tel que l'impact de l'évolution démographique sur l'équilibre des systèmes de retraite ayant pour conséquence le « problème » de financement de la dépendance. L'on voit bien qu'aucune de ces trois approches ne constitue une réponse tranchée.

II. L'espérance de vie

Estimée à 30 ans au XVIII^e siècle, l'espérance de vie moyenne atteint 47.5 ans au XIX^e siècle, puis plus de 80 à l'aube du XXI^e siècle, celle-ci évoluant encore de 2.5 ans environ par décennie.

Les projections démographiques, publiées par l'INSEE, en 2001²⁷, sont fondées sur l'augmentation de la part des personnes âgées de 60 ans et plus mais aussi sur la diminution des naissances, double phénomène qui, par un effet ciseau, provoque une surreprésentation de la population âgée. Ainsi en 2020, la part des plus de 60 ans représenterait 26,4% de la population totale, soit environ 17 millions, soit 1.4 fois plus qu'en 2000. Les plus de 80 ans seraient 4 millions en 2020, soit 1.8 fois plus qu'en 2000, pour atteindre 7 millions en 2040 soit une progression de 3.2 fois plus qu'en 2000.

Entre le début des années 1980 et jusqu'en 1995, l'espérance de vie a augmenté de 3 ans pour les hommes comme pour les femmes, la portant respectivement à 76 et 83 ans. En 2012, une femme vit en moyenne 87 ans, contre 82 ans pour un homme.

Cette progression s'accompagne d'un recul de l'âge d'entrée dans ce que l'on nomme communément « la dépendance » en moyenne entre 70 et 75 ans chez les hommes, et à plus de 75 ans chez les femmes.

²⁶ Alfred SAUVY : « la population française jusqu'en 1956, essai de prévision démographique » journal de la société statistique de Paris, tome 69,1928.

²⁷ Annexe n° 1 : Source INSEE, tableau : Estimation de la population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007 et projection 2060 Tableau : Evolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060.

Cette espérance de vie qui s'accompagne aussi d'une évolution de leur perte d'autonomie plus importante,²⁸ est de surcroît inégalitaire en fonction de la catégorie sociale²⁹.

Dans les années 1980, l'augmentation de l'espérance de vie a bénéficié à toutes les catégories sociales, toutefois d'une façon moindre aux ouvriers qu'aux cadres et professions intermédiaires. En effet, sur la dernière décennie du XIXe siècle, l'espérance de vie de ces derniers était de 46 ans contre 39 ans pour les ouvriers, soit 7 ans de différence en moyenne.

Ces différences importantes sont non seulement liées à la pénibilité des travaux accomplis durant la vie professionnelle, mais aussi aux conditions de vie des ouvriers, habitat, hygiène de vie. En règle générale, ils apportent moins d'attention à leur santé, et consultent plus tardivement les médecins, ils se consacrent moins aux activités sportives, et sont souvent plutôt plus consommateurs de tabac et d'alcool³⁰. On constate aussi une différence importante entre les hommes et les femmes d'une même catégorie sociale. En effet, selon les observations réalisées entre 1991 et 1999 sur les probabilités de décès, les hommes cadres vivraient 7 ans de plus que les ouvriers, contre 3 ans pour les femmes.

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, quelle que soit la catégorie sociale, mais les différences observées entre les deux sexes, varient fortement selon les groupes sociaux.

En effet, cet écart passe de 4 ans entre les hommes et les femmes cadres, à 8.5 années chez les employés. Cependant, les disparités liées au sexe de l'individu, sont plus importantes que les écarts observés entre catégories sociales³¹.

Comme nous le disions précédemment, le regard de l'autre est subjectif, il est fonction de sa propre histoire, de sa représentation de la vieillesse.

En abordant la question du vieillissement, nous souhaitons aller au-delà des données générales qui masquent un avenir qui ne sera pas le prolongement de la situation actuelle

28 Annexe n° 2 : Source INSEE, enquête HID (handicaps-incapacités-dépendance) 1998-1999.

29 Annexe n° 3 : Source INSEE, division enquête et données démographiques, publication n° 1025, juin 2005.

³⁰ Nathalie BLANPAIN, L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N°1372 - octobre 2011

³¹ Les inégalités d'espérance de vie entre catégories sociales, Observatoire des inégalités 06 octobre 2011

compte tenu de l'orientation prise aujourd'hui par les politiques publiques et tenter de rendre compte des situations difficiles que vivent déjà de nombreuses personnes âgées.

Le retraité change, il n'est plus le même qu'hier, le retraité d'aujourd'hui devient actif, travaille encore parfois³² et de plus en plus souvent. Quant à la norme, elle aussi est changeante, évoluant en fonction des manipulations dont elle fait l'objet. La notion de « vieux » n'est donc pas réellement objectivable, en tant que telle.

En revanche les conséquences physiques et physiologiques du vieillissement, fortement variables selon les individus, font basculer ou pas, vers une autre catégorisation, celle de « personne dépendante ». Notre société est vieillissante comme en témoigne le glissement sémantique d'une troisième à une quatrième génération. Dans le cadre de ce mémoire, circonscrire notre propos, passe donc obligatoirement par une tentative de définition de la dépendance.

Chapitre 2 : Eléments de politiques publiques. Deux approches de la dépendance

L'apparition de la notion de dépendance dans le champ de la vieillesse est récente, se situant dans les années 1972-1973³³. Le mot lui-même appartient au vocabulaire courant, défini par le dictionnaire comme étant « la situation d'une personne qui dépend d'autrui » introduisant ainsi la référence au besoin de recourir à un tiers.

En gérontologie, la dépendance est reconnue comme étant principalement liée à trois facteurs, les maladies psychiques, les maladies physiques, l'environnement et le lien social.

Les principaux facteurs de dépendance.



Deux approches du concept de dépendance sont repérables, la première est incapacitaire, la seconde sociale.

³² Rapport de l'IGAS Juin 2012 évaluation du cumul emploi retraite

³³ Yves DELOMIER, 1973 Revue de Gérontologie 1973, n°12, Sept 1973, P 9 : Première définition de la dépendance dans le champ de la vieillesse

I. L'approche incapacitaire comme orientation des politiques publiques en faveur des séniors.

Le plus souvent, on parle de dépendance de la personne âgée quand cette dernière a besoin de l'aide d'un tiers pour assurer ses besoins quotidiens, pour effectuer les actes élémentaires de la vie quotidienne³⁴.

C'est ainsi que l'IDRIS³⁵ définit la dépendance, comme étant la « *situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif ne peut remplir des fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc...* » Inscrivant ainsi la dépendance dans une approche incapacitaire.

Ce sont les médecins gériatres qui ont été les premiers à utiliser ce terme au début des années 1970³⁶. Cette conception est inscrite dans la loi du 24 janvier 1997 qui instaure la PSD³⁷ puis celle du 21 juillet 2001 instaurant l'APA³⁸. Mais que soit évaluées la dépendance pour la première ou l'autonomie pour la seconde, n'est pris en compte que la dimension incapacitaire, normalisée au travers de la grille AGGIR³⁹ élaborée par des gériatres, dans les années 1993.

Dès 1997, la grille AGGIR et la nomenclature des GIR⁴⁰, devient l'outil de l'évaluation pour la mise en œuvre des politiques publiques par les collectivités. Elle est basée sur l'observation des activités quotidiennes qu'effectuent seule la personne âgée et prend en compte à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique, à la fois les ADL et les IADL⁴¹.

³⁴ : Toilette, alimentation, déplacement, habillement...

³⁵ IDRIS : Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale

³⁶ Bernard ENNUYER « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! », *Gérontologie et société* 4/2001 (n° 99), p. 219-232.

³⁷ Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD), article 2, *JO*, 25 janvier 1997.

³⁸ APA : Allocation personnalisée d'autonomie loi n° 2001-647 du 20 juillet 2007, *JO* du 21 juillet 2001.

³⁹ AGGIR Autonomie Gérontologie Groupe Iso ressource : Décret n° 2008-821 du 21 août 2008 du CASF Annexe n° 4 : La grille AGGIR et son utilisation.

⁴⁰ GIR Groupe Iso Ressource

⁴¹ IADL : Instrumental Activities of Daily Living, Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante

Cette grille élaborée par le Syndicat National de Gériatrie Clinique après un travail multidisciplinaire, est un logiciel de primo évaluation, à un moment donné dans une situation donnée de la dépendance de la personne âgée chez elle ou en institution. En fonction de critères physiques et psychologiques, est proposé un classement officiel des niveaux de dépendance en six Groupes Iso-Ressources (GIR), du plus autonome (GIR6) au plus dépendant (GIR1). La détermination du GIR dont relève une personne permet de proposer le mode de prise en charge le mieux adapté.

Une équipe médico-sociale en relation avec le médecin traitant évalue le niveau d'autonomie de la personne, en prenant notamment appui sur la grille.

Cet outil permettant l'évaluation se situe en amont dans la construction d'un projet de vie, du plan d'aide, qui permet l'éligibilité aux différentes prestations.⁴² Cette grille constitue l'outil incontournable d'évaluation du niveau d'autonomie, mais elle est aussi le support permettant le déclenchement de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie, (APA), instituée par la loi du 20 juillet 2001⁴³ contribuant à la prise en charge financière de la perte d'autonomie.⁴⁴

Il est nécessaire de rappeler que cette grille demeure un outil avant tout construit par des gériatres, dans un contexte sanitaire de long séjour, qu'elle ne prend en compte que huit sur dix variables discriminantes dans la détermination du GIR.

Ainsi la communication à distance et les déplacements à l'extérieur en sont exclus, car estimés non nécessaires dans un établissement. Or cette grille sert aujourd'hui aussi à évaluer les besoins de personnes à domicile excluant ces deux activités pourtant essentielles au maintien à domicile.

Que ce soient l'aide à domicile, l'accueil familial, les maisons de retraite, les EHPAD, l'ensemble de ces dispositifs ouvrent droit à prise en charge dans le cadre de l'APA. Selon l'INED,⁴⁵ au 31 décembre 2007, l'on dénombrait 1 078 000 bénéficiaires dans notre pays.

⁴² CASF (Code de l'Action Sociale et des familles) p 795-796 Chapitre 1^{er} : procédures d'instruction et modalité d'élaboration du plan d'aide

⁴³ Cette aide se substitue à la prestation spécifique dépendance, (PSD)

⁴⁴ Article L 232-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001.

⁴⁵ Source : INED Fiche pédagogique

Cette aide, qui revêt deux formes, est gérée par la loi de décentralisation et confiée aux départements et aux caisses de retraite.

La compétence des uns et des autres est répartie respectivement aux GIR 1 2 3 et 4 pour les premiers et aux GIR 5 et 6 pour les secondes. Le coût de l'APA à domicile est de 411 euros en moyenne mensuelle et concerne 61% des bénéficiaires. Celui de l'APA en établissement est de 288 euros en moyenne mensuelle et représente 39% des bénéficiaires.

Les dépenses d'APA en 2007 se sont élevées à 4,55 Md €, dont 3 Md € financés par les départements et 1,5 Md € par l'Etat via le fond géré par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie(CNSA) ⁴⁶. En 2011, les ressources de cette caisse ont été affectées comme suit :

- La Contribution Solidarité Autonomie :
 - 40 % destinés aux personnes âgées avec prise en charge en collectivité soit 933 millions
 - 14 % destinés aux personnes handicapées avec prise en charge en collectivité soit 327 millions
 - 20 % aux personnes âgées avec prise en charge à domicile dans le cadre de l'APA soit 467 millions
 - 26 % aux personnes handicapées avec aides individuelles à domicile dans le cadre de la PCH⁴⁷ et aide au fonctionnement des MDPH⁴⁸) = 607 millions
- La fraction de 0,1% de CSG⁴⁹ :
 - 95 % aux personnes âgées aides individuelles dans le cadre de l'APA soit 1 099 millions
 - 5% pour la promotion d'actions innovantes et le renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées soit 58 millions

⁴⁶ La CNSA, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie est un établissement public créé par la loi du 30 juin 2004 gérant les prélèvements obligatoires issus de la journée de solidarité du lundi de Pentecôte

⁴⁷ PCH : Prestation Compensatrice au Handicap

⁴⁸ MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

⁴⁹ CSG : Contribution Sociale Généralisée

Cette mesure, et son utilisation, est donc généralisée à l'ensemble des départements français. Toutefois les aides et les financements qui lui sont associés, peuvent subir des écarts importants en fonction des départements, de leurs moyens financiers et de leurs politiques facultatives.

Ces écarts sont de plusieurs ordres, tels que les met en évidence un rapport de l'IGAS⁵⁰. Pour exemple, les délais moyens constatés entre l'enregistrement du dossier et la notification au bénéficiaire varient de 51 jours pour les Bouches du Rhône à 158 jours dans l'Eure et Loire.

Selon le même rapport, la fiabilité de la grille est conditionnée par les profils des évaluateurs.⁵¹ Il démontre aussi une carence dans l'élaboration et la rédaction du plan d'aide qui ne distinguent pas les besoins des solutions, appliquant ainsi une réponse standardisée, celle d'un nombre d'heures alloué au bénéficiaire sans prendre en compte l'identification et la quantification des besoins exprimés. Ce plan d'aide est rarement formalisé et ne se traduit pas par la distinction entre le plan d'aide idéal ou optimum et le plan d'aide solvabilisé ou valorisé par l'APA, le premier prenant en compte l'évaluation médico-sociale multidimensionnelle des besoins, le second prenant uniquement en compte la contrainte financière.

Celui-ci se résume à une estimation du montant de l'évaluation du plan envisageable et de l'objectivation de la participation du bénéficiaire, soit par une appréciation globale du coût du plan d'aide, soit encore par des notes fixant des montants à respecter par GIR, voire même par sous-catégorie de GIR.

Dans les bouches du Rhône, le plan d'aide moyen a fortement diminué face à l'augmentation du nombre de bénéficiaires. Evalué à une vingtaine d'heures en moyenne pour un GIR 4 en 2003, il n'est plus qu'à huit heures en 2010 pour le même GIR.

⁵⁰ IGAS : Inspection générale des affaires sociales Rapport N°RM2009-024P Établi par Annie FOUQUET Michel LAROQUE Cédric PUYDEBOIS 14 Juillet 2009

⁵¹ IGAS, RAPPORT La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements Juillet 2009.

Une anticipation mal appréciée de la montée en charge du nombre de bénéficiaires⁵² a induit des difficultés financières dans la gestion de l'APA par les départements, entraînant ainsi une modification de la loi par un nouveau texte⁵³. La charge du financement de l'APA devait être environ de deux tiers pour les départements et un tiers pour l'Etat.

Afin de garantir la pérennité financière de l'APA et d'épargner aux départements une dépense supplémentaire incompatible avec leurs contraintes budgétaires, la loi du 31 mars 2003 a pris plusieurs dispositions visant à assurer le rééquilibrage financier de l'APA : Contrôle de l'effectivité de l'aide apportée aux bénéficiaires de l'APA à domicile, modification de la date d'ouverture des droits pour les bénéficiaires de l'APA à domicile.

Son financement a été successivement conforté par l'apport de la solidarité nationale⁵⁴ puis par la CNSA⁵⁵ et enfin par la loi⁵⁶ sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Force est donc de constater que les différentes mesures concernant la population âgée visent plus à la maîtrise des finances publiques qu'à répondre à l'ensemble des problématiques liées à l'autonomie. Il en découle une perception négative de la dépendance, vue comme une fatalité menaçant les finances publiques. En tout état de cause, c'est la vision gestionnaire et budgétaire qui prime dans la plupart des cas, compte tenu des budgets alloués à l'APA dans chaque département, de l'évolution du nombre de bénéficiaires et des restrictions budgétaires imposées par l'état.

Il nous faut également retenir la persistance de l'approche incapacitaire de la dépendance, dans les lois successives même si la loi du 11 février 2005 sur le handicap tend à amorcer une réflexion à dimension plus sociale. Cette approche incapacitaire et sous-tendue par une vision médicalisante conduit le grand public à appréhender la dépendance comme le symbole de déficit et d'incapacité liée à l'âge.

⁵² Projet de décret relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile adopté le 4 février 2003 par le comité des finances locales. Question écrite n° 05839 de M. Jean-Noël GUERINI (Bouches-du-Rhône - SOC) publiée dans le JO Sénat du 20/02/2003 - page 615

⁵³ Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003

⁵⁴ Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (journée de Pentecôte)

⁵⁵ CNSA : La Caisse Nationale de Solidarité Pour l'Autonomie est un établissement public créé par La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004.

⁵⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

On confond ainsi deux registres : le premier, que l'on qualifierait de pratique et fonctionnel basée sur le fait que la personne ne fait pas ou plus seule les principaux actes de la vie quotidienne, le deuxième serait plutôt d'ordre philosophique et éthique, dans ce second registre, la personne n'a plus la capacité ou le droit de se fixer à elle-même ses propres lois⁵⁷.

Pour conclure, il nous faut retenir les écarts liés aux politiques facultatives des départements en matière d'aide aux personnes âgées. En effet, en fonction du département de résidence, les aides telles que l'amélioration, l'adaptation du logement, l'aide aux déplacements, l'accueil de jour, font l'objet de différences de prise en charge importantes.

Ces différences sont aussi accentuées par la vision gestionnaire qui impose un modèle unique de réponse aux besoins exprimés qui se traduit par une enveloppe financière allouée.

II. L'approche sociale

A cette vision incapacitaire de la dépendance, s'oppose celle d'Albert MEMI, qui parle plutôt de « *dépendance relationnelle* »⁵⁸. Il exprime l'idée que la dépendance est intrinsèque à la condition humaine. Elle est réciproque, une relation tripartite en quelque sorte entre le dépendant, le pourvoyeur et l'objet de pourvoyance, appelée aussi « *dépendance lien social* » ou interdépendance. Le lien entre l'état de santé, le capital social, le réseau social, est souligné dans de nombreuses études. Albert MEMI, partisan de l'approche sociale, définit la dépendance comme étant une « *relation de subordination, de sujétion, contraignante plus ou moins acceptée avec un être, un objet, un groupe, une institution, réels ou non et qui relève de la satisfaction d'un besoin* ». Selon lui, nous sommes donc tous dépendants.⁵⁹

Pour Bernard ENNUYER,⁶⁰ « *la dépendance –lien social*⁶¹ » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, elle est une construction sociale dans une

⁵⁷ Au sens de la loi que l'on se donne à soi-même comme indicateur d'autonomie

⁵⁸ Albert MEMI : « La dépendance » édition Odile JACOB, Paris 2001.

⁵⁹ Albert MEMI : « La dépendance » édition Odile JACOB, Paris 2001.

⁶⁰ Bernard ENNUYER : La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? La maison de l'autonomie 11- 2010

⁶¹ Lien Social = relations établies entre individus formant une collectivité humaine. Liens d'ordre primaire famille, amis), liens d'ordre secondaire (professionnel, associatif, autres groupes d'appartenance)

forme d'organisation sociale déterminée. Les réponses apportées par les politiques publiques sur la question mettant l'accent sur la partie médicale, laissent de côté la partie liée aux parcours sociaux, source de grandes inégalités. De plus, le maintien ou non du lien social est fortement impacté par les « rôles sociaux⁶² ».

En effet les rôles se transforment notamment au moment du passage à la retraite, où l'individu quitte de manière définitive un rôle actif au sein de la société, celui de producteur que ce soit de biens ou de services pour endosser celui de retraité.

Selon Pierre BOURDIEU le concept de capital social est « *l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles d'un agent qui sont liées à un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissances et d'inter reconnaissances* »⁶³. Le capital social se construit au travers de la participation à la vie en société, dans le rapport avec l'autre dans la vie quotidienne.

Ainsi, participer socialement c'est un vivre ensemble qui implique des interactions sociales, des activités quotidiennes telles que du bénévolat, une participation à la vie d'un club, d'une association, la visite à des amis, de la famille, c'est entretenir et maintenir des liens sociaux en dehors du domicile.

Les catégories sociales les plus défavorisées détenant en règle générale un capital social moins important que les catégories favorisées, verront un émiettement voire une disparition de leurs liens et de leurs réseaux sociaux beaucoup plus rapide. Ce qui pourrait alors nous apparaître comme une nouvelle fracture sociale chez les personnes âgées, n'est en fait que le prolongement de celle-ci⁶⁴, la suite d'un parcours de vie avec ses prolongements inégalitaires.

En effet, en fonction du capital social qu'il a pu se construire mais aussi du rôle social qu'il a joué avant le départ à la retraite, l'individu va disposer d'un réseau social plus ou moins dense. Le réseau social étant une construction individuelle des relations et le capital social

⁶² Le Dictionnaire de sociologie donne la définition suivante : "Rôle social : configuration de modèles de conduites associées à une position ou fonction dans un système. Aspect dynamique du statut".

⁶³ BOURDIEU P. (1980), « Le capital social : notes provisoires » Actes de la recherche en sciences sociales n°31, p.2-3

⁶⁴ Annexe n° 5 : Entretien avec Bernard ENNUYER, Colloque « Personnes Âgées et Personnes Handicapées démences et traumatismes : La part des thérapies de reconstruction et de la créativité dans le maintien du lien social » mai 2013

l'inscription d'un individu dans une dynamique sociale où son capital est à la fois hérité et construit⁶⁵.

Cette dimension n'est malheureusement pas intégrée dans les politiques sociales de maintien à domicile des personnes âgées.

Pour autant, s'il on prend en compte le rapport LAROQUE, l'un des éléments fondateurs des politiques publiques concernant le public âgé⁶⁶, l'aspect incapacitaire n'était pas le seul élément à considérer puisqu'il posait la question de la place faite aux personnes âgées avec son corollaire, l'aspect social. « *Poser le problème de la vieillesse, en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore, dans celle de demain* ». ⁶⁷

Les orientations des politiques publiques ne suivront que partiellement les recommandations de ce rapport et conduiront à construire des réponses sur une approche et un modèle essentiellement médical dans une vision de la dépendance et non sous l'angle préventif de l'accompagnement à la perte d'autonomie.

Le terme même de dépendance est à lui seul discriminant et renvoie une image négative de la personne âgée faisant entrer « le dépendant » dans une phase de non-retour. Parler de perte d'autonomie suppose que l'espoir subsiste de la retrouver un jour. En effet, dans l'aide à l'autonomie, on reconnaît un manque qui peut en partie être compensé et non une situation irréversible.

On peut rester autonome, c'est-à-dire continuer à décider pour soi-même, tout en étant dépendant et malgré le handicap. C'est une question de citoyenneté, de dignité, de respect de la personne humaine, reconnaissant ainsi le droit à une compensation et à conserver le plus longtemps possible la liberté d'agir. C'est ce que la loi tente de prendre en compte quand elle supprime la PSD qui fait référence à la dépendance en la remplaçant par l'APA qui fait référence à l'autonomie introduisant sémantiquement la reconnaissance du droit

⁶⁵ Travaux de Nan LIN (1995) « le capital social résulte de l'investissement d'un individu dans ses relations avec d'autres ». 701 p.

⁶⁶ Haut comité consultatif de la population et de la famille, 1962, Politique de la vieillesse. Rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre LAROQUE, Paris, La Documentation Française. Cité par B. ENNUYER, p. 5.

⁶⁷ Haut Comité consultatif de la population et de la famille (1962). Politique de la vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Monsieur Pierre LAROQUE, Paris, La Documentation Française, p. 4.

pour tous de vieillir dans la dignité. Mais in fine, la confusion demeure entre dépendance et perte d'autonomie. La catégorisation de « dépendant » place l'individu dans une dynamique d'exclusion sociale, cette classification s'appuyant sur des traits spécifiques, la dépendance.

En se focalisant sur la dépendance incapacitaire le volet social est donc occulté. Pourtant la place qu'occupe un individu dans la société joue un rôle essentiel car l'absence d'interactions et de relations avec l'autre constitue un facteur de déprise contribuant au repli sur l'espace domestique au cours de l'avancée en âge⁶⁸.

C'est ce que Claude LEVI-STRAUSS exprime lorsqu'il écrit que celui qui est mis au ban, finit par mourir car dit-il : « *l'intégrité physique d'un individu ne résiste pas à la dissolution de la personnalité sociale* ». ⁶⁹

En 1982 le président de la République François MITTERRAND, disait concernant les services d'aide à domicile : « *Développer au maximum le service à domicile afin que les personnes âgées ne soient pas comme chassées de leur propre vie avant le jour de leur mort* »⁷⁰. Au regard de cette réflexion, la non prise en compte de la dimension sociale de la perte d'autonomie ne conduirait-elle pas l'individu à être chassé de sa propre vie ?

Parler de politique de maintien à domicile sans prendre en compte la dimension sociale ne sous-tend-il pas à une forme d'assignation ? Pour Bernard ENNUYER, cette assignation est double. En premier lieu elle est d'abord une assignation à résidence, puis une assignation à comportement, « *A résidence car si les personnes âgées ne peuvent rester chez elles sans un habitat adapté, on l'adapte pour eux... à comportement car on veut bien que les gens restent à domicile mais dans des comportements que l'on définit pour eux* ». ⁷¹

⁶⁸ C. LEVI-STRAUSS, « Le sorcier et sa magie » et « L'efficacité symbolique », in *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, 1958.

⁶⁹ S.CLEMENT J. MONTOVANI, « les déprises en fin de parcours de vie » *Gérontologie et société* n°90,1999, p.95-108

⁷⁰ Journée mondiale du vieillissement, le 7 avril 1982 parole du président de la République, François MITTERRAND.

⁷¹ Annexe n° 5 : Entretien avec Bernard ENNUYER, Colloque « Personnes Âgées et Personnes Handicapées démences et traumatismes : La part des thérapies de reconstruction et de la créativité dans le maintien du lien social » mai 2013

Ainsi le regard qui est porté sur la population âgée est principalement un regard d'experts de l'aspect médical de la dépendance, d'où découlent des politiques publiques dans une vision descendante qui ne prend en compte que partiellement les besoins du public concerné, en l'occurrence, l'aspect incapacitaire.

Nous reprendrons l'exemple qui nous est donné dans une approche comparée France Suède⁷² : *Une personne âgée qui a des difficultés à marcher mais ne présente pas de handicap médical majeur aux jambes et se déplace dans son appartement, pourra ne pas être considérée comme dépendante. Si elle habite un rez-de-chaussée et que les magasins ne sont pas trop loin, elle pourra éventuellement aller faire quelques courses. Mais si elle habite un quatrième étage sans ascenseur, non seulement elle ne pourra pas effectuer les quelques courses élémentaires qui lui assureraient une autonomie relative mais elle sera cloîtrée chez elle pour des mois, voire-comme nous l'avons rencontré- des années*

Ce même document, nous explique que dans le modèle Suédois, l'évaluation est fondée sur l'identification des besoins tels qu'ils sont exprimés par la personne elle-même. Le *care manager* dont le rôle consiste à identifier les besoins tels qu'ils sont exprimés par la personne âgée, propose aussi un plan d'aide en adéquation avec les besoins exprimés ce qui n'est pas le cas en France.

Dans le modèle français comme dans le modèle suédois, il existe une forte implication de l'Etat mais les réponses apportées par notre modèle français fondé sur le degré de dépendance au sens médical, sont à l'opposé de celles apportées en Suède qui se situe pour sa part, dans une approche globale des besoins.

Dans notre modèle, les politiques s'appliquent à des cas, que l'on intègre dans une grille, en l'occurrence la grille AGGIR, le focus étant mis d'abord sur le degré de dépendance et non sur les besoins de la personne à la différence du modèle Suédois où ce sont les besoins des personnes qui font l'objet de la construction d'une réponse adaptée.

La prise en compte des besoins sociaux suppose que l'on se positionne non pas dans une vision descendante mais ascendante, en partant des besoins des personnes elles-mêmes. Cela suppose que l'on reste à l'écoute des besoins des usagers, des individus, qui sont les

⁷² L'entrée en dépendance des personnes âgées : Quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France Suède Anne-Marie DAUNE-RICHARD, Ingrid JÖNSON, Magnus RING et Sophie ODENA, Revue française des affaires sociales, 2012/2-n°2-3 pages 159.

meilleurs experts de leur propre vie, de leur famille et de leur communauté. En France, l'apparition d'une nouvelle fonction issue du plan Alzheimer, celle de « gestionnaire de cas », constitue une amorce timide de l'approche par le besoin mais elle se situe encore bien loin de l'approche suédoise d'une part par sa spécificité et d'autre part par les moyens humains alloués.

Ainsi nous retrouvons sur nos territoires des personnes âgées en rupture de lien social qui n'attendent que la dépendance pour que l'on puisse prendre soin d'eux.

Dans l'enquête de 2006⁷³, 17% des personnes interrogées déclaraient ne pas parler à quelqu'un tous les jours et 8% déclaraient n'avoir reçu ni lettre, ni visite, ni coups de téléphone depuis 15 jours. 8%. Cela peut paraître minime mais si on extrapole ce pourcentage au nombre de plus de 60 ans en France, ce « 8% » correspond pourtant à 1,2 millions de personnes. Potentiellement, les relations sociales de près de 1,2 millions de personnes âgées sont quasi-inexistantes...

En définitive le manque de consensus autour d'une définition de la dépendance, dans le champ médico-social comme dans la vision commune, ne serait-il pas le reflet de visions et d'approches globales différentes de la vieillesse ? Ainsi, suivant le regard porté par notre société sur la vieillesse, les réponses apportées par les politiques sociales seront totalement différentes voir diamétralement opposées, approche par le modèle incapacitaire, modèle français, approche par le besoin, modèle suédois.

Pour conclure, les politiques publiques de prise en charge de la vieillesse demeurent complexes.

Responsabilité partagée à différents niveaux politiques de gouvernance, Etat, Région, Département, Municipalité, les politiques publiques se superposent, s'entrecroisent, se chevauchent, engendrant une perte d'efficacité et des doublons d'activités (CLIC, MAIA..). Les responsabilités sont dispersées voire diluées, engendrant un manque de lisibilité et de clarté des mandats de chaque strate des pouvoirs publics. De plus la juxtaposition des plans nationaux, des appels à projet des ARS, des divers schémas gérontologiques, des politiques communales, constituent autant de vecteurs qui accentuent

⁷³ Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées » Enquête Isolement et Vie relationnelle /Rapport général/AC BENSADON /Sept06

la confusion pour les publics concernés, contribuent à un cloisonnement des services à la personne âgée observable sur plusieurs niveaux, le champ sanitaire, le champ social et médico-social, les acteurs de prise en charge publics (Centre Communaux d'Action Sociale), les acteurs privés non lucratifs, les acteurs privés lucratifs et enfin le domicile et l'institution.

Dans ce contexte de fragmentations multiples, conduites par des experts de la dépendance incapacitaire, les besoins des personnes âgées ne sont pris en compte que partiellement. Alors même que les dispositifs réglementaires et législatifs incitent fortement les acteurs des divers champs précités à mettre les usagers au cœur des dispositifs, les politiques de la vieillesse poursuivent dans leur vision descendante dont l'utilisateur lui-même est exclu. Cette exclusion de l'utilisateur semblerait être constituée de fait dès lors que les politiques publiques décideraient de ce qui est bon pour les personnes âgées, en leur lieu et place.

Chapitre 3 : Construction du modèle d'analyse

Dans un premier temps, nous tenterons l'analyse des faits significatifs de notre question de recherche, grâce à l'analyse d'un corpus sociologique théorique se référant au concept d'exclusion sociale.

Dans un second temps, nous nous intéresserons aux processus de fragilisation et de vulnérabilité rapportés à notre public au travers desquels nous élaborerons dans un dernier temps notre modèle d'analyse.

I. Le concept d'exclusion sociale

Le terme d'exclusion sociale émerge initialement en France pour décrire l'exclusion de la pleine citoyenneté des personnes handicapées.⁷⁴ Dans les années 1960-1970, c'est un concept qui n'existe pas : on parle simplement de « retrait social » qui désigne une pauvreté essentiellement économique, en voie de disparition du fait de la croissance économique et des institutions de protection sociale. Depuis, la pauvreté est analysée de façon multidimensionnelle et l'exclusion sociale est mieux prise en compte.

⁷⁴ Exclusion Sociale : L'expression "exclusion sociale" trouve son origine dans l'ouvrage de René LENOIR, « Les exclus », Paris: Editions Du Seuil, 1974 - 171 pages.

La question fondamentale, qui tend à comprendre ce qui relie les hommes entre eux les conduisant à considérer qu'ils appartiennent à une même collectivité, constitue le fondement même de la cohésion sociale. Le concept d'exclusion sociale dépasse celui de pauvreté puisqu'il correspond à la non-réalisation des droits sociaux de base garantis par la loi.

D'un point de vue de la sociologie, on considérera que l'exclusion ne découle pas du seul choix de l'individu, mais qu'elle trouve sa genèse dans le social. Elle est le produit de l'organisation sociale et des relations sociales entre individu⁷⁵.

Ce concept, devenu central ces dernières années, ne se rapportait à l'origine qu'à une catégorie d'individus que l'on qualifiait de « cas sociaux » et renvoyait souvent à la notion de pauvreté. Il recouvre des réalités beaucoup plus anciennes : chômage, pauvreté, fragilisation des liens familiaux, insuffisance de la protection sociale qui puisent leurs sources dans la paupérisation du 19^{ème} siècle jusqu'à nos jours.

Il n'existe pas d'individus complètement exclus de la société. Même considéré comme marginal, l'individu reste partie intégrante d'une société ne serait-ce que par la position qu'il occupe, celle d'exclu qui fait qu'il demeure un individu qui interagit toujours avec son environnement.

C'est pourquoi, selon SCHNAPPER⁷⁶ « *L'apport majeur du concept d'exclusion est de stimuler la réflexion sur les mécanismes et les modalités de la cohésion sociale dans les sociétés contemporaines.* » Pour lui, l'analyse de l'exclusion ne peut avoir de sens que lorsque celle-ci est mise en relation avec son contraire : l'intégration sociale.

C'est la raison pour laquelle le terme d'exclusion doit être utilisé avec prudence car selon Robert Castel parler d'exclusion, conduit à automatiser des situations sans en analyser les processus qui les ont produites. En d'autres termes, parler d'exclusion ne consiste pas seulement en l'étiquetage et le recensement des exclus, mais dans la compréhension des processus qui conduisent à l'exclusion. Pour lui, l'exclusion est une notion écran reflétant des réalités multiples qui tendent à masquer la situation des vaincus de la modernisation.

⁷⁵ Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale, 27 mars 2012.

⁷⁶ Diversité et vulnérabilité dans les usages des TIC. La fracture numérique au second degré, Gent : Academia Press 2012, page 62.

C'est le rapport au travail qui constitue selon lui le premier vecteur d'intégration ou de non intégration, le second vecteur s'inscrivant au sein des sociabilités socio-familiales.

De plus, Robert CASTEL divise l'espace social en plusieurs zones selon le degré de cohésion qu'elles assurent. Il évoque tour à tour la zone d'intégration, la zone de vulnérabilité et la zone de désaffiliation. La zone d'intégration implique un travail permanent qui permet à l'individu de mobiliser des réseaux relationnels solides. La zone de vulnérabilité conjugue quant à elle précarité du travail et fragilité relationnelle et enfin, la zone de désaffiliation conjugue absence de travail et isolement social. Cette dernière si elle caractérise des publics divers et variés touche de plus en plus de personnes âgées. Si l'on se réfère à cette division de l'espace social, le départ à la retraite, la perte de statut lié au travail entraînent un déficit de considération, une perte de revenu susceptible de conduire vers une entrée dans la précarité et un appauvrissement des réseaux sociaux.

C'est aussi ce que dit DURKHEIM⁷⁷ pour lequel, c'est la division du travail fondée sur la spécialisation des individus qui impose aux hommes d'entrer en rapport les uns avec les autres. Pour lui, c'est la division du travail qui crée le lien social, via l'interdépendance liée aux droits et devoirs de chacun et qui organise les relations sociales. De fait, plus de travail, plus de relations sociales.

DURKHEIM associe la notion d'exclusion à celle du relâchement des liens sociaux liés aux différentes sphères de la vie collective (travail, famille, quartier, ou lieu de résidence). Cette notion interroge les identités individuelles et collectives sur les processus de socialisations et sur leurs failles.

Serge PAUGAM rejoint ce constat⁷⁸ lorsqu'il distingue plusieurs types de lien sociaux issus du monde du travail qu'il associe à autant de formes de reconnaissance. Pour lui, le lien de participation fondé sur un emploi stable ainsi qu'une protection contractualisée est à la source d'une reconnaissance par le travail d'où découle une estime sociale. Parler d'exclusion sociale pour Paugam, c'est mettre l'accent sur les inégalités qui se reproduisent en entraînant diverses formes de ségrégation de plus en plus complexes issues de situations d'instabilité professionnelle, familiales ou sociales.

⁷⁷ DURKHEIM E, De la division du travail social, Paris, PUF, coll. « Quadrige ». 1978

⁷⁸ PAUGAM Serge, Le salarié de la précarité, Paris, PUF, quadrige, 2007

Pour lui, la difficulté réside dans le repérage des processus qui conduisent certains individus à cumuler les handicaps et d'autres à un cumul d'avantages d'où découle une nouvelle forme de fragmentation sociale.

PAUGAM met l'accent sur le vécu de l'exclu, il s'intéresse à l'individu et à sa non-participation à la vie sociale. Il s'intéresse à ceux reconnus comme pauvres par la société et non à l'ensemble des populations défavorisées.

Il privilégie l'analyse de la relation entre les assistés et les travailleurs sociaux. Pour lui les exclus sont constitués par les pauvres, ces individus dévalorisés et discrédités par la société humiliés par un recours à l'assistance dégradant. Pour lui l'individu assisté fait l'objet d'un processus de dégradation statutaire en devant amener la preuve de sa pauvreté, il est contraint de se prêter à des formalités dégradantes qui malmènent son identité sociale. La disqualification sociale est donc un processus de déconstruction du statut social qui entraîne l'affaiblissement ou la rupture des liens de l'individu avec la société induisant la perte de la protection et de la reconnaissance sociale.

La pauvreté économique constitue dès lors un vecteur d'exclusion sociale, auquel sont associées d'autres formes de pauvreté. Mais plutôt que de parler de pauvreté, Bourdieu préfère parler de capital. Celui-ci peut être économique, culturel, social ou symbolique, et diffère entre les individus et les classes sociales qui en sont plus ou moins bien dotés. Pour lui, il existe autant d'inégalités qu'il existe de capitaux, chacun d'entre eux étant porteur de processus d'exclusion.

Ainsi chaque catégorie sociale étant caractérisée, les classes sociales populaires sont celles qui sont le moins dotées en volume global de capital⁷⁹, la faiblesse de l'ensemble de ces capitaux constituant autant de facteurs potentiels de pauvreté.

Georg SIMMEL⁸⁰ soulignait déjà au début du siècle le caractère ambigu de la notion de pauvreté. Il dit *«Le fait que quelqu'un soit pauvre ne signifie pas encore qu'il appartienne à la catégorie des « pauvres ». Il peut être un pauvre commerçant, un pauvre artiste, ou un pauvre employé, mais il reste situé dans une catégorie définie par une activité spécifique ou une position. »* Et il concluait *« C'est à partir du moment où ils sont assistés, peut-être*

⁷⁹ BOURDIEU Pierre, La distinction. Critique sociale du jugement, 1979, Paris, Minuit, p137

⁸⁰ Georg SIMMEL, les pauvres, Paris, PUF, quadriges n°250, 2011, 112 pages

même lorsque leur situation pourrait normalement donner droit à l'assistance, même si elle n'a pas encore été octroyée, qu'ils deviennent partie d'un groupe caractérisé par la pauvreté. Ce groupe ne reste pas unifié par l'interaction entre ses membres, mais par l'attitude collective que la société comme totalité adopte à son égard » Cette approche est essentielle pour appréhender la question de la pauvreté ou de l'exclusion.

Ce qui nous paraît pertinent, ce n'est pas la pauvreté ou l'exclusion en tant que telle, mais les formes sociales institutionnelles que ces deux notions prennent dans une société donnée dans un temps spécifique de son histoire. Ces formes ne sont pas données une fois pour toutes, elles sont le produit d'un processus social. Ainsi, le statut de pauvre et / ou d'exclu dépend à la fois du sens que prennent, dans chaque société, des critères comme par exemple, le niveau de vie ou le degré de participation à la vie économique et sociale et du rapport que les populations désignées comme « pauvres » ou « exclues » entretiennent avec ceux qui les désignent ainsi.

En conclusion, l'exclusion n'est pas cernable par une définition unique car elle est composée de multiple facettes intégrant d'autres notions telles que la vulnérabilité, la pauvreté, l'indigence, la relégation, la disqualification sociale, la désaffiliation, la précarité, la stigmatisation, la marginalisation, la discrimination sociale et enfin la misère du monde. Ce que nous retiendrons de ces différentes approches qui décrivent des processus et des mécanismes qui conduisent ou peuvent conduire à l'exclusion, est que celle-ci se réfère à la rupture des liens sociaux.

Celle-ci résulte selon PAUGAM, du processus de disqualification sociale ou de désaffiliation sociale chez CASTEL. Le lien commun à l'ensemble de ces approches de l'exclusion étant bien la rupture du lien social. L'exclusion du monde du travail induit l'émiettement inéluctable des liens sociaux, d'autant plus rapide que le réseau constitué pendant sa vie professionnelle est pauvre.

C'est ce que confirme Bernard ENNUYER ⁸¹ lorsqu'il dit que la vieillesse est la continuité de la fracture sociale, en appuyant ses propos sur la thèse d'Anne Marie

⁸¹ Annexe n° 5 : Entretien avec Bernard ENNUYER : Colloque Gérontologie sociale Faculté des Sciences Aix-Marseille, 16 Mai 2013,

GUILLEMARD⁸² qui met en évidence que la vieillesse est un processus continu, « *Les gens qui ont commencé leur vie avec une mauvaise instruction, une mauvaise éducation, de mauvaises conditions de travail, sont les mêmes qui vont se retrouver en fin de vie* ». Selon l'auteur, le départ à la retraite constitue le début d'une « *mort sociale* ». Bernard ENNUYER poursuit sa réflexion par : « ... *donc la vieillesse est la continuité de la fracture sociale* ».

Il positionne le vieillissement d'un individu comme un processus continu qui commence dès sa naissance et qui va se poursuivre tout au long de son avancée en âge, cette avancée en âge se traduisant par des événements de la vie favorables et défavorables. Ce processus est vécu très différemment par les individus en fonction de très nombreux paramètres plus ou moins corrélés : le genre, la classe sociale, le statut matrimonial, l'état de santé, l'habitat, le territoire de vie, les sociabilités multiples, la formation, l'éducation, l'emploi, la philosophie de vie, la croyance religieuse, etc...

Pour lui les « vieux » ont toujours été menacés d'exclusion et le traitement de la dépendance peut en constituer un premier facteur. Lorsque les politiques publiques dans le champ de la vieillesse ne répondent pas aux besoins et attentes des personnes âgées, elles courent le risque de devenir des vecteurs d'exclusion en oubliant la dimension sociale du vécu individuel de la personne elle-même. Selon lui, c'est notre regard sur la vieillesse qu'il faut changer tant au niveau de l'évaluation des situations que dans les réponses apportées jusqu'à maintenant. La dépendance correspond à une situation d'assisté telle que définit par Simmel, elle est une relation régulière et contractuelle liée aux services d'actions sociales. Pour une personne âgée, cette relation s'effectue dans le cadre légal de l'APA ou de l'aide sociale lorsque celle-ci ne dispose pas de moyens suffisants pour financer les prestations.

Concernant l'aide à domicile, lorsqu'il évoque ses fonctions de directeur de structure à Paris, Bernard Ennuyer nous dit : « *On veut bien que les gens restent à domicile mais dans des comportements que l'on définit pour eux. Ce faisant, on accentue la vulnérabilité des plus vulnérables puisque ce sont les catégories sociales inférieures, ce sont les femmes, ce sont les gens qui n'ont pas de fric, ce sont les gens isolés qui sont le plus vulnérables à ces injonctions* ». Il poursuit en prenant l'exemple d'un cadre supérieur du 17ème

⁸² La retraite : entre le travail et la mort : étude sociologique des comportements des retraités / Anne-Marie GUILLEMARD ; sous la dir.de Alain Touraine / Paris : EPHE, 1971

arrondissement de la même ville, qui le sollicitait pour mettre en place des prestations à son domicile et lui disait : « *Je ne vous demande pas votre avis, je veux que vous m'envoyez une personne comme ci ou comme ça, je paye, je ne veux pas d'enquête* ». C'est on ne peut plus clair, dit-il. Il termine en disant : « *La vieille dame qui a besoin de l'APA elle, elle est bien obligée d'en passer par où tu veux que l'on en passe.* ».

II. Les processus de fragilisation et de vulnérabilisation

La fragilité et la vulnérabilité constituent deux notions distinctes :

La fragilité est définie par la facilité à se casser, un manque de solidité. La fragilité rend compte d'une situation qui peut vite se briser. Parmi les synonymes, sont cités instable, précaire, délicat, cassable, frêle, chétif, faible, passager, volatile, éphémère. Lui sont opposés, robuste, inaltérable, solide, inébranlable, ferme⁸³. Dans une étude réalisée en 2008⁸⁴ cette fragilité est associée à l'état de santé des personnes âgées.

Nous retrouvons cette même approche de la fragilité, dans une enquête menée en Suisse, sur le panel SWILSO-O⁸⁵ consacrée au vieillissement et au grand âge. Dans cette enquête, C. LALIVE D'EPINAY décrit la fragilité comme « *une perte des réserves physiologiques et sensori-motrices de la personne, qui affecte sa capacité à préserver un équilibre avec son environnement matériel et social ou à le rétablir suite à des événements perturbateurs* »⁸⁶.

La fragilité n'implique pas nécessairement la dépendance, qui en constitue une forme exacerbée. Pour lui, la fragilité recouvre des notions économiques, sociales et médicales indissociables. Certains facteurs apparaissent primordiaux comme la place de l'individu dans la société, le genre et la qualité des relations sociales et familiales.

La fragilité peut avoir des répercussions sociales, un recours rapide à la prévention s'avère souvent nécessaire pour éviter qu'elle ne s'installe notamment après le décès du conjoint voire qu'elle ne conduise à la vulnérabilité.

⁸³ Définition de la fragilité par le dictionnaire Petit ROBERT

⁸⁴ LA FRAGILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES : PERCEPTIONS ET MESURES, Anne LOONES, Elodie David-ALBEROLA, Pauline JAUNEAU, Cahier de recherche N°256, Décembre 2008, Département « Evaluation des politiques sociales » dirigé par Matthieu ANGOTTI

⁸⁵ SWILSO-O : Etude selon le sexe et les classes d'âge, réalisée en 1994 auprès de deux échantillons de la population âgée comprenant 1898 sujets de deux régions suisses

⁸⁶ Lalive D'EPINAY, S. Pin, D. SPINI, 2001, « Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale suisse sur le grand âge », L'Année gérontologique, 15, p. 78-96.

La notion de fragilité est abordée via le niveau de consommation de soins des personnes, de leur environnement et des conditions de vie (veuvage, aidants, déménagement, etc.). « *La fragilité se glisse au sein des êtres et des choses comme une habituée. [...] Elle préside à la naissance de l'homme, et ne le quitte jamais plus. [...] Souvent ignorée, combattue, négligée... Elle n'en demeure pas moins une qualité Essentielle du vivant ; que l'on méprise pourtant, et avec elle, tous ceux qui en font une expérience plus singulière et plus profonde.* »

La fragilité liée aux caractéristiques organiques de la personne est à différencier de la vulnérabilité.

La vulnérabilité apparaît plus comme un problème de fond et se distingue de la fragilité dans le sens où elle suppose une mise en danger de la personne et implique un besoin de protection. Par exemple, l'entrée dans la dépendance amène la vulnérabilité lorsque la personne, pour des raisons physiques ou psychiques, n'est plus en état de répondre à ses interlocuteurs (plus grande exposition à maltraitance). La vulnérabilité des personnes âgées est notamment abordée par le biais des signalements relatifs à la maltraitance. Si la vulnérabilité peut s'avérer chronique elle n'est pas, nécessairement systématique ni continue. Une aide ponctuelle peut s'avérer suffisante.

Fragilité comme vulnérabilité sont déclenchées par la survenue d'un événement particulier ou d'une succession d'évènements d'ordre social ou médical : retraite, veuvage et décès de proches, inadaptation du logement, dégradation physique survenue d'une maladie chronique, perte progressive d'autonomie ...

De la fragilité à la vulnérabilité

L'émiettement et la rupture des liens sociaux consécutifs à la situation de « grand âge » constituent un risque de vulnérabilité pour les personnes âgées. La vulnérabilité est à différencier de la fragilité. Là où l'inverse de la fragilité serait tel le roseau « plier sans se rompre », la vulnérabilité ou son état serait la période plus ou moins longue de la réparation de cette cassure.

Ainsi cette vulnérabilité pourrait nous accompagner tout au long de notre parcours et faire partie de notre passé de notre présent ou de notre futur pour des temps plus ou moins

longs, n'être que de courte durée ou engager le reste de sa vie. Elle pourrait être la suite d'une fragilité liée à la maladie, à des infirmités, conjuguée à des agressions extérieures qu'elles soient sociales ou économiques. Son degré pourrait dépendre de la sensibilité face aux événements et de la capacité d'adaptation de l'individu. S'adapter, apprendre et faire face aux perturbations externes pourrait être le contrepoids à la vulnérabilité.

Boris CIRULNIK⁸⁷ développe le concept de « résilience », du mot latin « rebondir ». Initialement utilisé dans le domaine de la physique pour traduire la résistance de matériaux à la pression. L'auteur l'adapte à la psychologie de l'homme et la définit comme : « *la capacité qu'à l'être humain à se remettre d'un choc violent : non par l'oubli ou le déni, mais par le combat, en intégrant cette partie blessé ou endeuillé de soi* ». Il s'agit selon l'auteur « *d'arracher à la vie un plaisir de vivre malgré le murmure des fantômes* ». Il utilise l'oxymoron, cette figure de rhétorique qui consiste à associer deux termes antinomiques, force et vulnérabilité⁸⁸.

Ainsi pourrions-nous penser que les rapports force/fragilité où le dénominateur « fragilité » s'accroîtrait anormalement par le biais de différents facteurs de risques, facteurs individuels, familiaux, psychosociaux, environnementaux,... entraîneraient l'individu dans une certaine vulnérabilité qu'elle soit passagère ou définitive voire mortelle.

III. Enoncé de l'hypothèse

La vieillesse est l'aboutissement d'un processus multiforme qui rend compte des conditions de vie inégalitaires selon les classes sociales. Elle est en tout premier lieu un fait social qui heureusement ne conduit pas systématiquement à la dépendance.

Pour autant, on ne peut ignorer qu'elle est pour un grand nombre d'entre nous synonyme de fragilité et de vulnérabilité d'où la question problématique de notre étude.

Comment les réponses de la société et de l'environnement aux problèmes du vieillissement des plus de 75 ans contribuent ou non à l'émergence de la vulnérabilité ?

⁸⁷ CIRULNIK (Boris), *les Vilains petits canards*, Editions Odile JACOB : 2001 – *Un merveilleux malheur*, Editions Odile JACOB : 2002 -*Autobiographie d'un épouvantail* : 2008.

⁸⁸ CIRULNIK (Boris), *Le murmure des fantômes*, Editions Odile JACOB : 2008.

De la naissance à la vieillesse, en fonction du parcours de vie d'un individu de son appartenance sociale, de son éducation, de son instruction, puis de son parcours professionnel, chaque individu dispose d'un capital hérité ou transmis mais aussi construit pendant son parcours de vie.

Comme nous l'avons vu précédemment, ce capital peut être économique, culturel, social et symbolique, comme le définit Bourdieu⁸⁹.

Ce capital est essentiel dans cette phase de la vie qu'est la vieillesse et constitue un déterminant des conditions de vie qui varieront en fonction de la richesse ou de la pauvreté de l'individu. Ce qui nous conduit à l'objet central de notre recherche tiré de notre hypothèse :

Le processus de vulnérabilisation varie en fonction de l'approche des problématiques de la vieillesse, de la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelon local et des modalités de prises en charge.

⁸⁹ BOURDIEU Pierre. Le capital social .In :Actes de la recherches en sciences sociales.vol.31, janvier 1980 .pp.2-3 : « Ensemble des ressources actuelles ou potentielles liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'inter-reconnaissance ; ou en d'autre termes, à l'appartenance à un groupe comme ensemble d'agents qui ne sont pas seulement dotés de propriétés communes susceptibles d'être perçues par l'observateur par les autres ou par eux-mêmes mais sont unis par des liaisons permanentes et utiles. »

Deuxième partie

Chapitre 1. Méthodologie d'enquête

I. Rappel des hypothèses

Hypothèse : Le processus de vulnérabilisation varie en fonction de l'approche des problématiques de la vieillesse, de la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelon local et des modalités de prises en charge.

Sous hypothèse : Les conditions de vie de la vieillesse sont inégalitaires, facteurs de vulnérabilité et d'exclusion, elles ne permettent pas un même accès aux droits et aux services selon la catégorie sociale, le logement, l'environnement et la situation familiale

II. L'échantillonnage

L'échantillonnage s'est effectué selon la méthode aléatoire simple, au hasard de façon indépendante, sur la base de données qualitatives et quantitatives relatives à la population de notre public cible objet de notre étude à savoir, les personnes âgées de plus de 75 ans veufs, ou veuves vivant seuls à domicile.

III. Les terrains d'enquête

Nous avons choisi de réaliser nos enquêtes sur deux territoires distincts, à savoir les quartiers nord de Marseille et principalement les 14, 15^{ème} arrondissements et la ville de La-Ciotat, ce choix repose sur des critères démographiques et sociaux.

1. Des critères démographiques

Le territoire de La Ciotat

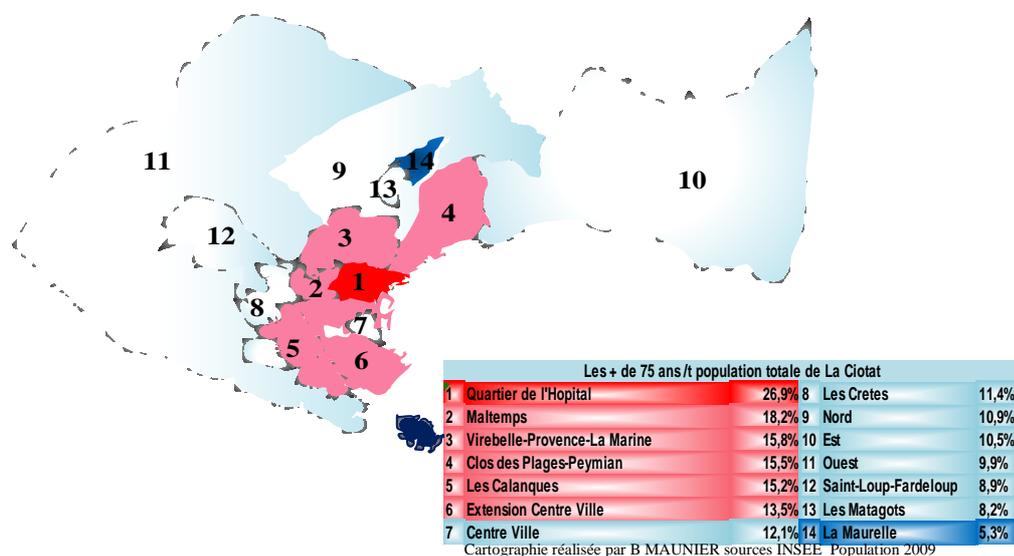
Avec une forte présence des personnes âgées de plus de 75 ans sur son territoire à savoir 13.%⁹⁰, La-Ciotat présente un taux supérieur à la moyenne nationale⁹¹ qui se situait en 2010 à 8.8 %. Cette population âgée est principalement regroupée sur les quartiers du centre-ville ou proches comme l'indique le graphique ci-dessous (Graphique 1)

⁹⁰ Source INSEE 2011

⁹¹ Source : INSEE RP 2010

Graphique 1 : Répartition des + de 75 ans sur le territoire de La Ciotat

LA CIOTAT : Population de + 75ans / population totale par IRIS (sources Insee IRIS 2011/ pop 2009)



Commentaire du graphique 1

Sur le territoire de La CIOTAT, 4 284 personnes âgées ont été recensées en 2009 sur une population totale de près de 34 000. L'IRIS92 « Quartier de l'Hôpital » avec 26.9 % de plus de 75 ans par rapport à sa population totale, constitue le secteur le plus peuplé par ce public. Nous pouvons noter une forte présence des personnes âgées de plus de 75 ans sur les quartiers anciens du Centre Ville. Enfin le quartier de La Maurelle, plus excentré, est l'IRIS le moins peuplé par les plus de 75 ans avec 5.3%.

2. Le territoire de Marseille, le 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements

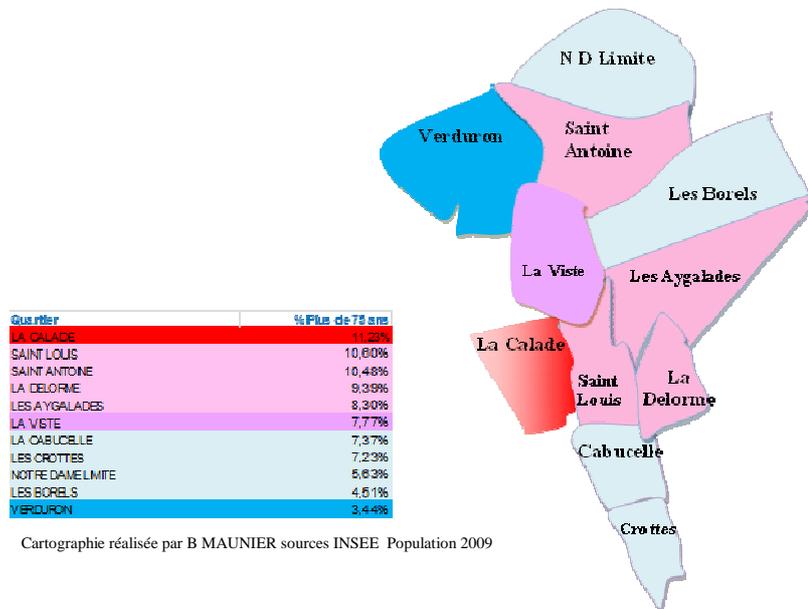
Le taux de personnes âgées de plus de 75 ans est de 8%⁹³ pour les quartiers nord de Marseille avec des regroupements plus importants sur les noyaux villageois historiquement populaires : les quartiers de La Calade, Saint Louis et Saint Antoine pour le 15^{ème} arrondissement et les quartiers de Saint Joseph et Bon Secours pour le 14^{ème} arrondissement.

⁹² IRIS : Ilots Regroupés Pour l'Information Statistique

⁹³ Source INSEE 2009

Graphique 2 : Répartition des + de 75 ans sur le territoire de Marseille 13015

MARSEILLE 15^{ème} : Population de + 75ans / population totale par quartier (INSEE 2009)

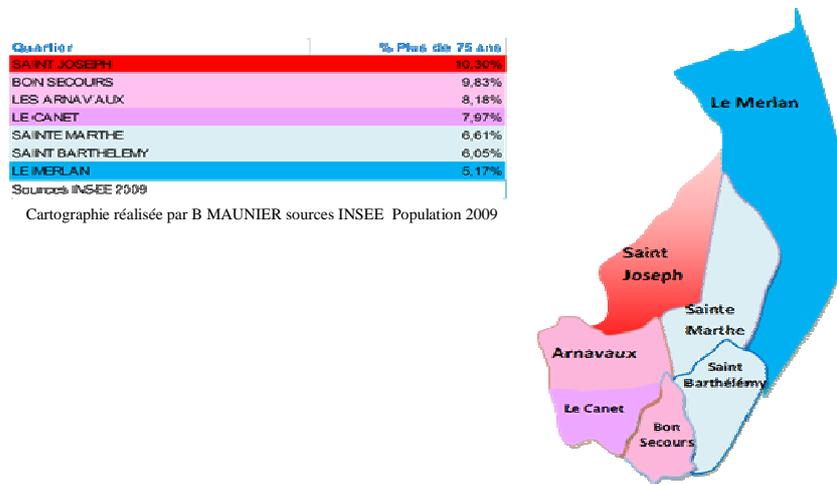


Commentaire du graphique 2

Le territoire du 15^{ème} arrondissement de Marseille, compte 6 103 personnes de plus de 75 ans pour 78 750 habitants. Cet arrondissement qui comporte près du double d'habitants que le territoire de La-Ciotat, dispose comparativement d'une population de plus de 75 ans moins importante. La Calade arrive en tête des quartiers du 15^{ème} arrondissement avec 11.23% de plus de 75 ans et Verduron avec 3.4% est le quartier le moins peuplé, ce qui s'explique par sa spécificité géographique, ce quartier particulièrement vallonné, avec des pentes raides est un quartier pavillonnaire avec des maisons comprenant des accès et des jardins en restanques difficiles d'accès pour les personnes âgées. Les trois quartiers de la Calade, de Saint Louis et de Saint Antoine regroupent à eux seuls 34% de la population âgée de plus de 75 ans du 15^{ème} arrondissement par rapport à la population globale.

Graphique 3 : Répartition des + de 75 ans sur le territoire de Marseille 13014

MARSEILLE 14^{ème} : Population de + 75ans / population totale par quartier (INSEE 2009)



Commentaire du graphique 3 : Le 14^{ème} arrondissement de Marseille est composé de 60 772 habitants et présente une population de 4 552 personnes de plus de 75ans. La répartition par quartier est sensiblement au même niveau que celle du 15^{ème} arrondissement. Saint Joseph avec 10.3% de plus de 75 ans est le quartier le plus peuplé et Le Merlan avec 5.17% le moins peuplé. Les quartiers de Saint Joseph et Bon Secours regroupent à eux seuls 28,5 % de la population âgée de plus de 75 ans par rapport à l'ensemble de la population du 14^{ème} arrondissement.

3. Des critères économiques

Les territoires ont été également choisis sur la base de critères économiques car ayant eu un ancrage fort dans l'industrie portuaire du fait de leur position géographique littorale. La-Ciotat dispose d'une situation géographique naturelle lui ayant permis d'engager une reconversion économique depuis plusieurs années vers le tourisme. Les quartiers nord disposent d'une ressource égale mais non exploitable en terme de reconversion économique. Cette inégalité, capacité de reconversion pour l'une et involution économique pour l'autre, a largement contribué à modifier le profil de la population Ciotadenne par l'apport de retraités délocalisés tandis que la population des quartiers nord s'est figée dans sa structure d'origine voire appauvrie.

Malgré l'évolution de la première et l'involution de la seconde, perdurent l'existence de noyaux villageois qui demeurent incontestablement des lieux de repères pour la population historique de ces territoires. Les politiques urbaines de La-Ciotat marquent progressivement une déstructuration des noyaux villageois au profit d'un habitat plutôt résidentiel, alors que dans les quartiers nord, les transformations urbaines sont plus lentes et au profit quasi exclusif d'un habitat social.

4. Des critères sociaux

Selon une étude réalisée en 2012⁹⁴, malgré une densité de population différente, 35 000 habitants à La-Ciotat, 139 300 pour les deux arrondissements des quartiers nord de Marseille, les deux territoires sont caractérisés par une forte présence de ménages à bas revenus, avec un taux de pauvreté plus important dans les quartiers nord de Marseille⁹⁵. Si le renouvellement de la population ciotadenne a induit une mixité sociale récente, en revanche dans les quartiers nord on observe plutôt une mixité sociale historique.

IV. Les outils

Dans un premier temps nous avons réalisé un travail d'investigation documentaire, de recueil de données, d'archives ainsi qu'une analyse thématique liée à notre recherche.

Dans un second temps, nous avons réalisé dix entretiens⁹⁶ auprès de personnes âgées sur le territoire de La-Ciotat⁹⁷ ainsi qu'un entretien de groupe composé d'une dizaine de personnes qui a eu lieu au centre social de l'Abeille. Sur le territoire de Marseille nord, nos entretiens ont été effectués auprès d'une dizaine de personnes âgées résidant sur les 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements et enfin nous avons saisi l'opportunité que nous offrait le CCAS pour réaliser un entretien de groupe composé de neuf personnes.

Enfin dans un troisième temps, nous sommes allés à la rencontre des acteurs⁹⁸ œuvrant auprès du public cible auprès desquels cinq entretiens ont été réalisés⁹⁹.

⁹⁴Annexe n° 6 : Etude sur les disparités socio-spatiales du territoire de la Région Paca- Région Paca -Compas –Agate-Mai 2012

⁹⁵ Annexe n° 6 : ibid.

⁹⁶ Annexe n° 10 : Corpus d'entretien avec la population cible

⁹⁷ Annexe n° 7 : Guide des entretiens individuels avec les personnes âgées

⁹⁸ Annexe n° 8 : Guide des entretiens individuels avec les Acteurs

⁹⁹ Annexe n° 9 : Corpus d'entretien avec les acteurs

Nous avons ainsi interviewé une directrice d'un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) implanté dans le 14^{ème} arrondissement, ainsi qu'une directrice d'un Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique. Puis nous avons saisi l'occasion qui nous était offerte lors d'un colloque organisé à Marseille par l'Institut de Gérontologie Sociale en mai 2013, pour rencontrer et interviewer le sociologue Bernard ENNUYER. Nous avons poursuivi nos investigations en allant à la rencontre d'une chargée de mission des Petits Frères des Pauvres et enfin notre dernier entretien a été réalisé auprès de la directrice du Pôle Régional d'Innovation et de Développement Economique Solidaire PRIDES¹⁰⁰ situé à Marseille.

Le choix d'entretiens semi directifs nous a paru être le modèle le plus pertinent pour conduire notre démarche qui selon le Manuel de recherche en science sociale de Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt¹⁰¹ se réfère comme :

« - L'analyse du sens que les acteurs donnent à leur pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences, etc.

- L'analyse d'un problème précis : ses données, les points de vue en présence, ses enjeux, les systèmes de relations, etc.

- La reconstitution de processus d'action, d'expériences ou d'événements du passé.

V. Les dimensions investiguées

Au cours des entretiens, nous nous sommes attachés à investiguer 3 dimensions du vieillissement :

La première dimension est celle du processus d'identité sociale. Partant du postulat que l'identité sociale est une construction tout au long de sa vie, qui se construit en interaction avec son environnement. Qu'en est-il pour les personnes âgées de plus de 75 ans ? De

¹⁰⁰ PRIDES : Pôle Régional d'innovation et de Développement Economique Solidaire

¹⁰¹ QUIVY R et VAN CAMPENHOUGT L. Manuel de recherche en sciences sociales. DUNOD, nouvelle édition, 1996. 288 p.

quelle manière ou de quels moyens disposent-elles pour continuer à interagir avec leur environnement ?

En second lieu nous nous sommes intéressés au processus de vulnérabilisation. Qu'entend-on par processus de vulnérabilisation ? Est-il objectivable, critérisable ? Est-il un processus tout au long de la vie ou un processus de rupture(s) ?

En troisième et dernier lieu, nous avons choisi d'investiguer le processus de maintien du « bien-vieillir ». Qu'est-ce que « bien vieillir » ? Le bien vieillir est-il subjectif ou objectivable ? Relève-t'il d'une démarche individuelle ? Relève-t'il d'une réponse collective ?

VI. Le registre d'analyse

Nous avons établi quatre registres d'analyse construits sur une typologie d'observation qualitative de différents facteurs générateurs de besoins sociaux tels que : la famille, la santé, le logement, les déplacements, l'isolement, la fragilité, la dignité, les capacités physiques, cognitives, culturelles, le parcours de vie, l'accès aux droits et aux soins.

Le premier registre est celui du cadre de vie : il comporte le transport, l'urbanisme, le logement et l'adaptation du lieu de vie, les ressources financières, l'accessibilité et l'accès aux droits, la sécurité.

Le second est celui des relations sociales qui intègrent la famille (conjoint, ascendants, descendants), les voisins, les amis, les loisirs, les lieux de rencontre, les pratiques religieuses, les animaux de compagnie.

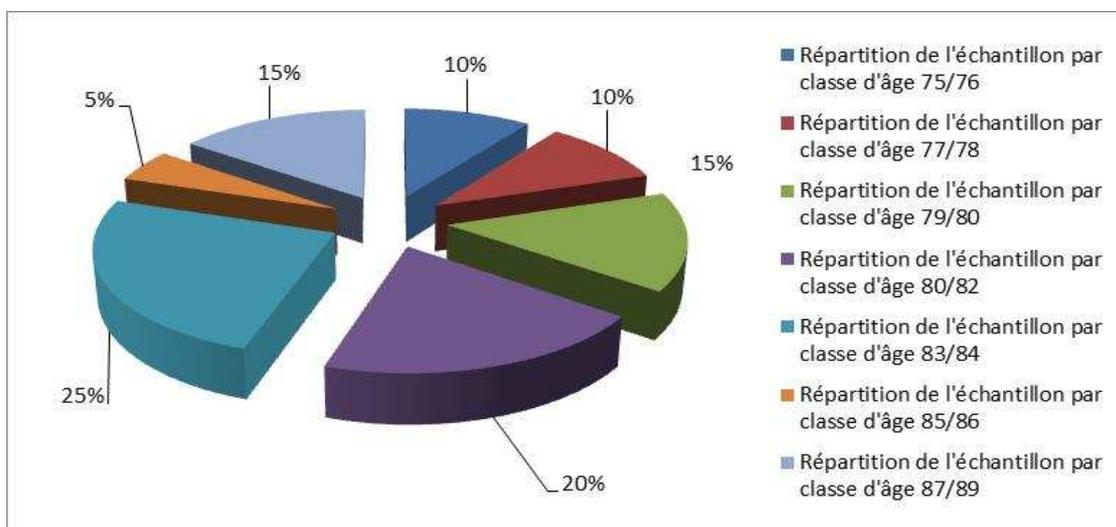
Le troisième touche les capacités et l'autonomie et repose principalement sur les capacités physiques de la personne (mobilité, perte d'autonomie, douleurs...) et ses capacités cognitives (mémoire, communication, démarches administratives, gestion du foyer).

Le quatrième concerne les dispositions personnelles. Celles-ci incluent l'histoire de la personne (accidents de vie, épanouissement personnel, choix du recours aux institutions et aux droits, l'intérêt la curiosité et la culture, les dispositions psychologiques (estime de soi, dignité, dépression, suicide...), sentiment de solitude, l'isolement, l'insécurité.

VII. Caractéristiques de l'échantillon

1. Répartition selon l'âge

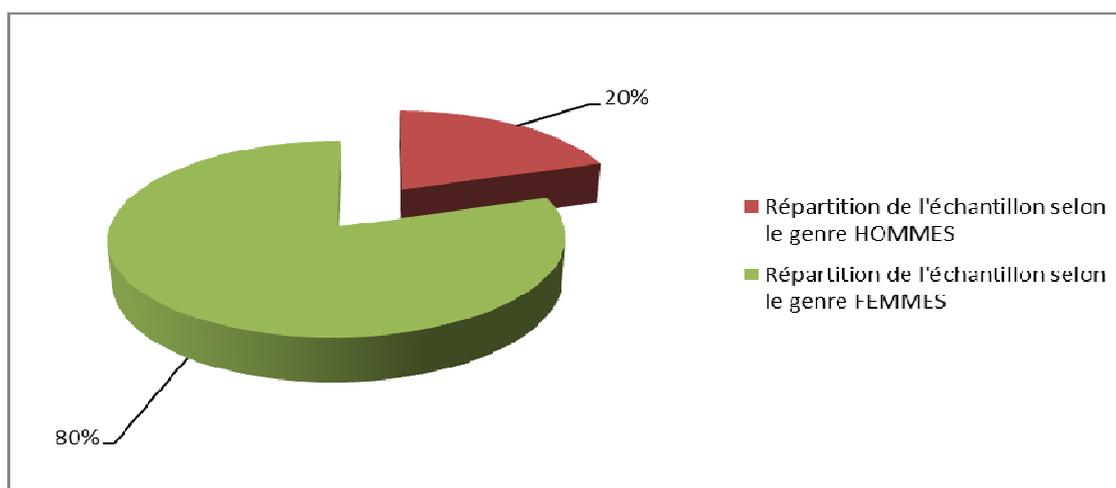
Graphique 4 : Répartition en % de l'échantillon selon les classes d'âge.



Commentaire du graphique 4 : 1/4 des personnes interrogées relèvent de la classe d'âge des 83/84 ans, on peut cependant noter la représentation de toutes les classes d'âge entre 75 et 89 ans.

2. Répartition selon le genre

Graphique 5 : Répartition en % de l'échantillon selon le genre



Commentaire du graphique 5 : Les entretiens ont été réalisés auprès d'un public de personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules, pour 80% féminin, avec une représentation des femmes supérieure à la moyenne nationale soit un rapport d'environ 65% contre 35% d'hommes.

VIII. Les limites et les contraintes de l'enquête

Les premières limites rencontrées dans la phase d'enquête concernent principalement le public lui-même. La rencontre avec le panel recherché qui comprenait à la fois des personnes âgées issues de catégories sociales supérieures et d'origine modeste n'a pu être effectuée comme nous l'avions souhaité. Certes notre travail a été facilité par la rencontre avec des directeurs de structures publiques et privées intervenant auprès de ce public, mais ces structures nous ont principalement orientés vers un public féminin issu de catégories sociales modestes car elles ne disposaient pas ou peu de bénéficiaires issues de catégories sociales supérieures.

Pour atteindre ces personnes, nous sommes allés à la rencontre d'entreprises de services sans trop de succès pour finalement utiliser les réseaux de connaissances. Enfin nous avons utilisé les ressources que nous offraient les territoires, les marchés, les centres commerciaux et autre lieux de rencontre.

Les entretiens de groupes plus complexes à mettre en œuvre et à conduire n'ont fait que conforter le recueil des données individuelles sans apporter de nouvel éclairage.

IX. Les limites méthodologiques

Elles sont principalement liées à la subjectivité de l'enquêteur et de la personne âgée elle-même mais aussi à la difficulté d'aller à la rencontre des personnes âgées en situation de vulnérabilité, de l'acceptation ou refus de participer ou tout simplement d'être interviewées. De plus, les organismes qui ont permis cette rencontre peuvent avoir influencé les échanges. Bien que ceux-ci aient été effectués sous le couvert de l'anonymat, la crainte que nos échanges soient retranscrits et utilisés contre eux demeure, ce sujet ayant été évoqué dans certains de nos entretiens.

Chapitre 2. Les résultats et l'analyse des résultats des entretiens avec les personnes âgées

I. Différences de perception de son territoire de résidence

Ce qui frappe particulièrement au recueil des témoignages, c'est effectivement cette différence de perception de son environnement. Les personnes âgées interrogées sur La-Ciotat témoignent plutôt de l'urbanisation récente et du renouvellement de la population et par voie de conséquence d'une perte de leur repères environnementaux.

Madame I. 84 ans¹⁰² : *« Je vis à la Ciotat depuis 1946, cela fait 67ans, nous sommes venus avec mon mari d'Egypte pour trouver du travail, il a été embauché tout de suite au chantier naval et nous avons fondé notre famille, nous étions bien c'est une ville agréable.*

Aujourd'hui, il y a un gros changement, il y a des constructions partout, dès qu'une maison se vend on met un immeuble, ils le font parce qu'il y a des gens qu'ils viennent s'installer mais nous on reconnaît plus la Ciotat dans cette explosion. »

Madame G. 80 ans¹⁰³ : *« Vous voyez moi j'aimais bien me promener en ville j'y allais souvent. Avant on se retrouvait tous au jardin public, on y avait nos habitudes on profitait du beau temps tout en papotant vous savez comme le font les grand-mères, voyez entre femmes. Le jardin était très animé et nous on était là assis sur les bancs à regarder les passants et à profiter à l'ombre des arbres. Mais maintenant ils ont refait le parc, oui il est beau mais c'est plus pour nous, ils ont coupé les arbres alors on n'a plus d'ombre et ils ont déplacé les bancs de l'autre côté, c'est plus pour nous alors on n'y va plus. »¹⁰⁴*

Tandis que les personnes interrogées dans les quartiers nord évoquent essentiellement l'insécurité de leur environnement comme facteur de désengagement d'un environnement dans lequel cependant les repères persistent.

¹⁰² Entretien n° 1 : Ciotadenne

¹⁰³ Entretien n° 2 : Ciotadenne

¹⁰⁴ Annexe n° 11 : Entretien avec Madame I, 84 ans, La-Ciotat : Quartier centre-ville

Madame M 83 ans¹⁰⁵ : « *La ville avant c'était accueillant, maintenant ça se dégrade [...] et puis ces derniers temps j'ai peur de sortir dans la journée...* »

Madame S 82 ans¹⁰⁶ : « *Moi je n'ose plus sortir seule, vous savez dans la cité avec tout ce qui se passe, les jeunes ils sont toujours en train de traîner en bas du matin au soir et ils font du bruit jusque tard dans la nuit avec leur motos. Et puis ça trafique on les entend monter et descendre et on les voit faire leurs trucs, moi j'ai peur parce que ma voisine Madame X elle s'est fait arracher son sac en sortant et ce n'est pas la seule. Moi je ne sors plus que de temps en temps avec mon aide-ménagère heureusement qu'elle est là, mais c'est pas souvent que l'on sort ».*

II. Différences selon l'ancienneté sur le territoire

On aurait pu penser a priori que l'ancienneté de résidence sur un territoire était facteur d'attachement à son territoire. Or les témoignages recueillis indiquent une différence de positionnement selon le territoire. En effet, les personnes âgées résidant sur La-Ciotat, attestent d'un fort attachement à leur territoire historique de vie, à l'exemple de Madame J¹⁰⁷ 75 ans « *J'aime beaucoup La-Ciotat, c'est une ville agréable, j'y ai mes habitudes, c'est une ville calme, on est au bord de la mer, c'est calme, ce n'est pas comme Marseille, la ville est propre aussi on peut s'y promener j'aime bien aller au marché et puis les habitants les voisins sont gentils. Moi je suis d'origine arménienne et je suis arrivée ici avec mon mari après les atrocités qu'on a vécues, j'étais jeune et j'ai beaucoup aimé cette ville, je ne me vois pas aller ailleurs ».*

Madame B 79 ans¹⁰⁸ « *Avant il y avait les chantiers navals vous savez c'était le bon temps tout le monde se connaissait et la ville était plus vivante que maintenant. Mon mari travaillait aux chantiers il était soudeur et c'est grâce aux chantiers que nous avons cette maison. Maintenant il m'a quittée il y a cinq ans il a été malade alors après quand je suis devenue veuve, mes enfants m'ont dit viens habiter avec nous, ils sont à Aix, moi j'ai pas voulu je suis bien ici à La-Ciotat même si tout change, je peux encore aller me promener*

¹⁰⁵ Entretien n° 19 : Madame P, marseillaise est propriétaire d'un logement dans une cité difficile du 14^{ème} arrondissement

¹⁰⁶ Entretien n° 17 : Marseillaise

¹⁰⁷ Entretien n° 3 : Ciotadenne

¹⁰⁸ Entretien n° 4 : Ciotadenne

tranquillement sur la plage comme je le faisais avec mon mari, voir les bateaux et puis les grues ils ont gardé les grues , maintenant qu'il n'est plus là ça me rappelle des souvenirs »

En revanche, les personnes âgées résidant dans les quartiers nord témoignent d'un positionnement plus relatif. Pour certaines, elles revendiquent leur appartenance à leur territoire, ce sont principalement des femmes issues de catégories sociales aisées souvent propriétaires d'une résidence pavillonnaire. Par exemple Madame M 83 ans nous dit ¹⁰⁹: *« je suis réellement marseillaise, j'aime Marseille je suis pour Marseille, j'aime beaucoup Marseille je l'ai jamais quittée depuis que je suis née et je ne me vois pas vivre ailleurs».*

Pour d'autre, elles ne se reconnaissent plus dans leur environnement surtout lorsque celui-ci s'est fortement dégradé. Qu'elles soient propriétaires ou locataires, elles souhaitent souvent partir mais ne disposent pas des moyens leur permettant de réaliser leur aspiration. Madame T 82 ans indique ¹¹⁰: *« Ici je me sens pas bien, je veux partir mais j'ai fait des demandes de partout, j'ai même écrit au Préfet [...] je voudrais partir mais je ne peux pas, je voudrais aller vers les Catalans où j'ai vécu avec mon mari quand nous étions jeunes, après on est venu ici ce n'était pas cher et puis ça a beaucoup changé depuis, maintenant c'est plus vivable... »*

III. Différences dans la capacité à développer et/ou maintenir ses habitudes de vie à l'extérieur de chez soi

Au regard des habitudes de vie sociale, les témoignages à l'évidence attestent de différences selon le territoire de résidence. Les personnes âgées de La-Ciotat témoignent de leurs possibilités de maintenir leurs habitudes en lien avec l'extérieur même si elles les pondèrent par des difficultés pratiques telles que l'inadaptation des horaires de transport en commun, l'inadaptation ergonomique de l'accès aux bus, les conséquences de l'urbanisation sur les espaces verts et l'inadaptation de l'infrastructure urbaine telle que l'absence de bancs publics et des parkings payants. Madame B¹¹¹. 79 ans : *« J'ai l'habitude d'aller au jardin de la ville, il est très beau bien refait, mais maintenant il faut qu'on vienne avec notre ombrelle pour trouver de l'ombre. Avant toutes les familles allaient au jardin de la ville, les bancs étaient rapprochés, on pouvait être 7, 8 personnes*

¹⁰⁹ Entretien n° 14 : Marseillaise, Madame M, est propriétaire d'une maison avec jardin et terrasse dans le 15^{ème} arrondissement.

¹¹⁰ Entretien n°18 : Marseillaise, Madame T, est locataire dans une cité HLM du 14^{ème} arrondissement

¹¹¹ Entretien n° 4: Ciotadenne

les unes à côté des autres. Aujourd'hui, il y a un banc d'un côté et un banc de l'autre, ils ont coupé les arbres, alors on reste pas longtemps parce qu'on est en plein soleil. Avant on se réunissait, on gardait les petits enfants et on parlait, il y avait toujours quelqu'un que vous connaissiez, c'est dommage, c'est plus beau mais ce n'est plus pour nous. »

Madame C. 88 ans¹¹² : *« J'aime le centre-ville, le vieux port mais depuis qu'on ne peut plus se garer je n'y vais plus souvent »*

Madame E. 78 ans¹¹³ : *« Moi, cela fait 50 ans que je suis à la Ciotat, aujourd'hui je ne peux plus conduire, alors je suis obligée de prendre le bus. J'aime aller au marché le dimanche matin, mais j'ai un bus à 10h20 et il repart de la gare routière à 12h10, et après il n'y en a plus. Vous comprenez, parfois, je voudrais bien rester sur le port manger dans un petit restaurant surtout quand il fait beau, mais je n'ai plus de bus pour me remonter. Alors on nous oblige à rester chez nous le dimanche et c'est comme ça que petit à petit on ne sort plus. Moi, j'aimerais qu'il y ait plus de bus c'est un gros problème ça à la Ciotat. »*

Madame L. 84 ans¹¹⁴ : *« Vous voyez, moi j'aime bien aller me promener en ville, sur le port, je descends à pied mais après je suis fatiguée et j'aimerais prendre le bus pour remonter mais je n'en ai pas, il faut attendre longtemps, ou prendre un bus qui fait tout le tour la ville, alors que je serais chez moi en 10 minutes. Je vis dans une résidence où nous sommes beaucoup de personnes âgées et nous avons tous ce problème du bus. Nous voulions faire une pétition, puis finalement je suis allée à l'accueil de la mairie pour leur demander à qui on s'adresse pour les transports en commun mais ils m'ont renvoyée vers les responsables des autobus, bref ils n'ont pas compris alors j'ai abandonné. »*

A contrario les personnes âgées interrogées sur les quartiers nord, invoquent unanimement l'insécurité comme facteur non seulement de rupture des habitudes de vie mais plus encore de confinement au domicile.

Madame P. 77 ans¹¹⁵ : *« Ça fait peur, ça fait peur je vous dis, il y a deux ans de ça, c'était en... c'était au mois de juillet je crois, j'avais tout ouvert pas comme maintenant j'avais*

¹¹² Entretien n° 5 : Ciotadenne

¹¹³ Entretien n° 6 : Ciotadenne

¹¹⁴ Entretien n° 7 : Ciotadenne

¹¹⁵ Entretien n° 13 : Marseillaise propriétaire dans une tour d'une cité d'habitat social dans le 14^{ème} arrondissement. Annexe n° 12

chaud oh je vais sortir un petit peu. Je prends ma canne je descends, j'arrive en bas sur le palier devant, devant l'entrée, il y avait un peu de soleil j'étais bien, il y avait que des petits qui jouaient, je me suis dit tout à l'heure tu vas recevoir un coup de ballon tu vas voir. Je suis restée en tout et pour tout, dix minutes alors je me suis dit je remonte qu'est-ce que je fais là. Alors je re-rentre dans mon immeuble j'appelle l'ascenseur, le temps même que l'ascenseur descende, il arrive, je monte je ré appuie pour monter au 11ème et juste quand je ré appuie j'entends Madame, Madame, alors je lui dis excusez-moi je vous ai pas vu. Un jeune d'une vingtaine d'année par là, il n'a même pas dit bonjour ni rien, il s'est mis derrière moi et moi je ne me suis pas méfiée. Je sors de l'ascenseur encore je lui dis au revoir, je mets la clé dans ma serrure, j'avais la clé dans ma poche, quand je mets la clé dans la serrure je reçois un coup sur la tête, je me suis évanouie. Il m'a traînée, à moitié évanouie il m'a traînée dans la maison heureusement qu'il n'a pas fermé la porte, il m'a traînée jusqu'à ma chambre, du coup j'avais mes pantoufles qui sont restées devant la porte et il me disait... et moi je disais j'ai rien, laissez-moi, laissez-moi il me disait tais toi tais toi, c'est tout ce que j'entends, heureusement que ma voisine est arrivée parce que je ne sais pas s'il allait me tuer. Elle a vu mes pantoufles devant la porte et des traces de sang, elle est rentrée, elle est rentrée par là et lui il a fait le tour par la cuisine, si elle n'arrivait pas il me tuait, alors depuis je vous dis pas la peur que j'ai de sortir... »

Madame M 83 ans,¹¹⁶ nous disait : « *Nous avons été visités quatre fois on n'a pas eu de mal mais on nous a volé pendant qu'on n'était pas là* »

IV. Différences d'approche liée à la personnalité de la personne âgée

Les témoignages confirment, quel que soit le territoire, que la personnalité de la personne âgée engage son rapport à son environnement. Elle peut l'engager dans le sens du retrait comme Madame C. 88 ans¹¹⁷ : « *Moi, cela fait 10 ans que je ne sors plus, je suis tombée et maintenant j'ai peur. Je n'aime pas les clubs du troisième âge comme on dit, je préfère être seule, je m'occupe je lis beaucoup, je tricote, je jardine.* »

¹¹⁶ Entretien n° 14 : Marseillaise

¹¹⁷ Entretien n° 5 : Ciotadene

Et Madame E. 78 ans¹¹⁸ : « *Je sais que la mairie propose des activités comme le loto, les thés dansants...mais moi je n'aime pas y aller, cela ne me plaît pas. Peut-être, j'aimerais faire du bénévolat mais je ne sais pas où aller, me sentir utile, sinon je préfère être seule.* »

A contrario, la personnalité peut engager vers le recours à un tiers accompagnateur, qu'il soit aidant naturel ou de proximité, ou qu'il relève d'un service collectif ou public, seule condition du maintien des habitudes ou seule alternative à l'isolement comme en témoigne Madame J, 75 ans¹¹⁹ : « *Moi ce sont les Petits Frères des pauvres qui viennent me chercher, sinon je ne peux pas sortir [...] j'ai une toute petite retraite et je fais attention à tout, quand on n'a pas d'argent on vieillit mal...* »

Ou Madame J. 75 ans¹²⁰ : « *Je ne sors plus aujourd'hui, enfin seule, je sors avec mes enfants et aussi avec la mairie, ils viennent me chercher, je m'inscris à une activité, je reçois le programme, j'aime beaucoup, ils sont très gentils et puis je vois du monde. Au début c'était un peu dur, parce qu'avant je sortais avec mon mari, là je ne connais personne, mais on s'y fait et ensuite c'est bien. Cela me sort de mon traintrain quotidien. Mais, bon à mon âge, il ne faut pas trop en demander quand même.* »

Plus encore, nous ne devons pas considérer comme seul vecteur de socialisation la capacité de la personne à maintenir ou développer ses rapports à l'extérieur car, comme en témoigne un certain nombre de personnes enquêtées, et ce quel que soit le territoire, le domicile peut aussi constituer un espace de socialisation, de par la qualité des rapports familiaux, de voisinage, ou entretenus avec des professionnels. Ainsi, Madame C .88 ans¹²¹ : « *Ma voisine, c'est comme une sœur pour moi, cela fait 40 ans qu'on est voisines, on ne se parle pas tous les jours parce qu'on ne se voit pas, mais je sais qu'elle est là, en cas de besoin, et si elle voit que les volets ne sont pas ouverts un matin, elle avertira mes enfants. Moi aussi pour elle, c'est une sécurité parce que nous sommes veuves et nous vivons seules on ne sait jamais ce qui peut arriver à notre âge.* »

¹¹⁸ Entretien n° 6 : Ciotadenne

¹¹⁹ Entretien n° 11 : Madame J, est locataire et habite un logement dans un noyau villageois du 15^{ème} arrondissement

¹²⁰ Entretien n° 3 : Ciotadenne

¹²¹ Entretien n° 5 : Ciotadenne

Madame G. 83 ans ¹²²: « Vous voyez mon voisin, c'est un homme très gentil, il sort tous les jours faire les courses pour lui et sa femme et tous les matins il tape à ma porte pour savoir ce que je veux. Il me fait des petites courses bien qu'il ne soit plus tout jeune lui non plus. Et bien ça c'est une sécurité parce que si un matin je ne réponds pas il saura qu'il y a un problème et puis je me sens entourée, cela me fait une visite moi qui ne sors plus depuis 10 ans. Moi je couds et je leur rends service aussi comme je peux. Je me sens bien dans mon quartier et dans mon immeuble, j'y suis en sécurité, j'ai mes petites habitudes. Je ne sors plus mais tous les jours les infirmières passent et l'aide-ménagère aussi, c'est vrai qu'elles sont adorables mais je suis tributaire de leurs horaires, parfois je n'ai pas envie de me lever si tôt pour l'infirmière mais bon comment faire ? »

Madame J. 75 ans ¹²³: « J'avais une aide-ménagère avec laquelle je m'entendais très bien, elle était très efficace, j'avais pris mes habitudes avec elle. Un jour, elle n'est plus venue et ils m'en ont mis une autre, c'est plus pareil ».

V. Différences d'approche liée aux genres

Certes il nous a été d'un point de vue méthodologique non seulement difficile de d'identifier et d'aller à la rencontre des hommes mais aussi de les convaincre d'accepter de nous recevoir. Cependant, les témoignages recueillis invitent à poser la problématique du genre quant à assumer les conséquences croisées de l'âge et du veuvage, à l'image de ce qu'exprime Monsieur L. 89 ans ¹²⁴: « Je ne me sens pas respecté en tant que citoyen ni en tant que personne, je suis écœuré en tant qu'ancien combattant, d'avoir risqué ma vie pour le peu de considération que j'en tire au bout de ma vie, voilà. Vous savez, j'ai eu une vie difficile, j'ai beaucoup voyagé et je n'ai pas élevé mes enfants, j'en ai eu six dont deux qui sont morts, ma femme aussi est morte, les autres enfants sont intéressés et ne me parlent presque plus, alors je suis très seul. Je suis devenue fainéant, avant je bricolais dans la maison, maintenant je n'ai plus envie, la solitude se répercute sur mon caractère, je ne dors pas de la nuit parce que je pense trop à mon passé et quand je me lève le matin, je me dis encore un jour...Je ne mange presque plus parce que je vais vous montrez, regardez les repas qu'on me porte, ce n'est pas bon, je n'ose pas le dire au monsieur du portage de repas, je n'ai pas envie de déranger, moi je voudrais un ragout, par exemple,

¹²² Entretien n° 10 : Ciotadenne

¹²³ Entretien n° 3 : Ciotadenne

¹²⁴ Entretien n° 9 : Ciotaden

alors je me débrouille comme je peux mais je ne sais cuisiner, c'est ma femme qui le faisait, enfin, alors je mange de moins en moins. »

Il est flagrant de relever un net désinvestissement du domicile par les hommes, que la personne ait ou pas maintenu ou développé ses relations avec l'extérieur. Ce constat tient du fait que d'une part dans la génération des plus de 75 ans la répartition des rôles était clairement répartie entre l'homme et la femme à savoir l'homme assurait par son travail la sécurité du foyer et la femme s'occupait des enfants et des tâches domestiques. Ce schéma caricatural de nos jours constituait souvent un modèle pour nos aînés qu'il faut pondérer par le fait que les femmes pouvaient aussi avoir une activité professionnelle qu'elle cumulait alors avec la gestion domestique du foyer. La référence au travail pour l'homme devient alors essentielle et le départ à la retraite le privant d'un certain nombre de ses repères, il ne s'approprie pas le domicile qui reste le pré carré de l'épouse pour ce qui concerne la gestion domestique ce qui constitue un facteur de déstabilisation au départ du conjoint.

En effet, alors que Monsieur L précédemment cité ne sort quasiment plus de chez lui, Monsieur K. 84¹²⁵ ans au contraire, développe de nouvelles relations sociales. *« Ma femme est morte il y a un an après cinquante de mariage et nous n'avons pas d'enfant, depuis j'ai beaucoup de mal à m'en sortir, j'ai peur de perdre la tête, la douleur m'affaiblit. J'essaie de lutter, je sors avec la mairie, ils ont un service « fêtes-vous plaisir » ils viennent me chercher, je vais au thé dansant. J'aime sortir parce qu'à la maison je pense trop, je tourne en rond. Ma plus grande peur est de perdre la mémoire, alors j'essaie de faire des activités, j'ai tellement été actif dans ma vie que maintenant je sais plus quoi faire et après le moral ne suit plus. »*

De même Monsieur M 88 ans ¹²⁶ même si il n'est plus en capacité de sortir, envisage de partager son espace de vie : *« Vous voyez, j'ai une grande maison, mes enfants sont loin, je suis tout seul maintenant, il faudrait que je partage ma maison avec des locataires mais je ne sais pas comment m'y prendre. J'y pense et puis bon le temps passe et je suis toujours seul. »*

¹²⁵ Entretien n° 7 : Ciotaden

¹²⁶ Entretien n° 9 : Ciotaden

VI. Des différences liées aux ressources mobilisables

Ce qui est entendu par ressource, s'entend ici de deux manières, d'une part les capacités de la personne à récupérer de l'information et d'autre part, les ressources financières. A priori on aurait pu penser que la condition sociale de la personne génère une plus ou moins grande capacité à se mobiliser sur la recherche d'aide ou de services. Il n'en est rien.

Notre étude montre que quel que soit le territoire et quelle que soit la catégorie sociale d'appartenance de la personne, l'information n'est ou pas mobilisée par la personne âgée que dès lors qu'elle en est destinataire.

La personne âgée n'a en la matière pas de démarche volontariste, le tiers est le vecteur essentiel de l'information. Monsieur L. 89 ans¹²⁷ : « *Moi je n'ai pas reçu de courrier pour la canicule, personne ne m'a téléphoné, vous voyez à la télévision ils disent que les mairies appellent les gens, ben moi personne ne m'a appelé peut-être je ne les intéresse pas ils ont mieux à faire, mais on m'a dit qu'il fallait que je le demande mais je ne sais pas où aller et je ne veux pas déranger, alors ben voilà le téléphone il ne sonne pas, ni quand il fait chaud, ni quand il fait froid (rire).* »

Madame S 79 ans¹²⁸ : « *Je suis seule ici, vous comprenez, mes enfants sont partis, ils ont leur famille maintenant, vous savez les enfants une fois qu'ils sont grands ils s'en vont et c'est plus pareil, c'est normal. Heureusement que j'ai l'aide-ménagère qui vient maintenant, c'est mon infirmière qui m'a dit que j'y avais droit, moi je ne savais pas que je pouvais en avoir une si j'avais su j'aurai demandé plus tôt, mais voilà je suis bien contente maintenant.* »

En revanche, sans surprise les ressources financières sont incontestablement facteur de discrimination dans l'accès non seulement aux services mais également à la qualité et à la quantité des services utiles au maintien à domicile et ce quel que soit le territoire.

Madame G¹²⁹, 83 ans nous dit : « *Mon mari était directeur commercial dans une grande entreprise qui fournissait les chantiers navals et quand j'ai pris ma retraite en 1990 alors que mon mari l'avait prise un an plus tôt je lui disais toujours moi j'aimerais bien que l'on*

¹²⁷ Entretien n° 9 : Ciotaden

¹²⁸ Entretien n° 12 : Marseille

¹²⁹ Entretien n° 10 : Ciotadenne

aille vivre au soleil [...] Pour l'entretien de mon jardin et bien j'ai un jardinier, j'ai aussi une personne qui m'entretient la piscine et qui me fait les divers travaux dont j'ai besoin pour la maison »

Madame I¹³⁰ 84 ans « *Moi j'économise toute l'année pour payer mes impôts fonciers, je ne peux pas faire appel à personne, d'ailleurs j'ai personne à part mon aide-ménagère qui vient de temps en temps, pour le reste j'ai personne, je me débrouille comme je peux, vous savez j'ai eu un accident et j'ai été obligée d'arrêter de travailler, quand je suis passée à la retraite, je ne touche plus qu'un peu plus de 600 € alors avec ça vous savez on ne peut pas faire grand-chose. Alors je reste chez moi, je ne sors pas je n'ai pas les moyens ».*

Madame M¹³¹ 83 ans « *Je suis très bien entourée, pour le ménage j'ai une aide à domicile et pour l'entretien de la maison je fais appel aux frères et sœurs de l'église, ils sont toujours là pour moi depuis le départ de mon mari et ils me rendent visite tous les jours. Vraiment je ne manque de rien et je suis heureuse comme ça malgré tout. »*

Madame J¹³² 75 ans nous dit : « *Moi sans les petits frères des pauvres je ne sortirai jamais, je n'ai pas d'argent, et les gens qui n'ont pas d'argent ils vivent mal, ceux qui ont de l'argent ils vivent bien ils peuvent faire ce qu'ils veulent, moi si je n'avais pas les petits frères je ne sorterais jamais... »*

Il apparaît aussi qu'un signe extérieur de ressource, comme le fait d'être propriétaire de son logement, doit être pondéré par fait que la personne puisse mobiliser des ressources supplémentaires pour l'entretenir, l'entretien du logement représentant une charge plus lourde pour la personne âgée propriétaire que pour la personne âgée locataire. De plus, il faut considérer que pour cette classe d'âge, la propriété est souvent issue des ressources du mari et que la perte du conjoint entraîne une baisse de revenu importante. Ainsi une personne âgée veuve se trouvera confrontée à une problématique double, celle de la baisse des ressources comme évoquée précédemment mais aussi celle de l'entretien technique du logement qui était assumé le plus souvent par le mari. Traditionnellement si l'homme n'investissait pas le domicile d'un point de vue de l'entretien domestique, il en assurait la

¹³⁰ Entretien n° 1 : Ciotadenne

¹³¹ Entretien n° 14 : Marseillaise

¹³² Entretien n° 11 : Marseillaise

partie bricolage et entretien. Il en résulte un risque de dégradation du patrimoine foncier que nous avons pu constater lors de certaines de nos visites.

Qu'elle soit propriétaire ou locataire, il n'en demeure pas moins que lorsque la personne âgée dispose de faibles ressources, les restrictions s'opèrent principalement sur les achats alimentaires et les consommations de fluide tel que Madame E¹³³. 78 ans : *« En plus que ces appartements ne sont pas isolés, on entend tout, regardez, je suis obligée de rester avec mes bottes fourrées toute la journée, tellement le froid remonte du plancher, je ne peux pas chauffer comme il faudrait parce que je n'ai pas assez d'argent je touche 700 euros et j'ai 450 euros de loyer même si la CAF m'aide, je ne peux pas me ruiner en chauffage, alors j'ai souvent froid. [...] pour les courses je vais au marché, j'attends la fin du marché et je fais des petites affaires, les légumes pas vendus, les commerçants me les font à un euros. Je vais à ED, je cuisine et je congèle, tant que je peux le faire après je ne sais pas on verra bien ».*

Madame J, 75 ans¹³⁴ : *« j'ai une toute petite retraite et je fais attention à tout, je ne mange même pas à ma faim je fais attention à tout, quand on n'a pas d'argent ont vieillit mal... »*

VII. Le recours à un tiers et l'image de soi

Comme les ressources financières, génèrent selon que l'on en ait ou pas l'opportunité ou pas d'un choix, en terme de qualité et de quantité de services, on observe effectivement des différences d'appréciation quant à l'image de soi induite par l'obligation d'avoir recours à un tiers.

Le sentiment de ne plus être tout à fait maître chez soi, par l'intrusion de tiers, et ce d'autant plus si les changements de personnels sont fréquents, concoure plutôt à une image de soi dégradée.

Madame J¹³⁵. 75 ans: *« J'avais une aide-ménagère avec laquelle je m'entendais très bien, elle était très efficace, j'avais pris mes habitudes avec elle. Un jour, elle n'est plus venue et ils m'en ont mis une autre, c'est plus pareil. Regardez, je vais vous montrer la feuille, ils*

¹³³ Entretien n° 4 : Ciotadenne

¹³⁴ Entretien n° 11 Madame J, est locataire et habite un logement dans un noyau villageois du 15^{ème} arrondissement

¹³⁵ Entretien n° 3 : Ciotadenne

m'envoient plus de cinq personnes différentes pour ce mois-ci. Je comprends que ce n'est pas simple pour eux mais pour moi non plus je dois sans cesse me réhabituer. Vous savez, je ne sors plus de chez moi depuis dix ans, en fait depuis que mon mari est malade d'Alzheimer, je ne veux pas le laisser seul. Alors, le matin il y a les infirmiers qui viennent très tôt et puis l'aide-ménagère, enfin je n'ai plus de temps pour moi, je ne fais plus ce que je veux dans ma maison. »

Madame L¹³⁶. 84 ans : *« Un jour, j'ai eu un problème avec l'infirmier et mon mari, il l'appelait par son prénom, le taquinait et puis un jour mon mari l'a attrapé méchamment au bras. Je ne sais pas ce qui s'est passé parce que mon mari ne parle plus mais peut-être l'infirmier n'aurait pas dû le traiter comme un enfant, l'appeler par son prénom, enfin je ne sais pas mais je crois que ça y fait non ? »*

Madame J¹³⁷ 75 ans *« J'habite un tout petit logement et je n'ai pas d'argent vous comprenez, j'ai une toute petite retraite, je fais attention à tout, heureusement que l'on me donne des choses parce que je n'ai rien. [...] Si vous avez de l'argent vous payez quelqu'un il vient vous voir, si vous n'avez pas d'argent vous n'avez personne. Alors j'ai l'aide-ménagère mais ce n'est pas facile elle change tout le temps mais moi je ne veux pas avoir d'histoires et puis ça me fait une présence. »*

Madame F¹³⁸ 79 ans *« Oui moi j'ai l'aide-ménagère, mais vous savez elle fait ce qu'elle veut ce n'est pas comme moi quand je faisais le ménage elle ne tire pas les meubles, elle fait que ce qui se voit. Enfin on fait avec on n'a pas le choix et puis ça change souvent parfois on s'habitue et puis hop on nous la change c'est dur vous savez ».*

En conclusion de la présentation de synthèse des entretiens réalisés auprès des personnes âgées, se dégagent plusieurs axes forts que l'on peut classer selon qu'ils relèvent de l'individu ou de son environnement. Nous appellerons les premiers endogènes et les seconds exogènes.

La personnalité, l'histoire sociale, l'ancienneté ou la durée d'inscription sur son territoire de résidence sont autant de facteurs endogènes qui conditionnent le sentiment de bien vieillir. L'existence de services, leur lisibilité, la proximité de l'information, ainsi que des

¹³⁶ Entretien n° 7 : Ciotadenne

¹³⁷ Entretien n° 11 : Marseillaise

¹³⁸ Entretien n° 12 : Marseillaise

commodités logistiques d'accès à ces services sont des facteurs exogènes essentiels fondateurs de l'opportunité pour la personne de maintenir ou de développer une vie sociale, vie sociale entendue au sens exprimé par les personnes âgées interrogées, à savoir aussi bien chez soi qu'à l'extérieur de chez soi. D'autres facteurs comme l'argument sécuritaire ou l'argument financier, sont plus complexes.

A la fois endogène et exogène, l'argument sécuritaire articule tout autant une insécurité réelle voire vécue qu'un sentiment plus subjectif d'insécurité. Sans surprise, l'argument financier est un argument décisif et discriminant.

Chapitre 3. Les résultats et l'analyse des résultats des entretiens avec les professionnels

Les interviews des professionnels de terrain attestent de leur vision réaliste des problématiques des personnes âgées. Leur analyse corrobore les éléments qui ressortent des entretiens réalisés auprès des personnes âgées. En revanche, a contrario des personnes âgées interrogées qui n'expriment pas directement le sentiment d'être vulnérables, les professionnels objectivent des « symptômes » de vulnérabilité ou des facteurs de vulnérabilisation de la personne.

I. Le cumul de facteurs comme symptôme d'un processus de vulnérabilisation

Ainsi Bernard Ennuyer évoque la discrimination par les ressources, dans l'accès aux services, mais au-delà le cumul de facteurs comme vecteur de vulnérabilité. Il dit « *La discrimination par le revenu, elle est sans doute très importante mais elle s'accompagne d'une autre discrimination. Elle est double, encore une fois chez les femmes, isolement social, santé dégradée et faibles ressources c'est malheureusement un triptyque qui correspond à beaucoup de gens* »¹³⁹. Bernard Ennuyer pointant le fait que la vulnérabilité toucherait plus les femmes que les hommes, postule donc un processus de vulnérabilisation genrée. « *Aujourd'hui, indéniablement sans caricaturer, les femmes ont une retraite moyenne de 900 € alors que les hommes ont une retraite moyenne de 1600 €. Donc être une femme de plus de 75ans prédispose beaucoup plus à la vulnérabilité. De plus, il est prouvé aujourd'hui que les femmes, dans leur parcours de vie, ont des incapacités plus*

¹³⁹ Annexe n° 5 : Entretien acteur n° 3

graves et plus durables. Donc je dirais aujourd'hui que les femmes cumulent trois handicaps : isolement social, faibles ressources, état de santé délabré. »

La directrice du CLIC, évoque les problématiques liées au logement :¹⁴⁰ « *Au niveau du logement, on tombe sur des logements très vétustes, non entretenus même pas au niveau de l'hygiène, au niveau de l'entretien avec des logements mal isolés, le chauffage électrique défectueux, l'électricité qui n'est pas aux normes vous voyez ce genre de choses, oui on le voit beaucoup*».

La chargée de mission des Petits Frères des Pauvres confirme par ces propos :¹⁴¹ « *La problématique logement pour des propriétaires âgés est grandissante aussi par rapport à une population qui ne peut plus satisfaire ses besoins en terme de rénovation d'entretien etc... alors ça passe par l'entretien quotidien, ce n'est pas agréable aussi de vivre dans un logement qui se dégrade petit à petit, mais cela passe aussi par la mise aux normes parce que les logements sont dangereux. Mais le logement c'est aussi des locataires âgés dont les logements ne sont plus adaptés avec des listes d'attente de deux trois ans et l'impossibilité d'accès aux bailleurs privés où il y aurait éventuellement des réponses, mais des réponses pour le coup trop onéreuses pour les personnes âgées aux revenus modestes. »*

Elle confirme aussi que le cumul de facteurs est bien entendu source de vulnérabilité qui peut conduire jusqu'à la réclusion à domicile pour les personnes les plus modestes : « *L'isolement constitue la problématique principale des personnes âgées dans les quartiers nord de Marseille. Alors bien entendu je parle des populations suivies par les Petits Frères, qui ne représentent pas la majorité des individus mais tout de même une proportion importante dans les quartiers que l'on ne prend malheureusement pas ou peu en compte. Alors isolement pourquoi ? Parce que des populations bien entendu avancées en âge, des populations sur Marseille qui sont des populations en ville avec parfois des familles qui sont éloignées, des familles qui ont du s'éloigner, des liens qui se sont transformés, dans tous les cas qui font que les personnes ne disposent pas de la solidarité familiale à laquelle elles aspirent et à laquelle elles ont droit, donc une solidarité familiale qui ne peut pas s'exercer. Après se sont aussi des personnes qui sont seules parce qu'elles ont connu un veuvage, perte d'enfant parfois mais dans une moindre mesure, mais quand*

¹⁴⁰ Entretien acteur n° 4

¹⁴¹ Entretien acteur n° 2

même veuvage, perte des amis, l'avancée en âge va faire que le réseau relationnel va se restreindre, des problèmes en terme de santé, problème d'accès aux soins, parce que isolement et du coup j'ai de plus en plus de mal à dire que je ne vais pas bien, j'ai de plus en plus de mal à assurer aussi financièrement la partie soin, ou je me soigne mais je me fragilise au niveau financier parce que le veuvage c'est aussi une moindre retraite et je n'accède pas aux soins comme je le voudrais. Des problématiques je dirais de manière large, de vivre ensemble, de partage, partage avec les gens de mon âge mais aussi avec les gens qui habitent à côté de chez moi et donc une réclusion à domicile qui se veut grandissante, enfin qui ne se voudrait pas mais qui malheureusement l'est, couplée à des problématiques de logements, bref des problématiques qui se cumulent au-delà de 75 ans. La personne âgée rentre comme dans un cercle vicieux, la personne devient impuissante. Impuissante parce que toute seule, mais aussi impuissante parce qu'à un moment donné elle n'a pas les réponses de proximité qu'elle pourrait avoir ou que l'on pourrait avoir si on se donnait les moyens de les développer. Donc isolement au niveau de la famille, au niveau des voisins, manque de sorties, l'accès à la santé et aux soins réduit d'un point de vue matériel donc financier, mais aussi de manière physique et problèmes de sorties avec du coup je reviens à ce que je te disais tout à l'heure sur la réclusion à domicile. »

Interrogée sur la vulnérabilité, une directrice d'association d'aide à domicile, ajoute que la notion de vulnérabilité est aussi liée à la sécurité et nous dit : ¹⁴²« *L'insécurité est aussi un facteur de vulnérabilité, la notion de vulnérabilité se multiplie au fur et à mesure tant de l'âge, que des pathologies liées à l'âge, et la personne âgée a plus de difficultés à affronter ce regard qui est porté sur la vulnérabilité. Ne serait-ce que de monter les deux marches d'un bus, de les monter ou de les descendre d'ailleurs, la difficulté est aussi importante de monter ou de descendre, que de se rendre avec le déambulateur ou aidé d'une canne dans un endroit et qu'est-ce que je fais de mon sac à main, où est-ce que je le mets, je le mets autour du coup, de la ceinture, avec juste un peu d'argent et si je n'ai pas mon sac, je n'ai pas ma carte d'identité, si je tombe on ne saura pas qui je suis si je suis transportée à l'hôpital, c'est au travers de ces problématiques que l'on repère la vulnérabilité, les personnes qui se font agresser sont généralement des personnes vulnérables. »*

¹⁴² Entretien acteur n° 1

Au-delà, leurs points de vue de professionnels mettent l'accent sur deux grands constats. Le premier est un constat de terrain exprimé par des acteurs de terrain : l'accès aux droits est conditionné par l'accès à l'information. Le second est un constat théorisé par le sociologue Bernard Ennuyer : les facteurs objectivables au moment de la vieillesse préexistent à la vieillesse, il y aurait un déterminisme intrinsèque à l'histoire de vie de la personne.

II. Une unanimité de point de vue quant à l'accès à l'information

Unanimement les professionnels s'accordent à dire qu'il n'y a pas d'accès aux droits sans accès préalable à l'information. Lorsque nous évoquions la question de l'accès aux droits avec une chargée de mission des Petits Frères des pauvres, celle-ci soulevait le fait qu'une carence existait bien en ce qui concerne le manque de lisibilité des différents dispositifs et leur empilement : ¹⁴³« La réponse à la question de l'accès aux droits reste une réponse malheureusement banale, mais beaucoup de personnes y sont confrontées de manière récurrente, c'est un problème d'information à la base. Parce que quand on se retrouve isolé ou pas et que l'on ne sait pas à qui faire appel, où faire appel et on ne peut pas y accéder, du coup l'information on ne l'a pas et on ne peut pas s'en saisir si on n'arrive pas à la toucher. Ensuite c'est aussi un problème d'interlocuteur, enfin de rencontre avec les bons interlocuteurs. Dès lors que l'on a une information, il y a des personnes qui sont en difficulté aujourd'hui parce que l'on reste encore quand même dans une politique de guichets et donc il faut encore que la personne soit passe le bon coup de fil ou se déplace ou bien par internet ce qui facilite aussi les démarches mais ce n'est pas accessible à tout le monde et notamment à la population des 75 ans et plus. Il y a aussi la volonté, l'envie, mais il y a aussi les moyens d'y accéder, donc il faudrait aussi que ça bouge, et que les structures puissent aller à la rencontre des gens... »

Interrogée sur le même sujet la directrice d'un CLIC confirme : ¹⁴⁴« Les plus de 75 ans souffrent d'une absence d'information, d'une absence d'accès aux droits, et aux dispositifs d'aide liée à ce manque d'information, d'une insuffisance d'information. D'autre part un second frein a été identifié je veux parler de la lourdeur administrative en France, la lourdeur des papiers qu'il faut fournir, les personnes âgées se découragent. Souvent ils nous disent c'est trop compliqué moi je laisse tomber parce qu'il y a trop de démarches à

¹⁴³ Entretien acteur n° 2

¹⁴⁴ Entretien acteur n° 4

faire. C'est un point important du renoncement aux droits du fait que les démarches sont trop compliquées ».

Pour Bernard Ennuyer : ¹⁴⁵ « *L'accès au droit a un premier niveau dont on parle beaucoup aujourd'hui, c'est l'accès à l'information. [...]Donc difficulté d'accès à l'information difficulté à la comprendre, mais difficulté aussi à accepter à avoir besoin d'aide parce que les gens disent je me suis débrouillé toute ma vie et voilà. Les catégories supérieures finalement, recourent beaucoup plus souvent à l'aide que les catégories inférieures. »*

Ce qui semble flagrant lors de nos entretiens avec les acteurs concernant l'accès aux droits c'est leur unanimité de point de vue concernant le manque d'accès à l'information, ce qui peut paraître paradoxal lorsque cette réponse provient d'un Centre local d'information et de coordination. Ce qui semble poser problème c'est la diffusion de cette information car les supports existent mais n'atteignent pas réellement leur cible notamment en ce qui concerne les supports modernes tel qu'internet très peu accessible et utilisé par le public de plus de 75 ans. L'information est disponible mais les personnes âgées ne peuvent s'en emparer que dès lors qu'elles font une démarche personnelle. Or force est de constater que les destinataires de cette information sont, et c'est bien connu, un public peu enclin voire pas en capacité d'aller chercher l'information.

III. Il existerait un déterminisme préexistant à la vieillesse

Bernard Ennuyer évoque une continuité « inéluctable » de la fracture sociale dans la trajectoire de vie des personnes. « *On assiste contrairement à ce qui est nié à la continuité d'une fracture sociale. Comme dit Anne Marie GUILLEMARD¹⁴⁶ que je connais bien, le vieillissement est un processus continu. C'est vrai que les gens qui ont commencés leur vie avec une mauvaise instruction, une mauvaise éducation, de mauvaises conditions de travail, ce sont les mêmes gens qui vont se retrouver en fin de vie donc la vieillesse est la continuité de la fracture sociale. »*

Pour préciser ce qu'il entend par là, il ajoute : « *Quand il n'y a pas d'incapacité majeure, la question de continuer à vieillir chez soi ne se pose pas de façon majeure, sauf autres difficultés. Donc tu as des gens qui sont vulnérables parce qu'ils ont des états de santé*

¹⁴⁵ Entretien acteur n° 3

¹⁴⁶ Anne-Marie GUILLEMARD : La retraite une mort sociale, sociologie des conduites en situation de retraite, 1972, 303p.

délabrés et malheureusement ce sont des états de santé qui sont la conséquence de boulots pénibles. Et en général, c'est un corolaire, ce sont des gens de conditions modestes.»

Ce qui peut surprendre dans la logique argumentaire de Bernard Ennuyer, c'est ce que l'on pourrait appeler un raisonnement par le pire. Certes nombre de professionnels attestent à partir de leur expérience de terrain de la coïncidence morbide entre pauvreté et son cortège de conséquences en terme de santé ou de logement pour ne citer que ceux-là.

A propos du public âgé en situation de grande précarité, il est légitime, comme les professionnels le font, de s'interroger sur le sens que peut avoir « Continuer à vieillir chez soi » et plus encore « bien vieillir », mais ce constat alarmiste ne peut être généralisé à l'ensemble de la population des personnes âgées de plus de 75 ans.

IV. Analyse croisée entre public et professionnels

En croisant les données issues des entretiens avec le public d'une part et les professionnels d'autre part, on observe quelques distinctions voire contradictions quant aux trois grandes dimensions investiguées.

1. Vieillesse et processus d'identité sociale

En premier lieu, alors que les professionnels s'accordent à penser qu'il faut multiplier les actions en faveur d'une vie sociale des personnes âgées en dehors de leur domicile, les personnes âgées démentent en partie prouvant que l'on peut développer une vie sociale à domicile.

C'est donc l'existence d'un réseau social en tant que tel qui est vecteur de socialisation. Le domicile n'est pas systématiquement vécu comme un lieu de confinement imposé voire de réclusion. Tel que l'expriment certaines personnes âgées, le domicile peut être vécu comme le lieu «où l'on se sent le mieux». L'identité sociale n'apparaît pas comme un processus linéaire mais plutôt comme un processus dynamique au gré des événements de la vie. Le vieillissement est une donnée de nature qui s'impose aux personnes. Certaines personnes âgées témoignent de leur capacité dynamique à se recomposer une identité sociale en fonction des événements.

D'autres témoignent de leur difficulté à « faire le deuil » d'une identité sociale fondatrice de leur rapport à leur environnement.

Un des enjeux des politiques publiques serait alors de favoriser le maintien ou de susciter ce processus de reconstruction identitaire pour la personne ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

2. Vieillesse et processus de vulnérabilisation

En second lieu, ce que les personnes âgées expriment quant à leurs propres difficultés ou vulnérabilité n'est jamais qualifié comme tel. Plus encore chaque entretien révèle une personne particulière qui exprime une situation particulière, l'expression des difficultés ou des besoins apparaissant comme purement subjective. Il y a donc des variations individuelles dans l'approche de chaque personne quant aux conditions nécessaires pour continuer à vivre chez elles et au-delà quant aux conditions d'un « bien vieillir ».

A contrario, les professionnels sont plutôt dans une vision factorisable, c'est-à-dire de facteurs objectivés ou objectivables, de l'état ou du potentiel de vulnérabilité de la personne âgée. La vulnérabilité serait affaire de professionnels. Cette approche prend racine dans les fondements des politiques publiques dont ils ont la charge, fortement empreints d'une vision scientifique et mesurable. Il en découle une interrogation quant à l'application de politiques publiques à visée collective alors que de toute évidence l'idéal relèverait d'un traitement individualisé et personnalisé.

Bernard ENNUYER exprime cette interrogation quand il dit que le système est fortement marqué par l'absence d'écoute des besoins particuliers de chaque personne et que c'est le fait de critériser la perte d'autonomie qui désigne aujourd'hui de manière globale le vieillissement et la dépendance. Il va même plus loin en avançant l'hypothèse que ce système justifierait des pratiques d'institutionnalisation des personnes âgées et finalement de ségrégation.

3. Vieillesse et processus de maintien du « bien vieillir »

En troisième lieu, rien ne permet de généraliser à partir des entretiens avec les personnes âgées qu'il existerait comme le postule Bernard Ennuyer, un déterminisme social impactant la trajectoire de vie des personnes âgées. Certes, certains entretiens révèlent de

manière criante la situation de grande précarité d'une partie de la population âgée et d'éléments déterminants dans leur trajectoire de vie. Mais globalement, les entretiens permettent plutôt de penser que chaque personne, quelle que soit son appartenance à telle ou telle catégorie sociale, maîtrise plus ou moins bien les événements auxquels la confronte son âge et négocie plus ou moins bien son adaptation aux changements induits par le vieillissement. Le « bien vieillir » relève d'une conception individuelle.

Il apparaît donc comme un concept multiforme qu'il serait hasardeux de vouloir cerner au travers d'une critérisation généralisante. Aussi, faudrait –il plutôt parler du « vieillir bien » de chaque personne plutôt que du « bien vieillir » des personnes âgées.

En conclusion, les acteurs de terrain sont unanimes en ce qui concerne le rapport direct entre l'accès aux droits et l'accès à l'information, le second conditionnant le premier. Les professionnels témoignent de la dégradation des deux du fait d'un empilement, d'un feuilletage des dispositifs rendant illisibles les ressources d'aides mobilisables et du fait d'un système de communication et d'information plus attentiste que proactif à l'égard du public cible. Ces constats traduisent pour les professionnels une défaillance institutionnelle.

De plus, on peut constater que les réponses des professionnels sont toujours d'une part très fortement fondées par leur expérience auprès des publics en situation de grande précarité, faisant dire à Bernard Ennuyer qu'il existerait un déterminisme dans la trajectoire de vie des personnes. Pour lui, comme pour les autres acteurs de terrain, il y aurait un processus linéaire qui ferait qu'une personne âgée est fragile ou vulnérable avant de vieillir. Il y aurait une construction progressive des fragilités tout au long de la vie.

D'autre part, leurs réponses s'ancrent dans la logique de leurs institutions de rattachement. La grille de lecture des professionnels est fortement marquée par la logique ou le cadre des politiques publiques qu'ils ont la charge de mettre en œuvre. On constate une unanimité de points de vue quant au cumul de facteurs comme symptôme ou signal d'alerte d'un processus, engagé ou à risque, de vulnérabilisation.

Mais si ces critères comme signaux d'alerte sont objectivés par les professionnels de terrain, on constate en même temps leur difficulté à définir ce qu'est la vulnérabilité sans le recours à ces indicateurs.

Troisième partie

Dans la continuité des observations développées dans la partie 2 et des éléments conclusifs exposés à savoir,

- une approche de vieillesse selon l'angle du déterminisme conduirait à développer des politiques publiques de prévention ou de prise en charge s'appuyant sur des critères déterminant un processus de cause à effets négatifs qu'ils soient réels ou supposés, conduisant à s'interroger sur la valeur prédictive des critères retenus.

- une approche qui envisagerait la vieillesse selon l'angle de la continuité, d'un processus continu de développement tout au long de la vie, prendrait en compte les « stratégies » positives que la personne âgée exprime et développe pour s'adapter aux changements ou aux évolutions de sa situation. Les entretiens ont démontré que chaque personne âgée élabore ses propres critères d'évaluation et que la notion de qualité de vie s'appuie sur des représentations individualisées.

Nous poursuivons notre analyse afin de valider ou d'invalider notre hypothèse de départ: **« Le processus de vulnérabilité varie en fonction de l'approche des problématiques de la vieillesse, de la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelon local et des modalités de prises en charge. »**

De l'ensemble de notre étude de terrain confrontée aux recherches bibliographiques et théoriques ressortent trois résultats principaux que nous développerons successivement en 3 chapitres:

Les concepts de « vulnérabilité » et de « Bien vieillir » sont des concepts protéiformes selon que l'on se place du point de vue des professionnels de terrain, des institutionnels en charge de la mise en œuvre des politiques publiques, des chercheurs ou de celui des personnes âgées elles-mêmes. Ils sont de surcroît fortement temporalisés ou contextuels selon l'évolution de la société, selon les progrès des recherches en gérontologie, sociologie, ou psychologie pour ne citer que celles-ci, selon les cultures de référence. C'est cette analyse que nous présenterons dans un premier temps dans le chapitre 1 « Vulnérabilité et Bien-vieillir : des concepts à géométrie variable. »

Dans un second temps, dans le chapitre 2, « Entre déterminisme et réseau social, quel impact sur la trajectoire de vie ? », nous aborderons la question du déterminisme social et du réseau social sur la trajectoire de vie des personnes, et leur éventuelle interaction. Cette question oppose de manière plus désordonnée l'ensemble des acteurs cités ci-dessus.

Les recherches en gérontologie ont évolué mais les oppositions entre chercheurs restent fortes. Les institutionnels et les acteurs de terrain sont divisés. Les usagers interrogés livrent une vision plus fine et individuelle appelant à réinterroger la pertinence de critères généralistes uniformément applicables à toute la population âgée pour mesurer le niveau de vulnérabilité.

Dans un troisième temps, dans le chapitre 3 « Pertinence des politiques publiques de prise en charge. Globalisation contre individualisation ? », nous analyserons la question des politiques publiques avec leurs modalités de prise en charge dans le cadre de la Loi 2002-2 et nous verrons que leur pertinence divise en deux camps les usagers, les observateurs de terrain, les chercheurs des sciences humaines et sociales d'une part et les « spécialistes » d'autre part.

Enfin nous reviendrons sur notre hypothèse pour la confronter à notre analyse et proposer quelques pistes et éléments de réflexion.

Chapitre 1. Vulnérabilité et Bien-vieillir : des concepts à géométrie variable.

Avant toutes choses, l'expression des personnes âgées et des acteurs professionnels se démarque sur la question des concepts de « vulnérabilité » et de « bien vieillir ».

I. Vulnérabilité et fragilité appartiennent à la sémantique des professionnels

En 2008, la CNAV finance une recherche au CREDOC sur « La fragilité des personnes âgées. Perceptions et mesures »¹⁴⁷. A la lecture de cette recherche, nous avons estimé une proximité entre les notions de vulnérabilité et de fragilité, cette dernière notion étant plus usitée en santé. Les résultats de leurs travaux « *convergent vers la même approche du concept de fragilité. Cette notion apparaît avec la perception ou la prise de conscience de*

¹⁴⁷ La fragilité des personnes âgées. Perceptions et mesures : Anne LOONES, Elodie DAVID-ALBEROLA, Pauline JAUNEAU, Cahier De Recherche N°256, Décembre 2008, Département « Evaluation des politiques sociales » dirigé par Matthieu ANGOTTI.

la personne âgée des premiers signes du vieillissement et de l'émergence des difficultés dans la vie quotidienne. Cette prise de conscience peut alors générer de la fragilité ou non, selon tout un ensemble de facteurs liés à l'histoire et à l'environnement de la personne. En cela, la fragilité apparaît comme un état peu prédictif et peu objectivable. C'est un concept multidimensionnel, mêlant des éléments liés à l'état de santé et à l'environnement (logement, vie sociale, entourage familial)».

A partir d'interviews d'un échantillon de personnes âgées relevant de la CNAV, cette recherche met en évidence 8 facteurs de fragilité :

- ne pas recevoir ni rendre de visites
- se sentir souvent seul
- éprouver des difficultés dans au moins un geste de la vie quotidienne
- éprouver des difficultés particulières dans le logement
- éprouver des difficultés particulières pour se déplacer
- estimer que son état de santé s'est dégradé au cours des 12 derniers mois
- avoir peur de faire un malaise
- utiliser une canne

Dans ces 8 facteurs retenus par l'étude, il est frappant de constater que deux facteurs, « utiliser une canne » et « ne pas recevoir ni rendre de visites », relèvent d'une approche objective alors que tous les autres relèvent d'une approche subjective : « se sentir », « éprouver », « estimer », « avoir peur ». Ce constat sémantique confirme bien, au moins pour partie, la dimension subjective de la vulnérabilité.

Le concept de fragilité est repris dans le rapport AQUINO¹⁴⁸, participant à la réflexion préalable au projet de loi DELAUNAY¹⁴⁹. L'auteur, parlant de fragilité, dit : « *La cible*

¹⁴⁸ Rapport AQUINO : Comité Avancée en Age Prévention et Qualité de VIE / Anticiper pour une autonomie préservé : enjeu de société, Février 2013

¹⁴⁹ Michèle DELAUNAY, ministre déléguée en charge des Personnes âgées et de l'Autonomie, prépare un futur projet de loi : « Adaptation de la société française au vieillissement » La ministre a d'abord confié une

essentielle de la perte d'autonomie évitable est représentée par la fragilité. Le mot «fragilité », qui correspond à un concept médical, est aussi utilisé par les professionnels de l'action sociale. Il est nécessaire de clarifier son usage ». Puis il évoque la fragilité comme un concept aux contours flous, mais déterminant dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie. Le rapport s'appuie sur la critérisation selon Linda FRIED¹⁵⁰ comprenant cinq critères :

- faiblesse musculaire,
- asthénie,
- activité physique réduite,
- lenteur de la marche,
- perte du poids involontaire au cours de la dernière année.

Selon FRIED, il suffit à minima de trois de ces cinq critères pour qualifier de fragiles les personnes concernées.

A la représentation de la fragilité de FRIED, le rapport en propose une seconde celle de Kenneth ROKWOOD¹⁵¹, qui utilise sept points de fragilité et complète la première par des éléments neuropsychiques.

Pour FRIED comme pour ROKWOOD, la fragilité est associée à des éléments organiques de la personne. Cette critérisation s'appuie sur les mêmes éléments qui ont fondé les politiques publiques, c'est-à-dire sur une vision étiologique purement incapacitaire issue de la médecine gériatrique. La vulnérabilité est évoquée ici simplement comme un élément qui potentialise la fragilité et ne fait pas ici le moindre objet de tentative de définition ni même de prise en compte. Associée à la fragilité comme une composante éventuelle, la vulnérabilité disparaît au profit du « concept flou » de fragilité qui impose encore une fois

mission au comité « Avancée en âge : prévention et qualité de vie », dont elle a confié la charge au Dr. Jean-Pierre AQUINO, ce comité doit contribuer à l'élaboration du volet « anticipation-prévention » du futur projet de loi.

¹⁵⁰ Linda P. FRIED : De nationalité américaine elle est reconnue comme chef de file dans les domaines de l'épidémiologie et de la gériatrie. Elle a consacré sa carrière à la science du vieillissement en bonne santé, en particulier la prévention de la fragilité et le handicap, et la conception des approches qui permettront de renforcer les avantages à tous d'être une société vieillissante

¹⁵¹ Kenneth ROCKWOOD : Chercheur canadien Professeur de médecine neurologique et gériatrique, En tant que directeur de recherche en médecine gériatrique, Kenneth ROCKWOOD a eu un intérêt de longue date dans les aspects cliniques et épidémiologiques de la fragilité, de la démence et le délire. Il a concentré ses investigations sur la complexité de la fragilité, et sur ce qu'on peut appeler «corrélation clinico-mathématique».

les règles du paradigme incapacitaire de la vieillesse. Le concept de fragilité fait d'ailleurs partie intégrante de la loi du 29 janvier 1996 concernant l'agrément dit « qualité » des structures de services : « *Afin de prendre en compte la spécificité de certains publics fragiles, la loi a prévu par ailleurs un agrément particulier pour les associations et les entreprises dont l'activité concerne la garde d'enfants de moins de trois ans ou l'assistance aux PA de plus de 70 ans ou handicapées* » plaçant de fait toute personne de plus de 70 ans comme étant « fragile ».

En conclusion, le concept de vulnérabilité appartient au vocabulaire des professionnels. Elle relève d'un corpus de symptômes ou de signaux qui définirait un état dit de vulnérabilité ou une situation potentielle de vulnérabilisation. Or, il semble évident que cette critérisation du repérage est certes pour partie a priori objectivable sur le terrain auprès des personnes âgées, mais que cette critérisation relève d'une vision subjective du concept-même de vulnérabilité par les professionnels. Pour preuve, la non-voyance qui est définie par les acteurs de terrain comme un critère manifeste de vulnérabilité, n'est pas vécu par la personne âgée comme tel. Au « confinement à domicile » qui serait donc repéré comme critère de vulnérabilité par les acteurs de terrain, peut s'opposer le « bien être chez soi » ou le « mieux être chez soi » exprimé par les personnes âgées.

II. « Bien vieillir ». Discours en extériorité et discours en intériorité

Le « bien-vieillir » est présent indirectement dans la parole des personnes âgées mais il est surtout utilisé par les acteurs de terrain et les professionnels témoignant ainsi d'une double conception, celle vue de l'intérieur et celle vue de l'extérieur. A contrario d'une partie des acteurs et des professionnels interrogés dont la conception repose sur les mêmes grilles de lecture que la vulnérabilité, aucune des personnes âgées rencontrées n'utilisent directement le terme de « bien vieillir ». Elles disent « Je suis bien quand... », « Je serais mieux si... », Elles parlent de leur « être bien ». D'ailleurs, comme dit Bernadette PUIJALON, que voudrait dire « Je veux....bien vieillir » ou « Je veux bien....vieillir » ? L'expression des personnes âgées rencontrées traduit une multiplicité de vécus et d'aspirations de ce temps de vie qu'est le vieillissement. Elles expriment de ce point de vue-là des visions toutes personnelles et de surcroît pluridimensionnelles. Pour exemple, le déracinement de son territoire historique de vie qui serait défini par les acteurs de terrain comme un facteur de risque, peut être indifféremment évoqué par les personnes âgées comme un élément positif

ou un élément négatif influençant de fait leur sentiment de « bien ou mal vieillir ». Au-delà, on constate que les personnes âgées expriment leur propre définition du « bien vieillir », invoquant des arguments personnels selon leurs propres logiques et contraintes. Les personnes âgées parlent de leur vieillissement en intériorité.

Tout autant que le concept de vulnérabilité, de nombreuses enquêtes corroborent la difficulté à cerner les contours d'un « Bien vieillir » qui vaudrait pour tous.

ROWE et KHAN¹⁵² en 1997 lui substituent le concept de « vieillissement réussi », notion d'ailleurs reprise dans le Plan Bien Vieillir 2007-2009, qui ne laisse par ailleurs qu'une place marginale à la dimension sociale du « Bien Vieillir ». Cette conception est contestée car elle supposerait en opposition « un vieillissement raté ». L'OMS¹⁵³ lui préfère la notion de « Vieillissement actif »¹⁵⁴ et l'Union européenne de « Vieillissement en bonne santé ». Ces positions peuvent aussi être contestables car elles s'appuient sur une vision plutôt médicale conformément aux compétences en termes de politique de prévention de ces institutions. Elles supposent que la santé départagerait le « bien vieillir » du « mal vieillir » et probablement au-delà l'autonomie de la dépendance.

Bernard ENNUYER va jusqu'à contester et même dénoncer le concept de « Bien Vieillir ». Pour lui, c'est une « *affaire de mode, une injonction d'autonomie : prenez-vous en charge vous-mêmes* ». Il introduit là l'idée que le « bien ou mal vieillir » renverrait à la responsabilité de chacun, dédouanant ainsi la société et les pouvoirs publics de leur responsabilité collective.

Dans un article de la revue Médecine Sciences de 2005, « Le bien vieillir. Concepts et modèles », les canadiens Marcellin GANGBE et Francine DUCHARME¹⁵⁵ relèvent trois oppositions dans toute tentative de définition du « Bien vieillir ». La première est culturelle. Il y aurait une vision spécifiquement occidentale du bien vieillir relevant de l'image sociale que nos sociétés se font de la personne âgée. Dans d'autres pays, bien vieillir « *c'est avant tout pouvoir tenir les rôles sociaux associés à son âge. Ainsi, bien*

¹⁵² ROWE J.W, KAHN R.L (1997) Successful aging. *Gérontologist*. 37-433-80

¹⁵³ Organisation Mondiale de la Santé

¹⁵⁴ Selon les termes d'une déclaration du gouvernement canadien en 1998, « Le vieillissement actif » est : « Le processus d'optimalisation des possibilités de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie, dans le but d'allonger l'espérance de vie saine ».

¹⁵⁵ « Le "bien vieillir" : concepts et modèles » Marcellin GANGBE et Francine DUCHARME M/S : médecine sciences, vol. 22, n° 3, 2006, p. 297-300 <http://id.erudit.org/iderudit/012785ar>

vieillir en Afrique subsaharienne, c'est être dépositaire des valeurs et coutumes ancestrales; au Japon, c'est être conseiller en chef pour les problèmes familiaux; en Inde, c'est aller vers plus de spiritualité et de religiosité; en Chine, c'est pouvoir rester en contact avec ses proches,... ».

La seconde opposition est de perspective entre les chercheurs et les personnes âgées. « À cette approche prescriptive des chercheurs, qui définit la manière dont les individus doivent vieillir, on peut opposer une approche émergente, qui repose sur la perception que les personnes âgées ont de leur propre vie. Ainsi, pour ces dernières, bien vieillir est un processus continu de construction de sens, c'est l'histoire d'une vie. Cette conception de la vie comme une histoire en fait non pas une réalité linéaire, mais un processus sans fin de renégociation, au cours duquel le « moi » de l'individu et ses objectifs de vie ne cessent d'évoluer. Cette renégociation continue ne se limite pas aux « moi » successifs de l'individu, mais se construit aussi avec les autres ». Plus qu'une simple recherche égoïste de l'intégration de soi, bien vieillir apparaît alors comme un effort continu de la co-construction d'une pluralité de « moi ». C'est bien ce qui ressort de notre enquête de terrain. Les personnes âgées expriment une vision plus « philosophique » du bien vieillir que l'on trouve souvent résumée dans les propos recueillis par « Il faut bien faire avec » ou « On n'a pas le choix ».

Ce « faire avec » peut s'analyser alors comme la capacité de la personne à s'adapter aux changements sinon tout au long de sa vie, du moins en vieillissant. Cette approche présente à nos yeux deux avantages. Le premier tient dans le fait qu'elle est l'expression des personnes âgées elles-mêmes et met directement en œuvre l'injonction des politiques publiques quant à la place de l'utilisateur au cœur des dispositifs. En second lieu, elle englobe toute la population âgée, sans discrimination liée à l'état de santé, aux ressources, au réseau social...

La troisième opposition relevée par Marcellin GANGBE et Francine DUCHARME est entre une approche biomédicale et holistique : « Dans l'approche biomédicale, le bien vieillir est synonyme de maintien de ses capacités physiques et cognitives, ce qui explique en partie la floraison des nouvelles technologies biomédicales et génomiques et la panoplie de programmes d'intervention, tous orientés vers l'individu âgé, et qui sont destinés à le garder en forme, à renforcer sa vitalité cognitive, etc. En revanche, lorsque

l'on se place dans la perspective de la santé holistique de l'Organisation mondiale de la santé, le bien vieillir recouvre des aspects aussi divers que la santé à l'âge avancé, la sécurité financière à l'âge de la retraite, la violence faite aux aînés et la qualité de leur logement. Au-delà de l'individu, c'est donc tout le contexte dans lequel il grandit et vieillit que l'approche holistique intègre. »

Au-delà de ces oppositions, les chercheurs repèrent deux grands types de modèles du bien vieillir. Le premier est unidimensionnel et correspond à une vision « *du bien vieillir biologique, cognitif et psychosocial* ». Le second est « *multicritères* » et regroupe les travaux de RAWE et KHAN¹⁵⁶ associant « *le bien vieillir à une variété de facteurs: biologiques, sociodémographiques, psychologiques, comportementaux et relationnels* », les travaux de BALTES et BALTES¹⁵⁷ portant sur les processus contrôle développés par les personnes sur leur vie par « *sélection-optimisation-compensation* », les travaux de RILEY et RILEY¹⁵⁸ « *qui mettent davantage l'accent sur l'individu comme principal agent de son bien vieillir* » et postulent que « *l'environnement de l'individu joue un rôle déterminant dans son bien vieillir* ».

D'autres auteurs privilégient une recherche d'indicateurs pour un « *vieillesse réussie* » dont C.RYF (RYF et SINGER)¹⁵⁹ qui en retiendra six : l'acceptation de soi, la croissance personnelle, l'autonomie, les relations positives avec autrui, la maîtrise de son environnement, la capacité de donner un sens à sa vie. Nous retiendrons les travaux de RYF et de BALTES dont l'intérêt est de considérer l'individu comme un acteur conscient et mettent les processus qui influencent positivement le développement de l'individu au cœur de la réflexion.

Compte tenu de la floraison des articles sur le « *Bien vieillir* », il semblerait que le « *bien vieillir* » soit devenu un phénomène de mode, un nouvel usage sémantique que l'on retrouve dans de multiples rapports et écrits depuis le Plan national « *Bien vieillir* » jusqu'aux rapports préparant la future loi DELAUNAY. L'usage des mots que nous retrouvons au sein du rapport AQUINO dans la fiche Action n° 3 intitulée « *La*

¹⁵⁶ ROWE J. W. & KAHN R. L. (1987), « *Human aging: usual and successful* », Science, n°237.

¹⁵⁷ BALTES, PB & BALTES, MM (1990) , *Psychological perspectives on successful aging : the model of selective optimization*, New York, Cambridge University Press, 1- 34.

¹⁵⁸ Riley MW, Riley JW. *Structural lag : past and future*. In : Riley MW, Khan RL, Foner A eds. *Age and structural lag*. New York : Wiley, 1990 : 15-36.

¹⁵⁹ Jacques LECOMTE, *Introduction à la psychologie positive*, éditions DUNOD, 21 oct. 2009, page 81.

sémantique », nous décrit d'une part les mots à rejeter tels que: « Le vieillissement, les vieux, les âgés, les patients, la dépendance, la prise en charge, la prévention du vieillissement » et nous conseille de retenir plutôt les formules suivantes : « avancée en âge, prévention ou protection de l'autonomie, prévention des effets du vieillissement, aide, soutien ou accompagnement à l'autonomie, prise en soins, prise en compte, seniors, aînés ».

Certes les mots changent, le vocabulaire évolue, mais l'approche reste identique, celle de professionnels. C'est ce qui ressort de cette même fiche action : « *La question de l'avancée en âge est avant tout une affaire de spécialistes (administrations, professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, gestionnaires de structures...) en dépit des avancées réalisées, le vocabulaire utilisé est plutôt technique. De surcroît il reste largement celui d'une relation de « prestataires » à « bénéficiaires ». Sa connotation peut être également marquée par une dimension compassionnelle et/ou condescendante qui peut heurter et « infantiliser » ».*

Cette vision de « spécialistes » se heurte à la parole des personnes âgées interrogées lors de nos entretiens pour lesquelles changer les mots ne changera pas leur condition ni la conscience qu'elles ont de leurs difficultés.

Depuis le rapport LAROQUE, lequel rappelons-le, est sans ambiguïté injonctif quant au « Bien vieillir » : « *La France veut, malgré son grand nombre de personnes âgées être le pays le plus jeune d'Europe, les vieux doivent y rester jeunes.* », les problèmes de la vieillesse ont été l'affaire de spécialistes. En réalité rien ne change, la prise en charge de la dépendance qui se substitue en protection ou prévention de l'autonomie, ne prend en compte que la fragilité liée aux caractéristiques organiques de la personne.

Cette vision de professionnels spécialisés est analysée par BOURDIEU, avec la théorie de l'action et le concept d'habitus qui ont largement influencé les sciences sociales.

Cette théorie tend à démontrer que les professionnels sont conditionnés par les dispositions acquises par socialisation et que le rapport à la norme s'inscrit dans l'inconscient des « spécialistes » qui ont en charge de l'appliquer.

Ces deux concepts, « vulnérabilité » et « bien vieillir », nous venons de le voir, sont à géométrie variable. Sociologues, acteurs de terrain, agents institutionnels, personnes âgées offrent une vision à facettes multiples de ces concepts. Il n'y a pas de consensus sur les concepts de « vulnérabilité » et de « bien vieillir »

En conclusion, il semble que la vision des professionnels ou institutionnelle soit directement induite par le lien entre le repérage des facteurs de vulnérabilité et la dépendance, sur lequel reposent les politiques de prévention et de prise en charge. Si ce qui guide l'action publique repose sur une conception institutionnelle des concepts de vulnérabilité et de bien-vieillir, on peut s'interroger sur la pertinence de son impact sur la prise en compte des personnes dans leur individualité et donc de leurs besoins particuliers. La vision des acteurs de terrain est empreinte de leur expérience auprès des publics les plus dramatiquement touchés par une multiplicité de difficultés et leur analyse de l'intervention publique est donc jugée très en deçà de ce qui serait attendu et nécessaire sur le terrain.

La vision des personnes âgées livre une perspective en intériorité, sensible et intime, des efforts à faire pour s'adapter aux aléas du vieillissement. Chaque personne serait un cas particulier qui s'attacherait à vieillir le mieux possible à sa façon. Sans doute doit-on alors préférer la notion de « vieillir bien » qui renvoie à l'individu dans sa particularité plutôt que celle, plus injonctive, du « bien vieillir » qui renvoie à une vision globalisante voire stigmatisante pour ceux qui vieilliraient mal.

Chapitre 2. Entre déterminisme et réseau social, quel impact sur la trajectoire de vie ?

I. Trajectoire de vie. Historiquement déterminée ou singulière ?

Pour répondre aux propos tenus par Bernard Ennuyer lors de notre entretien, qui postule l'existence d'un déterminisme social dans la trajectoire de vie de tous les individus, notre étude montre que ce raisonnement serait un peu caricatural ou excessif, car il suppose une sorte d'inéluctabilité dans la trajectoire de vie.

Pour le contredire sur un point, il paraît par exemple peu crédible, que l'on parle soit de richesse soit de pauvreté, de dire qu'en la matière il y aurait un déterminisme de la naissance jusqu'à la mort, une sorte de « fatalisme social ».

Le postulat de Bernard ENNUYER est cependant intéressant car il pose la question de l'opposition entre « déterminisme » et « hasard » de la trajectoire de vie de tout individu. Autrement dit, l'individu a-t-il une trajectoire de vie historiquement déterminée ou singulière ? La réponse à cette interrogation est importante du point de vue de notre hypothèse. En effet, il nous semble que des politiques publiques qui ne s'appuieraient que sur l'écart entre la somme des facteurs objectivant la vulnérabilité réelle ou potentielle de la personne âgée et une vision globalisante et critérisable de ce que serait « bien vieillir », iraient dans le sens d'une conception déterministe de l'individu.

A contrario, des politiques publiques qui s'appuieraient sur une conception non déterminée de la trajectoire de vie des individus renverraient à une mise en œuvre soucieuse de la singularité de chacun.

Le déterminisme appartient au vocabulaire de la science, les mêmes causes produisent les mêmes effets. Cependant, à la prédictibilité mathématique, on oppose la théorie du chaos. En Sciences humaines, on opposera plutôt le déterminisme au libre arbitre et à la liberté. Notre propos ici n'est pas de « philosopher » sur toutes ces notions mais, au regard de notre hypothèse, de s'interroger sur l'approche des problématiques de la vieillesse. En effet, si la trajectoire de vie des individus est déterminée, on peut considérer que les politiques publiques doivent à minima axer leur intervention sur la prévention à tous les âges de la vie. Mais au-delà s'il existe réellement un déterminisme social de la trajectoire de vie des individus, à quoi serviraient alors les politiques de prévention ?

Force est de constater que tout le monde ne vieillit pas de la même manière. Les personnes âgées que nous avons rencontrées confirment cette inégalité face au vieillissement. Les scientifiques parlent de « vieillissement différentiel » en évoquant bien entendu essentiellement les aspects biologiques voire héréditaires mais sans évacuer l'impact d'autres facteurs comme le mode de vie, l'éducation, le métier. Cependant, dans un article de 2010, « Un vieillissement cognitif réussi, condition du bien-être dans la longévité », Sarah SAUNERON et Olivier OULLIER¹⁶⁰ précisent « À l'heure actuelle, aucun « biomarqueur » du vieillissement, c'est-à-dire un paramètre physiologique susceptible de mieux prédire la capacité fonctionnelle que ne le fait l'âge chronologique, ne peut être

¹⁶⁰ OULLIER Olivier, SAUNERON Sarah, France. Centre d'analyse stratégique. La Documentation française. 2013.

retenu sans réserve. ». Si le déterminisme génétique peut être remis en question, qu'en est-il du déterminisme social ?

Dans un article paru en 1980 « Aperçu des théories sociales du vieillissement » Jean-Serge LAUZON¹⁶¹ dresse la liste des grandes théories sociales qui marquent la recherche en gérontologie : la théorie du désengagement, de l'activité, de la continuité, du conflit, des sous cultures, de l'échange, écologique et enfin la théorie du développement tout au long de la vie de Paul BATES.

La théorie du désengagement avance l'idée que le vieillissement est un processus de marginalisation sociale inéluctable. *« Le nombre des activités et des rôles sociaux d'un individu diminue, et les liens affectifs qui l'unissent à ses univers sociaux perdent leur intensité à mesure qu'il avance en âge. Ce processus de marginalisation de la personne vieillissante s'effectue sans heurts ni difficultés, car il est perçu comme normal et bénéfique tant par l'individu concerné que par son entourage. Anne-Marie GUILLEMARD résume ainsi cette théorie : «[...] les auteurs de la théorie du désengagement estiment que le processus normal du vieillissement correspond à un double désengagement inévitable et réciproque. D'une part, l'individu se retire de la société. D'autre part, la société reprend progressivement à l'individu toutes les responsabilités sociales qui lui étaient auparavant conférées. Une des manifestations de ce désengagement sera la moindre cohésion du réseau des relations sociales dans lequel est inséré le retraité. Cette modification qualitative accompagnera la réduction quantitative des échanges sociaux s'effectuant entre la personne âgée et la société».* Cette théorie est en faveur de l'existence d'un déterminisme social et c'est une des raisons pour laquelle elle est controversée car en effet, confirme Jean-Serge LAUZON, *« Pour ses auteurs, le désengagement est inévitable, et pour l'individu qui n'est pas encore engagé dans ce processus, il ne s'agit que d'une question de temps ».*

La théorie de l'activité *« invite au contraire le retraité à trouver des substituts aux rôles sociaux qui lui ont été enlevés. Elle l'invite à suppléer aux rôles perdus par de nouvelles activités, afin de minimiser les effets négatifs de la retraite ou de l'abandon du foyer par les enfants ».* Cette théorie pose implicitement le rôle du déterminisme social dans les

¹⁶¹ LAUZON Jean-Serge « Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement » Santé mentale au Québec, vol. 5, n° 2, 1980, p. 3-11. <http://id.erudit.org/iderudit/030071ar>

trajectoires de vie et révoque la notion de « vieillesse active », sémantique largement utilisée comme signal d'un bien vieillir.

En réaction à cette théorie, GUILLEMARD postule que *«Le nouveau discours activiste sur la retraite – et nous pourrions ajouter comme sur le vieillissement- condamne les classes populaires à un échec tout en invalidant la détermination sociale de cet échec dont les responsabilités sont individualisées. La très faible espérance que ces retraités ont d'actualiser d'autres conduites que la retraite — retrait, condamne les retraités des classes populaires à une vieillesse échec.»*.

La théorie de la continuité est sans ambiguïté en faveur d'un déterminisme social. Elle invoque qu'« *Au-delà des déterminants biologiques, la personnalité de l'individu est marquée par l'ensemble des expériences et des rôles sociaux que celui-ci assume durant sa vie. Une fois arrivé à l'âge de la retraite, il continue de puiser à ce passé pour s'adapter à sa nouvelle situation. En d'autres mots, bien que plusieurs retraités voient leurs activités diminuer, leurs activités présentes et futures sont dans une très large mesure en continuité avec leur passé* ».

La théorie du conflit est modélisée par Anne Marie GUILLEMARD. *«Le processus de dévalorisation sociale... est plus rapide chez ceux qui ne disposent pas comme monnaie d'échanges sociaux d'aucune des formes de ce que nous avons appelé capital économique ou culturel.»* et *«Le processus de dévalorisation sociale... est plus rapide chez ceux qui ne disposent pas comme monnaie d'échanges sociaux d'aucune des formes de ce que nous avons appelé capital économique ou culturel.»*.

Cette sociologue pense la vieillesse comme le produit des « *évolutions interdépendantes [et des évolutions de cet interdépendance] entre les trois dimensions centrales que sont : le marché du travail, le système de protection sociale et l'organisation temporelle du parcours de vie* »¹⁶².

La théorie du « développement tout au long de la vie » de Paul BATES affirme que le développement humain est tout au long de la vie un processus continu, multidimensionnel, multidirectionnel, plastique et contextuel.

¹⁶² Anne-Marie GUILLEMARD, *Les défis du vieillissement. Age, emploi, retraite, perspectives internationales*, Armand COLIN, coll. « U Sociologie », 2010.

Il est continu parce qu'il ne voit aucune raison logique pour qu'un individu atteigne un seuil de développement comme il avance en âge. Il est multidimensionnel car il implique une multiplicité de facteurs social, émotionnel, cognitif, biologique. Il est multidirectionnel car l'individu connaît des pertes et des gains tout au long de sa vie même si ces gains sont plus importants au début de la vie qu'à la fin. Il est plastique pour désigner la capacité de l'individu à opérer des changements, des ajustements, des adaptations permanentes même si la plasticité tend à diminuer lorsque l'on vieillit. Il est contextuel car le développement de l'individu est influencé par son environnement incluant la famille, l'espace de vie, le lieu de vie, l'éducation, la société, la culture et même le temps historique.

La position de Paul BATES est intéressante car elle substitue à la notion de déterminisme le concept de continuité qui exclue toute connotation d'inéluctabilité. Elle introduit l'idée que la socialisation de l'individu s'exerce tout au long de la vie, certes faites de phases de transitions, de ruptures, mais amenant l'individu à un processus continu de restructuration de son identité sociale.

En 1980 Pierre BOURDIEU développe la notion d'habitus¹⁶³ comme « *matrice des comportements individuels permettant de rompre un déterminisme supra-individuel en montrant que le déterminisme prend appui sur les individus* ». ¹⁶⁴ Pour lui, l'habitus est « *puissamment générateur* » car « *structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes* »¹⁶⁵. Il est structuré car produit de la socialisation mais en même temps structurant car il génère quantité de nouvelles pratiques. La trajectoire sociale des individus n'est pas donc ni déterminée ni inéluctable parce qu'elle conduit l'individu à transformer en permanence leur habitus.

Dans la veine du concept d'habitus, en 1999, CLEMENT et MANTOVANI,¹⁶⁶ développent le concept de « déprise » qu'ils définissent comme « *un processus actif de réorganisation de l'existence au cours du vieillissement; elle s'appréhende en termes de stratégies qui visent à assurer une certaine continuité identitaire.* »

¹⁶³ Pierre BOURDIEU : Le Sens pratique, Paris, Éditions de Minuit, 1980, Collection « Le sens commun », 480 p.

¹⁶⁴ Anne JURDAIN Sidonie NAULIN : Sociologies contemporaines, La théorie de Pierre BOURDIEU et ses usages sociologiques, sous la direction de François de SINGLY édition Armand COLIN, Paris 2011. 126 p

¹⁶⁵ La théorie de Pierre BOURDIEU et ses usages sociologiques, pages 34-36

¹⁶⁶ CLÉMENT S., MANTOVANI J., 1999, « Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie ».

Tout comme le concept d'habitus de BOURDIEU, de déprise de CLEMENT et MANTOVANI, le concept de résilience, développé par le psychiatre psychanalyste Boris CYRULNIK s'inscrit dans une vision d'un processus de socialisation dynamique et continu tout au long de la vie. CYRULNIK définit la résilience comme *«L'art de naviguer dans les torrents»*. La résilience serait ce que l'on peut entendre dans *« Il faut bien faire avec »* qui revient souvent dans le discours des personnes âgées, traduisant la possible capacité de l'individu à surmonter les épreuves. *« La notion de résilience cherche à comprendre de quelle manière un coup peut être encaissé, peut provoquer des effets variables et même un rebond.»* Il ajoute : *« Les traumatisés qui se sont défendus avec des moyens régressifs sont rarement devenus résilients. Le repli sur soi, le déni, les projections leur ont permis de moins souffrir, mais en les protégeant de la dépression, ces défenses les ont empêchés d'affronter les problèmes et d'en faire un processus résilient. Leur vieillesse est solitaire, pauvre en action, en affection et en réflexion. En revanche, les blessés qui ont pu mettre en place des défenses constructives comme l'altruisme, la sublimation, la rêverie, l'humour, la créativité et surtout la mentalisation ont rejoint le groupe des âgés heureux ».*

La principale opposition faite au concept de résilience est qu'elle sous-entend une qualité intrinsèque donc permanente de l'individu. Cependant, finit par admettre CYRULNIK, tous les individus ne sont pas égaux dans leur capacité de résilience même si les recherches récentes tendent à prouver qu'elle augmente avec l'âge.

Il admet également que la capacité de résilience se développe ou se renforce en interaction avec les liens sociaux que l'individu tisse tout au long de sa vie. Le réseau social, et en particulier les liens sociaux significatifs, que les personnes âgées entretiennent, est de nature à favoriser le processus de résilience.

Les personnes âgées ne sont donc pas toutes égales lorsqu'il s'agit d'affronter les événements de la vie et leur capacité de résilience n'est pas identique. Parce que les individus sont inégaux quant à leur capacité de résilience, les différents facteurs de risques,

individuels, familiaux ou psychosociaux peuvent entraîner une situation d'alerte qui peut n'être que passagère, mais aussi plus définitive voire mortelle¹⁶⁷.

II. Le réseau social. Historiquement déterminé ou en constante recomposition ?

Monsieur L vit dans un isolement affectif intense, père de quatre fils et de deux filles, il ne s'entend plus avec ses enfants. Il dit : « *J'ai trop voyagé, je n'ai pas eu le temps de m'occuper de mes enfants, j'ai connu ma mère à 4 ans quand elle est morte, mon père s'est désintéressé de moi, j'ai vécu toute ma jeunesse dans un pensionnat* ». Il exprime un sentiment d'échec de sa vie et de culpabilité à l'égard de ses enfants, que le décès de l'un à l'âge de 15 ans et celui plus récent d'une de ses filles ont renforcé.

Ces sentiments induisent la vision dévalorisée qu'il a de lui-même. Il se dit dépressif et exprime des pensées morbides : « *Je dors mal la nuit et le matin je dis encore un jour* ». Ainsi, dans l'exemple de Monsieur C, dans la relecture qu'il fait de sa vie, on ressent son incapacité à s'engager dans un processus de résilience et que son expression empreinte de morbidité objective une situation à risque. De plus, la pauvreté de son réseau social ne lui offre que peu d'opportunités d'activer un processus de résilience.

L'importance du maintien du réseau social est incontestable mais l'analyse des entretiens avec les personnes âgées nous amène à une forme de pondération. Dans la critérisation des éléments qui servent de base à l'élaboration des plans d'aide, la question de l'existence d'un réseau social, bien que marginale et peu prise en compte dans la décision finale, est posée. Or, en premier lieu, il apparaît que la notion même de réseau social ne doit plus être seulement circonscrite à l'environnement hors domicile mais doit inclure les relations construites dans le domicile.

Ainsi doit-on avoir quelques prudenances dans l'utilisation du critère « sortir de chez soi » pour distinguer si la personne bénéficie ou pas d'un réseau social ou pour mesurer son niveau d'isolement.

¹⁶⁷ TERRA Jean-Louis, *stratégie nationale d'action face au suicide*, Conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie, novembre 2001. Facteurs individuels : Présence de problème de santé, mauvaise estime de soi, tempérament et capacité de raisonnement / Facteurs familiaux : Relation conflictuel avec la famille, perte et abandon précoces, problème d'addiction, négligence des proches, conflits conjugaux, problèmes de santé chez le conjoint / Facteurs psychosociaux : Difficulté économique persistante, isolement social et affectif, perte récente, deuil, placement en foyer, présence de problèmes d'intégration sociale

Nous avons vu au cours des entretiens avec les personnes âgées que, selon les personnalités, l'aspiration à rester chez soi pouvait s'accompagner d'un sentiment de bien-être chez soi. De plus, dans les entretiens, les personnes âgées incluent par exemple les aides à domicile dans leur réseau social, alors que les professionnels les en excluent en les renvoyant à un rôle dont en particulier celui d'accompagnement ou d'invite vers l'extérieur. Selon les personnes, nous l'avons vu dans nos entretiens, l'intervention d'une aide à domicile peut être vécue comme intrusive ou affectivement investie au même titre qu'une relation familiale de qualité. In fine, ne seraient à retenir que les liens sociaux qui ont du sens pour la personne âgée, des liens sociaux significatifs qui fondent la qualité de son rapport à son vieillissement.

III. Critique d'une approche de la vieillesse selon l'angle du déterminisme.

Au regard de notre hypothèse, une approche de vieillesse selon l'angle du déterminisme conduirait à développer des politiques publiques de prévention ou de prise en charge s'appuyant sur des critères déterminant un processus de cause à effets négatifs qu'ils soient réels -bien que relevant de l'observation subjective de l'agent observateur- ou supposés. Cette subjectivité d'appréciation conduit d'ailleurs à s'interroger sur la valeur prédictive des critères retenus.

Les critiques essentielles que l'on peut formuler à l'encontre de cette approche est qu'elle privilégie la notion de phase à un moment donné de l'histoire de vie de la personne faisant l'impasse sur le processus et qu'elle se fonde sur une vision de la vieillesse comme un processus linéaire caractérisé par des pertes et des déficits. Cette approche est sous-tendue par le concept de dépendance et l'action sociale se réduit à une nécessité d'aide pour pallier aux déficits et aux manques.

L'enseignante chercheur Bernadette PUIJALON, lors d'un colloque à La Villette en 2002 stigmatise une telle approche car « *elle conduit sur le plan de l'action sociale vieillesse à une approche technocratique et déshumanisée, une « gestion des corps usés ».* En effet, quand la vieillesse se décline en termes de pertes et de manques à combler, elle devient une maladie sociale et implique la mise sur pied d'actions spécifiques. A partir d'outils d'évaluation, les gestionnaires décident des aides attribuées et des moyens à mettre en œuvre : consultations gériatriques, institutions médicalisées... la logique se déroule

imperturbablement et conduit à la question du coût de cette dépendance, renforçant l'image écrasante du fardeau économique des vieux ».

IV. Approche de la vieillesse sous l'angle de la continuité.

A contrario, une approche qui envisagerait la vieillesse selon l'angle de la continuité, d'un processus continu de développement tout au long de la vie, prendrait en compte les « stratégies » positives que la personne âgée exprime et développe pour s'adapter aux changements ou aux évolutions de sa situation. Les entretiens démontrent que chaque personne âgée élabore ses propres critères d'évaluation et que la notion de qualité de vie s'appuie sur des représentations individualisées.

L'intérêt de cette approche est de considérer le vieillissement, non plus sous l'angle d'un déclin inéluctable auquel il faudrait tenter de pallier, mais comme une période de la vie où l'individu, toujours en développement, est en capacité de récupérer, de s'adapter, de développer de nouvelles pratiques malgré les pertes, les traumatismes, les deuils,

Bernadette PUIJALON, toujours dans le cadre du Colloque de la Villette, confirme l'intérêt de cette approche *« Aussi, beaucoup de projets en gérontologie fondent leur légitimité en mettant en place un dispositif centré sur la personne. La notion de « projet de vie » est sans doute celle qui traduit le mieux cette tendance à reconnaître la primauté de l'individu sur le fonctionnement institutionnel. Placer les personnes au centre des préoccupations et des pratiques revient à prendre en compte leurs désirs, leurs attentes, leurs besoins, pour pouvoir, dans un second temps, adapter le cadre et les conditions de vie qui leur sont proposés. Dans un tel schéma, les individus ne sont plus de simples objets aux mains de professionnels; ils se voient reconnaître une existence en tant que sujet. En ce sens, la démarche est radicalement nouvelle. Certes, la volonté d'améliorer le cadre et les conditions de vie des personnes âgées est manifeste depuis la parution du rapport Laroque en 1962. Néanmoins, beaucoup de projets ont simplement visé à rendre plus agréables les conditions matérielles d'accueil de cette population, sans remettre en question les finalités de l'action gérontologique et la place reconnue aux individus. »*

Chapitre 3. Pertinence des politiques publiques de prise en charge des personnes âgées. Globalisation contre individualisation ?

Nous avons observé comme une évidence le paradoxe entre des politiques publiques à visée globalisante avec des modalités de mise en œuvre normalisées et standardisées et les témoignages des personnes âgées qui traduisent un besoin de réponses individualisées. Bien que l'on puisse reconnaître le souci de l'Etat de tenter une approche plus humaniste par la recommandation des bonnes pratiques quant aux droits des usagers, la loi reste fortement empreinte d'une vision incapacitaire de la vieillesse et l'application de la loi et de ses modalités fortement contraintes par des exigences gestionnaires, au niveau de l'Etat comme des collectivités, ces dernières étant les seules habilitées à proposer les Plans d'aide aux personnes âgées. Au-delà de l'argument financier, on ne peut que ressentir l'urgence de sortir d'une vision incapacitaire de la vieillesse.

I. La vieillesse est prisonnière de la vision des spécialistes

Comme l'a affirmé Bernard ENNUYER dans notre entretien « *Le principal facteur de vulnérabilité des personnes âgées c'est que l'on ne les écoute pas.* » Qu'entend-il par-là ? La vision de spécialistes reste l'affaire de spécialistes qui n'intègrent pas la parole des personnes âgées comme des éléments à prendre en compte dans la réflexion.

Il entend par « spécialistes », tous les contributeurs scientifiques développant une vision plutôt sanitaire ou médicale de la prise en charge et tous les institutionnels chargés de la mise en œuvre des politiques publiques dédiées à ce public.

D'ailleurs, BOURDIEU développe aussi la notion d'habitus au sujet des acteurs professionnels et institutionnels. L'habitus conditionne l'individu dans une situation donnée à produire un comportement et apporter une réponse en fonction de ce que l'on attend de lui dans le contexte social sans que l'individu n'ait forcément à y réfléchir. Critiqué dans cette vision plutôt déterministe qui laisserait penser que les acteurs sont entièrement soumis à leur habitus, les privant ainsi de leur liberté de choix et d'action propre, le sociologue a fait évoluer cette notion porteuse de « *l'idée que les structures subjectives des individus sont déterminées de l'extérieur par les structures objectives du*

monde social ce qui rend le comportement des agents sociaux prévisible »¹⁶⁸ vers une seconde formulation de la notion d'habitus qui « *laisse ouverte la possibilité d'une invention de la part des acteurs* ». Mais qu'en est-il concrètement dans la réalité ?

Ces deux auteurs appellent à s'interroger sur le fait que, dans une vision descendante des politiques publiques, les professionnels, en appliquant les directives qu'ils reçoivent de leur autorité de tutelle, contribueraient à infantiliser le public dont ils ont la charge.

La remarque est pertinente en ce sens qu'au cours de nos entretiens avec les personnes âgées, ressort comme une évidence que les modalités de prise en charge proposées, visant à pallier la dépendance ou maintenir l'autonomie selon les variations de sémantique, sont parfois inversement vécues comme imposées et donc privatives d'une liberté alors qu'elles viseraient à la préserver. C'est en ce sens que nous parlons de la « *vieillesse prisonnière des spécialistes* ». Sur le terrain, l'exemple de Mme L¹⁶⁹ 84 ans : « *Vous savez moi je suis obligée de me lever à cinq heures du matin parce que l'infirmière elle arrive entre 6 h et 7 h alors je ne peux pas la recevoir sans être lavée et habillée, vous comprenez ? Je sais ce n'est pas facile pour elle, elle a beaucoup de travail et je ne suis pas la seule mais moi je ne peux plus me reposer le matin. Vous comprenez, moi c'est le matin que je dors le mieux le soir j'ai du mal à m'endormir alors j'aimerais bien pouvoir un peu en profiter mais je n'ai pas le choix il faut que je me soigne et je ne veux pas me fâcher avec l'infirmière* ».

La résignation qui transparaît dans certains propos tenus par les personnes âgées concerne bien davantage l'inadaptation du plan d'aide mis en place ou des modalités d'intervention que leur propre problématique. Mme S¹⁷⁰ 82 ans : « *J'ai une aide-ménagère depuis cinq ans maintenant, ils me l'ont changé souvent mais elle ne fait jamais ce que je lui demande. Voyez les vitres elle dit qu'elles sont trop hautes pour elle et puis elle ne tire pas les meubles pour nettoyer dessous, elle fait le tour. Ce qu'elle aime c'est faire la cuisine, mais moi j'aime bien aussi et même si je ne mange pas beaucoup ça m'occupe de préparer à manger. Moi j'aurais aimé sortir d'avantage mais on m'a dit que ce n'était pas possible avec le Conseil Général avant pourtant on pouvait et j'aimais bien ça mais maintenant c'est plus possible paraît-il* ».

¹⁶⁸ La théorie de Pierre BOURDIEU et ses usages sociologiques, page 37 édition Armand Colin, 2011.

¹⁶⁹ Entretien n° 7 : Ciotadenne

¹⁷⁰ Entretien n° 17 : Marseillaise

On voit bien que parfois pour les personnes âgées qui ne sortent pas ou peu de chez elles, il ne s'agit pas d'une incapacité propre mais d'une impossibilité extérieure. Mme J ¹⁷¹: « *Oui j'aime Marseille, mais je ne sors plus en ville depuis bien longtemps, je n'en ai pas les moyens. Quand je sors c'est les petits frères des pauvres qui viennent me chercher il m'amène au Manier, j'aime bien aller au Manier c'est un peu la campagne et puis je vois du monde parce que je ne marche pas bien vous voyez, il me faut toujours quelqu'un pour rester avec moi me tenir le bras pour m'aider à marcher. J'aimerais bien aller au vieux port j'y allais souvent quand j'étais plus jeune voir les bateaux et les marchands de poissons mais maintenant c'est plus possible, je n'ai personne pour m'accompagner je marche doucement maintenant et ça prend du temps et le temps comme on dit c'est de l'argent et quand on n'a pas d'argent comme moi et bien on est heureux quand on vient au Manier* ».

Pour autres exemples, il suffirait aux unes de re-disposer de quelques bancs dans un endroit ombragé dans le parc ou elles avaient l'habitude d'aller et de rencontrer du monde ou pour d'autres de disposer de transports en commun à des horaires adaptés ou d'un service d'accompagnement adapté, pour se promener en centre-ville, pour maintenir la possibilité du plaisir de sortir de chez soi.

Autant d'aménagements qu'un plan d'aide de peut prévoir sauf à imaginer que les politiques publiques disposent de suffisamment de porosité entre elles, entre le départemental et le local, pour faire émerger les besoins de la population âgée. Ce serait pourtant la vocation du Schéma départemental Personnes Agées qui là encore reste une réflexion conduite par des experts laissant peu ou pas de places à l'expression des personnes âgées.

II. Des politiques publiques sourdes à la parole des « vieux »

Les politiques publiques seraient sourdes à la « *parole des vieux* » comme dit Bernadette PUIJALON¹⁷². En parlant de la gérontologie, elle dit encore : « *Un des écueils qui la guette est d'oublier la parole des vieux. Pourtant, puisque le vieillissement et la vieillesse ne se laissent pas aisément cerner, s'il y a autant de façon de vieillir qu'il y a d'individus,*

¹⁷¹ Entretien n° 11 : Marseillaise

¹⁷² Bernadette PUIJALON et Dominique ARGOUD : « Enjeux et Limites d'une Prise en compte de la parole des vieux » Fond. Nationale de Gérontologie / Gérontologie et société 2003/3 - n° 106, pages 23 à 39.

c'est bien au témoignage qu'il faut avoir recours pour arriver à une meilleure compréhension de ces phénomènes. Si chaque homme porte en lui le vieillard qu'il sera un jour, du vécu de ce vieillard, il ne sait encore rien ». Bernard ENNUYER, en écho, va dans le même sens « Le principal facteur de vulnérabilité des personnes âgées c'est que l'on ne les écoute pas. » Nos entretiens, de la même manière, démontrent la résignation des personnes âgées à ne pas être entendues dès lors qu'elles relèvent d'une prise en charge par l'APA. A ce propos, il est symptomatique de parler de « prise en charge » qui impose deux remarques : la première « prendre en charge » en terme de coût, indique l'intervention financière publique et l'autre est qu'il s'agit, à double sens, d'une charge. Mais dès lors que se pose la surdité des pouvoirs publics, se pose en même temps la question du recueil de la « parole des vieux ».

En 2011,¹⁷³ deux chercheurs, Dominique ARGOUD et Claire VARGA, s'intéressent à la parole des vieux en focalisant leur étude sur les modalités de mise en œuvre des termes même du Code de l'Action Sociale et des Familles, « *la participation directe (...) à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne est devenue un impératif dans le secteur social et médico-social.* » et sur les stratégies mises en œuvre par les organisations publiques pour y parvenir.

Leurs travaux recensent trois grands types de recueil de l'expression des personnes âgées : la première au travers des associations de retraités, la seconde au travers de leur représentation dans différents lieux de pouvoir comme dans les Agences Régionales de la Santé et de l'ANESM¹⁷⁴ la troisième plus récente, au travers des démarches Qualité

III. La « parole des vieux » via les associations de représentants.

Leur recherche démontrent la faiblesse des associations de personnes âgées type CODERPA peu en capacité de mobiliser leur public sauf marginalement sur la question du droit des retraites et donc impuissantes à constituer un contre-pouvoir susceptible de leur permettre d'être entendues.

¹⁷³ La prise en compte de la parole des personnes âgées vivant à domicile : Quels enjeux pour les pouvoirs publics et les professionnels ? L'exemple du département de la Drôme Dominique ARGOUD et Claire VERGA-GERARD 2011.

¹⁷⁴ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

La représentation des personnes âgées au travers du CODERPA¹⁷⁵, pour Bernard ENNUYER, est insuffisante et inadaptée : « *Pour moi, la caricature c'est le rapport BROUSSY¹⁷⁶. L'adaptation de la société française au vieillissement, c'est un rapport de technocrates, qui ne se donnent même pas la peine d'interviewer les organismes représentatifs. On peut discuter des représentants des personnes âgées, on peut discuter si certains ont vocation ou pas à représenter les autres. Ce qui est un vrai problème de démocratie. Dans ce rapport, ils n'ont même pas consulté le CDRPA et le CODERPA. C'est scandaleux, ça veut dire que l'on visualise l'adaptation de la société sans en parler aux gens qui sont concernés. La caricature c'est ce rapport du 11 mars. Je n''avais jamais vu pire que ça. J'ai fait une critique violente de BROUSSY que je connais bien, j'ai participé au schéma départemental de la ville de Paris, on a éventuellement interrogé le CODERPA du coin, mais est-ce que le CODERPA du coin a encore une fois vocation à représenter les gens vulnérables dont on parle ? Est-ce que les gens âgés qui vont relativement bien, moi qui suis une personne âgée de 68 ans, qualifiée dans le CODERPA du cher dans ma campagne nivernaise, ont-ils et ai-je légitimité, de représenter les gens qui ne vont pas bien. »*

IV. La « parole des vieux » via leur représentation dans la gouvernance des instances de pouvoir.

Quant à la représentation des usagers dans les instances de pouvoir ou au niveau des établissements et services, certes elle va dans le sens d'une meilleure prise en compte de la parole des usagers, mais le manque d'expertise ou de technicité de ces représentants, dans un secteur qui en demande beaucoup, ne concoure pas à rendre leur parole audible. L'ARS et l'ANESM ont intégré la représentation des personnes âgées dans leurs instances de gouvernance via des représentants d'usagers, 1 pour l'ARS PACA, Jean MANCHON Membre CFE CGC du CODERPA 13 et pour l'ANESM, principalement de grandes fédérations comme l'Association France Alzheimer, l'Association des paralysés de France, Les Aînés ruraux Fédération nationale pour ne citer qu'elles¹⁷⁷.

¹⁷⁵ Comité Départemental des Retraités et Personnes âgées

¹⁷⁶ Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, rapport BROUSSY Janvier 2013.

¹⁷⁷ Annexe n° 13 : Représentants d'associations d'usagers pour les ARS et l'ANESM.

Enfin, les démarches Qualité qui connaissent une croissance intéressante dans le secteur sanitaire et social, contribuent via les enquêtes de satisfaction, à prendre en compte l'expression des usagers mais ce recueil apparaît davantage comme un élément de management organisationnel, dans un secteur concurrentiel où l'utilisateur tend à devenir le client. De plus, ce recueil étant par définition individuel, il n'est susceptible d'enclencher aucune dynamique collective ni participative.

Certes, conclut notre recherche, la parole des personnes âgées est difficile à appréhender et ce d'autant plus avec l'avancée dans le grand âge expliquant la difficulté de mettre en œuvre les ambitions démocratiques que sous-tend la loi. Mais le plus grand obstacle réside dans une vision binaire de la vieillesse avec d'une part les personnes âgées autonomes qui n'auraient besoin de personne pour se faire entendre et les personnes âgées dépendantes qu'il convient d'aider. *« Il a résulté de cette approche des besoins des personnes âgées - plus que de leur parole - une politique dite du troisième âge, qui a fait de ce public captif une cible de l'action sociale gérontologique. Les communes, à travers l'action de leur CCAS, ont été particulièrement à la pointe de cette politique qui nécessitait d'avoir un personnel spécialisé capable d'apporter des réponses à des personnes âgées à revenus modestes peu enclines à la prise de parole et à la revendication. Ce n'est donc pas un hasard si ce sont surtout les villes, où sont concentrés beaucoup de professionnels concernés par la prise en charge des personnes âgées, qui ont historiquement développé une politique d'action sociale, avant que les conseils généraux n'aient une compétence plus axée sur le médico-social et la prise en charge de la dépendance. Dans les deux cas, s'est forgée une action gérontologique reposant sur le savoir-faire de professionnels, qui a contribué à construire une dépendance sociale du public cible ».*

Au regard des éléments constitutifs de notre réflexion, nous validons partiellement notre hypothèse et concluons que l'approche des problématiques de la vieillesse par les politiques publiques peuvent contribuer au processus de vulnérabilisation des personnes âgées et que les décisions prises à haut niveau impactent leur mise en œuvre au niveau local mais il est encore nécessaire de le clarifier.

V. Une histoire des politiques publiques parlante. Le mille-feuille des dispositifs

Depuis la création de l'aide sociale en 1953 suivie par le rapport LAROQUE qui a fait émerger la nécessité de mettre en place une politique globale de la vieillesse, les textes ont

succédé aux contextes dans le sens où chaque gouvernement à apporter sa pierre à l'édifice des problématiques de la vieillesse.

Avec la loi du 30 juin 1975¹⁷⁸ naît le secteur médico-social, puis vient l'heure de la décentralisation avec les lois du 7 janvier, 22 juillet, 29 décembre 1983 et de janvier 1986 actant désormais le partage des compétences dont celles des personnes âgées, entre l'état et les départements.

La loi du 24 janvier 1997 qui voit la création de la PSD, la loi du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées donnant le jour à l'APA. Un espoir naît avec la loi 2002-2 avec l'introduction de la prise en compte de la place des usagers au cœur des services, puis la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées. Avec la loi HPST, le 21 juillet 2009 et la création des ARS, l'état reprend sa place dans les régions en instaurant un « Préfet sanitaire et social » dans un moment de crise où la contrainte financière constitue le fil rouge des politiques publiques.

Avec l'arrivée des ARS, les modalités d'agrément des structures d'aide aux personnes âgées évoluent et passe désormais par l'autorisation et l'habilitation à l'aide sociale¹⁷⁹.

Puis pour un certain nombre de région est venu le temps des appels à projet. Les appels à projet sont émis par les ARS, au vu des besoins identifiés au sein des différents Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Or on pourrait penser que la construction du modèle de prise en charge sous l'aspect incapacitaire conditionneraient les appels à projet parce qu'elle en utilise les outils où l'approche sociale. Pour autant lorsque l'on s'intéresse à la méthodologie à suivre pour élaborer le schéma du SROMS, celui-ci souligne l'importance de la notion de parcours de vie et de soins, et l'enjeu de la prévention des ruptures.

¹⁷⁸ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

¹⁷⁹ Le décret réformant la procédure d'autorisation administrative pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux a été publié le 26 juillet 2010 (décret n°2010-870). La nouvelle procédure d'autorisation par appel à projet est entrée en vigueur à partir du 1er août 2010. Créé par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009), le nouveau dispositif inverse le processus d'autorisation. Désormais, les projets de création, transformation ou extension s'inscrivent en réponse à des appels à projets lancés, seuls ou conjointement, par les financeurs (préfets de région, directeurs généraux des agences régionales de santé, présidents de conseils généraux) sur la base de diagnostics et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile disposant encore du droit d'option et peuvent choisir l'agrément Qualité.

La question que nous pouvons légitimement nous poser concerne la réponse aux besoins des personnes âgées. Depuis le rapport LAROQUE, la priorité est donnée au maintien à domicile, cette priorité a été confortée par le plan gouvernemental « Vieillesse et solidarité » de novembre 2003 qui fait à nouveau du maintien à domicile une priorité.

Mais ce texte qui proposait de diversifier les services pour mieux répondre aux besoins n'a malheureusement pas atteint tous ses objectifs.

VI. L'avis de la Cour des Comptes. Pointage des insuffisances

C'est ce que nous dit un rapport de la Cour des comptes en date de novembre 2005¹⁸⁰ : « *Malgré d'importantes mesures, le secteur de l'aide à domicile propose aujourd'hui une offre de services encore dispersée et insuffisante au regard des besoins exprimés. La politique de modernisation engagée se heurte à de nombreuses contraintes notamment financières* ».

Cette insuffisance de réponses par rapport aux besoins des personnes âgées soulignée par la Cour des comptes, est reprise par la secrétaire d'Etat aux personnes âgées dans une communication du 7 mars 2005 consacrée au lancement d'une campagne d'information sur les métiers liés à l'aide aux personnes âgées. Elle estimait « *que seulement 30 % des besoins déclarés par les personnes âgées sont satisfaits* ».

La Cour des comptes met aussi en évidence les insuffisances des instruments actuels de connaissance des besoins et de l'offre par les pouvoirs publics, l'empilement des dispositifs, la multiplicité des administrations centrales et des organismes publics nationaux, le cloisonnement institutionnel des services entre le médical et le social ainsi qu'un manque de coordination entre l'ensemble de ces acteurs.

Le rapport de la cour des comptes poursuit en dénonçant la faiblesse des moyens disponibles au niveau déconcentré, impactant directement la mise en œuvre des politiques publiques et leur contrôle sur les territoires. Il dénonce les écarts entre les départements dans la mise en œuvre de l'APA, ses disparités pouvant relever de facteurs indépendants

¹⁸⁰ Les personnes âgées dépendantes : Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés, Novembre 2005.

des politiques départementales mais pouvant aussi être directement issues de pratiques départementales différentes.

Enfin concernant l'APA, ce rapport recommande l'ouverture des équipes en charge de l'évaluation à d'autres acteurs devenant ainsi la cheville ouvrière d'un système d'évaluation des besoins qui intègre à leur niveau tous les dispositifs d'aide publique dont il souligne le caractère dispersé et cloisonné et dont l'organisation ainsi que la gestion peuvent être coordonnées par le maître d'œuvre de l'aide socialisée aux personnes âgées dépendantes, le Conseil Général.

Cette recommandation de la Cour des comptes de mettre à la disposition des personnes âgées « *un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins* », le rapport Laroque le recommandait déjà en 1962. Cinquante ans après, la question est toujours d'actualité.

C'est aussi ce que relève une directrice de CLIC lors de nos entretiens : « *D'autre part un second frein a été identifié je veux parler de la lourdeur administrative, de la somme des papiers qu'il faut fournir, les personnes âgées se découragent. Souvent elles nous disent que c'est trop compliqué, qu'elles laissent tomber parce qu'il y a trop de démarches à faire. C'est un point important du renoncement aux droits du fait que les démarches soient trop compliquées* ».

Bernard ENNUYER¹⁸¹ confirme cette complexité en parlant de millefeuille de dispositif : « *On a un vrai millefeuille c'est ce que dit la Cour des comptes en 2005, le jugement de la Cour des comptes en 2005 est très sévère, pour les personnes âgées dépendantes il dit que le système français est incompréhensible et qu'il n'est pas réactif, jugement de la Cour des comptes. C'est quand même la Cour des comptes qui le dit ! Empilement des dispositifs, manque de réactivité et de rapidité illisibilité pour le public [...] Pourquoi avait-on besoin de mettre en place des MAIA¹⁸², alors qu'il suffisait de financer correctement les CLICS et de leur ajouter la compétence « Alzheimer », ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Aujourd'hui, des CLICS ferment et on ouvre des MAIA à côté, c'est complètement idiot !* »

¹⁸¹ Annexe n° 5 : Entretien avec Bernard ENNUYER, Colloque « Personnes Âgées et Personnes Handicapées démences et traumatismes : La part des thérapies de reconstruction et de la créativité dans le maintien du lien social » mai 2013

¹⁸² MAIA : Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer, sont issues du 4^{ème} plan Alzheimer 2008-2012.

En conclusion, les politiques ont évolué, se sont succédé voire empilé, mais elles sont restées figées dans une vision où seuls les besoins liés à la dépendance incapacitaire sont pris en compte. On aurait pu penser que La loi 2002-2 permettrait une meilleure écoute des personnes âgées, malheureusement elle est restée sans effets directs auprès du public en ce qui concerne le maintien à domicile. Bien entendu elle a impacté directement l'organisation des structures mais cette loi qui concerne l'ensemble du secteur médico-social se trouve bien plus adaptée aux établissements d'hébergement qu'à ceux qui interviennent à domicile.

La loi du 2 janvier 2002 change l'état du droit en imposant aux services prestataires d'être autorisés par l'autorité de tarification, le président du conseil général pour les services d'aide à domicile. Les critères d'autorisation sont, notamment, la compatibilité du projet avec les objectifs du Schéma d'Organisation Sociale et Médico-sociale et ses coûts de fonctionnement.

Le financement reste la pierre angulaire des politiques publiques dans un contexte tendu de réduction des déficits. Les enjeux des politiques sociales dans leur ensemble et en particulier sur les problématiques du vieillissement sont évidemment financiers.

C'est ce que nous dit Bernard ENNUYER s'appuyant sur le rapport de la Cour des comptes cité plus haut « *Ainsi les projets de loi se succèdent tel celui concernant le 5ème risque qui voit le jour en 2007 qui plusieurs fois reporté (2011, 2012, 2013) pour des raisons de difficulté de financement de son coût évalué en 2007 à 8 milliard d'euros* ».

VII. Entre globalisation et individualisation, l'approche des besoins au niveau local

Nous avons vu que les besoins des personnes âgées sont multiples et différents d'une personne à l'autre car il y a autant de façon de vieillir qu'il y a d'individus. Chaque individu ayant ses propres besoins, penser y répondre paraît donc impossible néanmoins lorsque l'on recueille la parole des intéressés, nous retrouvons plusieurs problématiques qui reviennent de manière récurrente. De ce nombre sont le transport, l'adaptation de l'environnement et l'aménagement urbain, la sécurité, l'adaptation de l'habitat, l'isolement, la solitude, la lassitude de la vie, la santé, la précarité ...

Cette liste n'étant pas exhaustive, nous voyons bien que l'approche des besoins ne peut être que transversale, prenant en compte à la fois les besoins sociaux et les besoins sanitaires. Ce qui revient à réinventer un nouveau modèle intégrant de nouvelles grilles de lecture et de nouveaux outils d'évaluation croisés. C'est aussi ce que préconise la Cour des comptes dans son rapport suivie en cela par les Programmes Régional de Santé qui soulignent l'importance de la notion de parcours de vie et de soins, et l'enjeu de la prévention des ruptures lors de l'élaboration des SROMS.

L'histoire des politiques publiques en direction des personnes âgées est fortement intriquée avec l'évolution des représentations sociales de la vieillesse, l'une influençant l'autre et réciproquement. Même si ces dernières années, les organisations compétentes en matière de personnes âgées se sont interrogées sur le sens des mots « vulnérabilité », « bien vieillir », « trajectoire sociale », « réseau social », « parole des usagers »..., comme en témoignent le nombre de recherches et études commandées ou financées par différents organismes, les enseignements tirés de ces recherches n'ont guère impacté les politiques publiques. On reste dans une vision binaire entre autonomie et dépendance, ce partage reposant essentiellement sur une approche plutôt du registre de la santé comme en témoigne la loi 2002-2 qui réforme l'action sociale et médico-sociale qui fait basculer toute l'action sociale en faveur des personnes âgées dans le champ du médico-social et l'organisation conjointe de l'offre de soins et de l'offre sociale et médico-sociale, par les ARS, issus de la récente Loi Hôpital Patients Santé et Territoire, dont la mission est « *d'assurer le pilotage d'ensemble à l'échelon régional du système de santé* ».

VIII. Les conséquences de l'enfermement dans un système « Autonomie contre Dépendance »

L'« enfermement » des personnes âgées dans un système qui les départage en deux catégories selon le principe de « vulnérabilité », - les unes seraient vulnérables et donc les autres invulnérables -, dont le diagnostic repose sur tout un corpus de questions et d'observations sensés mesurer le risque ou le niveau de perte d'autonomie ou plus particulièrement repérer les incapacités fonctionnelles ou cognitives, renforce de notre point de vue deux conséquences.

La première conséquence est individuelle en ce qu'elle « classe » la personne âgée dans la catégorie « vulnérable » alors que les entretiens ont bien démontré que d'une part les

personnes âgées n'expriment pas se sentir vulnérables et que d'autre part le concept de vulnérabilité est suffisamment flou pour ne pas être retenu comme un critère discriminant. Au-delà, selon la formule « On devient ce que l'on est dans le regard de l'autre », la désignation d'appartenance à la catégorie des vulnérables peut faire naître ou renforcer une image de soi négative et une dramatisation de la situation, la personne ne mesurant son propre vieillissement qu'au regard de ses pertes, de ses incapacités. Les modalités-mêmes de prise en charge dans le cadre des plans d'aide, nous l'avons vu extrêmement normées, sont vectrices également de privations de liberté et peuvent contribuer à enfermer la personne dans la vision projetée par le plan d'aide lui-même de la personne.

Le plan d'aide désignant ce que l'on ne peut plus faire voire impose de manière projective ce que l'on ne fait plus. Le plan d'aide de Madame C. 88 ans¹⁸³ prévoit des heures de ménage, elle dit « Je ne peux plus faire mon ménage comme je veux » et in fine ne fait plus mon ménage.

De manière récurrente dans nos entretiens, l'affirmation de « *Je ne fais plus ce que je veux* » tient souvent plus aux modalités opérationnelles du plan d'aide qu'aux problématiques de la personne. Là, on a une réelle distinction entre les personnes qui ont des ressources propres pour choisir et imposer les modalités d'intervention de l'aide extérieure et les personnes relevant d'un dossier de prise en charge dans le cadre de l'APA. Cette distinction introduit un clivage supplémentaire entre la personne âgée cliente d'un service et la personne âgée usager d'un service.

La seconde conséquence est collective. La stigmatisation d'une partie des personnes âgées en catégorie vulnérable ne peut que renforcer une représentation, non seulement individuelle comme nous venons de le dire mais aussi collective, d'une vieillesse qui pose problème, d'une population à risque qui préoccuperait à juste raison les pouvoirs publics parce qu'elle coûte cher. Dans cette perspective, l'action sociale vieillesse tend à désigner les personnes âgées en termes de personnes aidées, personnes soignées, personnes placées,... l'aide, le soin, le placement ayant un coût pour la collectivité.

Les politiques publiques en direction des personnes âgées fournissent un cadre juridique et réglementaire très contraignant dont la première portée est de maîtriser les dépenses

¹⁸³ Entretien n° 7 : Ciotadenne

publiques. Certes, sans renier ce souci honorable de l'Etat, reste que cette contrainte freine voire annihile toute tentative d'innovation au niveau local. Le secteur associatif, étant notamment le secteur historique de l'aide à domicile, qui a longtemps porté à lui seul l'initiative et l'innovation dans les réponses apportées aux personnes âgées, est aujourd'hui acculé à une survie conditionnée par les renouvellements d'agrément et les dotations financières annuelles accordées.

IX. L'optimisme du changement porté par des actions innovantes

En matière d'innovation, il semble aujourd'hui évident que l'échelon communal et les volontés politiques municipales restent les seuls espaces d'initiative possibles. C'est le cas pour la ville de La-Ciotat dont le CCAS a impulsé deux projets innovants qui devraient voir le jour sur son territoire.

Le premier projet devrait être mis en œuvre en 2014 suite à la réalisation en 2013 de l'Analyse des Besoins Sociaux, axé sur les personnes âgées de plus de 75 ans. Après une étude qualitative dite « sensible » réalisée auprès de ce public ainsi que des acteurs de terrain, l'ABS a fait ressortir d'une part que la difficulté d'accès à l'information pour les personnes âgées constituait un frein à l'exercice de leur droits et d'autre part que les acteurs étaient très cloisonnés et avaient du mal à formaliser des partenariats.

De ce constat, la mairie de La-Ciotat a décidé de créer un lieu ressource unique dont l'objectif est de faciliter l'accès à l'information et d'offrir une meilleure lisibilité et proximité de » par son implantation en centre-ville.

Elle a décidé en concertation avec les acteurs d'ouvrir une « Maison des Seniors », véritable lieu d'accueil permettant de réunir la majeure partie des acteurs œuvrant auprès du public concerné dont le CLIC qui trouvera au sein de ce pôle la place centrale qui doit être la sienne. Cette nouvelle organisation qui devrait voir le jour en 2014 et dont les locaux sont actuellement en cours de transformation, sera relayée par une campagne d'information de la mairie auprès de l'ensemble des habitants avec un ciblage particulier sur les personnes concernées, relayée par la revue mensuelle de la mairie. A ce nouvel espace devrait être adjoint un second attenant se voulant un espace de convivialité et de rencontre permettant aux personnes âgées de se rencontrer, d'échanger, de se poser et de bénéficier d'animations spécifiques.

Le second projet s'appuie aussi sur l'ABS et répond au désir des personnes âgées de retrouver une utilité sociale. Ainsi est né le projet de jardin solidaire et intergénérationnel. Basé sur le principe des jardins ouvriers, où les parcelles seront attribuées à des familles modestes, ce projet vise à utiliser les compétences et l'expérience des personnes âgées dans le domaine du jardinage, pour les mettre à disposition des familles, leur apportant ainsi une aide et un appui technique indispensables. Au-delà de la partie jardinage qui valorise l'expérience des anciens, c'est aussi la possibilité pour eux de retrouver un rôle social et de tisser des liens avec les familles qui bénéficieront de leurs conseils avisés.

Si pour le territoire de La-Ciotat, l'innovation en grande partie s'est nourrie de la parole des personnes âgées et des acteurs institutionnels, c'est aussi grâce à une forte implication de la mairie et du CCAS et d'une volonté concrète de préparer l'avenir car les plus de soixante ans représentent plus d'un tiers de la population ciotadenne.

Cette volonté d'anticiper les réponses aux besoins de ce public est renforcée par l'attractivité du territoire qui accueille de plus en plus de retraités venant d'autres horizons et désirant s'installer au soleil.

A Marseille dans les deux arrondissements étudiés, nous n'avons pas repéré d'actions innovantes. Il n'en demeure pas moins que les acteurs restent actifs mais en tout état de cause, il ressort du rapport de l'ABS de 2011-2012 que ces territoires principalement touchés par la pauvreté et la précarité ne constituent pas un terrain propice à l'innovation.

De plus, le recueil de la parole des personnes âgées demeure plus complexe et nécessite un investissement plus important, c'est la raison pour laquelle elle est quasiment absente du rapport sur Marseille alors qu'elle en constitue le fondement sur La-Ciotat.

Nous voyons bien que la parole des personnes âgées pour La-Ciotat a été le vecteur de la mise en œuvre d'une réponse, certes elle reste partielle mais cette parole relayée aux instances décisionnelles et politiques a permis une avancée à l'échelon local. Ce n'est pas le cas sur Marseille où ce sont les éléments statistiques qui constituent principalement l'analyse des besoins sociaux de la ville.

Conclusion

En conclusion, il convient cependant d'être optimiste pour au moins trois raisons.

La première réside dans l'évolution déjà amorcée d'une pluridisciplinarité ou une disciplinarité transversale de l'approche de la vieillesse. Il est intéressant de constater que les travaux de recherche les plus récents ne se focalisent plus sur le seul « grand âge » mais s'interrogent sur l'ensemble du vieillir. Les contributions des sociologues, psychologues, philosophes, économistes, Viennent progressivement considérablement faire prendre un autre cours à la recherche en gérontologie et laissent entrevoir une sortie possible de l'enfermement dans une vision binaire de la vieillesse : âgisme contre jeunisme, dépendance contre autonomie, On peut parier que ces travaux de recherche contribuent à faire évoluer notre culture dans son approche du vieillissement.

La seconde raison est que le secteur professionnel de l'aide à domicile s'est considérablement professionnalisé. Et même si ce secteur est hautement sous contrainte de dispositions juridiques et règlementaires, il est fait d'hommes et de femmes qui accompagnent tous les jours le vieillissement. Au lieu de réduire ce secteur à un rôle d'aide et d'assistance, on pourrait considérer qu'il a un rôle de témoin à jouer.

A défaut de résoudre la problématique de recueillir, d'une manière ou d'une autre, la parole directe des usagers, les hommes et les femmes qui font ce secteur peuvent porter témoignage de la complexité des situations de vieillesse qu'ils rencontrent chaque jour.

La troisième raison repose sur les volontés politiques à l'échelon local, donc au plus près de la population, d'offrir des possibilités diversifiées voire innovantes d'offres de service aux personnes âgées. Ici et là, dans certains Schémas régionaux ou départementaux, dans certains projets communaux des réserves budgétaires sont réservées au profit d'actions innovantes ou expérimentales.

Citons la Ville de Lyon et le projet « Le Chemin bleu » dans le Quartier Perrache qui propose un habitat intergénérationnel personnes âgées et étudiants, la Ville de Rennes qui bénéficie du label « Bien vieillir. Vivre ensemble » l'engageant pour 5 ans dans un plan d'action pour améliorer la vie des seniors qui a développé le projet Résidence Simone de Beauvoir, espace multiservices qui regroupe une crèche, un accueil de jour pour personnes

atteintes de la maladie d'Alzheimer, une maison de quartier, la Ville d'Angers avec son Espace Robert ROBIN qui regroupe sur un même lieu une maison de retraite, un CLIC, un réseau gérontologique, des animations, une billetterie pour les loisirs. D'autres actions, les jardins intergénérationnels solidaires, ou par le sport ou la culture existent comme le Théâtreprouvette de Jean BOLKO à CORBIGNY dans la Nièvre qui fait jouer les personnes âgées et dont le slogan est « *Des hommes qui se regardent, qui échangent, qui se créent les uns les autres* » soutenu financièrement par les institutions territoriales et locales... Toutes ces initiatives contribuent activement, nous semble-t-il, à changer les représentations de la vieillesse.

Dans la continuité de l'étude que nous avons conduite et pour répondre à la « présence/absence » des usagers au cœur des dispositifs, il nous semblerait intéressant d'étudier de nouvelles manières de recueillir la parole des usagers. En effet, aujourd'hui tous dispositifs confondus, associations représentatives des personnes âgées, intégration de personnes âgées dans les instances de gouvernance, les enquêtes de satisfaction, les Conseils de la Vie Sociale (CVS)¹⁸⁴, ayant c'est évident le mérite d'exister, démontrent leur défaillance à recueillir l'expression directe des usagers et la difficulté de mettre en œuvre les ambitions démocratiques que sous-tend la loi.

On ne peut que reconnaître que c'est un enjeu majeur compte tenu de l'injonction des politiques publiques. Donc à défaut d'être satisfait aujourd'hui de la manière dont est recueillie et prise en compte la parole des usagers, ne peut-on envisager de s'intéresser à la pertinence d'« une parole représentée », notamment par les personnels de l'intervention à domicile, au plus proche des réalités de terrain, des complexités des situations individuelles et qui exercent leur activité dans la même temporalité, en continu et dans la durée, que l'utilisateur.

Nous formulerions donc l'hypothèse suivante : « Entre « l'expression directe » des usagers difficile à recueillir et « la parole projetée » et subjective des professionnels, il existe une troisième voie, « la parole représentée » par les intervenantes à domicile ».

¹⁸⁴ Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

Dossier D'Annexes

Bibliographie

BOURDELAIS Patrice: *L'âge de la vieillesse, Histoire du vieillissement de la population*, Paris : Odile JACOB, 1997, 432 p

BOURDIEU Pierre, *la misère du monde*, SEUIL, Lonrai, 2007, 1455 p

BOURDIEU Pierre, *La distinction. Critique sociale du jugement*, 1979, Paris, Minuit, 672 p

CARADEC Vincent, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand COLIN, Paris (3^{ème} édition), 125 p

CIRULNIK Boris, *Le murmure des fantômes*, Editions Odile JACOB : 2008, 288 p

ENNUYER Bernard, *Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social*, DUNOD, Paris, 2002, 330 p

ENNUYER Bernard, *Repenser le maintien à domicile : Enjeux, Acteurs, Organisation*, DUNOD, Paris, 2006, 288 p

GUILLEMARD Anne-Marie: *La retraite une mort sociale, sociologie des conduites en situation de retraite*, 1972, 303p.

JOURDAIN Anne, NAULIN Sidonie, *La théorie de Pierre BOURDIEU et ses usages sociologiques*, Armand COLIN, Paris, 2011

LEGRAND Monique, *La retraite une révolution silencieuse*, ERES, Toulouse 2001, 350 p

PAUGAM Serge, *La disqualification sociale* : Broché, 2009, 256 p

PAUGAM Serge, *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, quadrigé, 2007, 437 p

PITAUD Philippe, *Solitude et isolement des personnes âgées*, ERES, Toulouse 2010 (1^{ère} édition 2004), 270 p

PITAUD Philippe, *Vivre vieux, mourir vivant*, ERES, Toulouse 2013, 216 p

QUIVY R et VAN CAMPENHOUGT L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. DUNOD, nouvelle édition, 1996. 288 p

Rapports, documents et Textes de Loi

Articles 1 et 2 du décret n° 95-562 du 6 mai 1995 - recodifiés aux articles R. 123-1 et R. 123-2 du Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Charte des personnes âgées élaborée en 1999 par la Fondation nationale de gérontologie et par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Code de l'action sociale et des familles Version consolidée au 19 mai 2013

DAUNE-RICHARD Anne-Marie, JÖNSON Ingrid, RING Magnus, ODENA, Sophie, L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelle différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France Suède, février 2012.

DEBOUT Clotilde, *Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA*, DREES : Etudes et résultats, n°730, juin 2010.

Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997, institution d'une prestation spécifique dépendance (PSD), article 2, JO, 25 janvier 1997.

Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2007, instaurant l'APA : Allocation personnalisée d'autonomie JO du 21 juillet 2001.

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (journée de Pentecôte)

Loi 2005-102 : loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoire » (HPST)

Rapport AQUINO : Comité Avancée en Age Prévention et Qualité de VIE / Anticiper pour une autonomie préservé : enjeu de société, Février 2013

Rapport BROUSSY Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Janvier 2013,

Rapport Laroque Haut comité consultatif de la population et de la famille. Politique de la vieillesse, rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque ,1962

Rapport à Mme Nora BERRA, Alain FRANCO, Vivre Chez soi, Secrétaire d'État en charge des Aînés, Juin 2010

Rapport d'étude du groupe « Prévoir » réalisée par l'IFOP du 1er au 3 février 2011 « les Français et le bien vieillir »

Rapport du groupe n° 1, MOREL Annick, VEBER Olivier, Société et vieillissement, juin 2011

RAPPORT IGAS, La gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie. Synthèse des contrôles de la mise en œuvre de l'APA réalisés dans plusieurs départements Juillet 2009

Rapport de l'IGAS évaluation du cumul emploi retraite Juin 2012

Schéma Gérontologique Départemental 2009-2013

Source : INSEE, France métropolitaine, Données par personne, avant impôts et prestations sociales, 2010

Articles

BLANPAIN Nathalie, L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent, division Enquêtes et études démographiques, Insee Première N°1372 - octobre 2011

BOURDIEU P « Le capital social : notes provisoires » Actes de la recherche en sciences sociales n°31, 1980

CLEMENT S, MONTOVANI J, «les déprises en fin de parcours de vie » Gérontologie et société n°90,1999

COHEN Valérie « *De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle* », dans « *La vulnérabilité relationnelle* », Socio-anthropologie [En ligne], N°1 | 1997, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 12 avril 2012. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index74.html>

COHEN Valérie, cite CASTEL Robert, Castel R. 1991. « *De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle* », dans « *La vulnérabilité relationnelle* », Socio-anthropologie [En ligne], N°1 | 1997, mis en ligne le 15 janvier 2003, Consulté le 12 avril 2012. URL : <http://socio-anthropologie.revues.org/index74.html>

DELOMIER Yves, 1973 Revue de Gérontologie 1973, n°12, Sept 1973, P 9 : Première définition de la dépendance dans le champ de la vieillesse

GUILLEMARD Anne-Marie, La retraite : entre le travail et la mort : étude sociologique des comportements des retraités ; sous la direction de Touraine Alain, Paris : EPHE, 1971

ENNUYER Bernard « Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? », Gérontologie et Société avril 2009 (n° 131)

ENNUYER Bernard: La dépendance en France, état des lieux et prospective : vers un nouveau contrat social ? La maison de l'autonomie 2010

D'EPINAY Lalive, PIN S, SPINI D, « Présentation de SWILSO-O, une étude longitudinale suisse sur le grand âge », L'Année gérontologique, 15, 2001,

TAVOILLOT Pierre-Henri « La confusion des âges » issu d'un entretien avec Yan de KERORGUEN

TERRA J-L, *stratégie national d'action face au suicide*, Conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie, novembre 2001

BENSADON AC Rapport général Collectif « Combattre la Solitude des personnes âgées » Enquête Isolement et Vie relationnelle, Sept 2006

GANGBE Marcellin, DUCHARME Francine « Le "bien vieillir" : concepts et modèles », médecine sciences, vol. 22, n° 3, 2006, <http://id.erudit.org/iderudit/012785ar>

LAUZON Jean-Serge « Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement » Santé mentale au Québec, vol. 5, n° 2, 1980, <http://id.erudit.org/iderudit/030071ar>

TABLE DES MATIERES

Remerciements
Liste des sigles utilisés
Avant-propos

Introduction **Page 1**

Première partie **Page 5**

Chapitre 1 : La construction sociale du statut des personnes âgées en France

Page 5

- I. Personnes âgées : qui est vieux ?
- II. Espérance de vie
- III. Construction du modèle d'analyse

Chapitre 2 : Eléments de politiques publiques / Deux approches de la dépendance :

Page 12

- I. L'approche incapacitaire comme orientation des politiques publiques en faveur des séniors
- II. L'approche sociale
- III. Les politiques de prise en charge de la vieillesse

Chapitre 3 : Construction du modèle d'analyse

Page 24

- I. Le concept d'exclusion sociale
- II. Processus de fragilisation et de vulnérabilisation
- III. Enoncé de l'hypothèse

Chapitre 1 : Méthodologie d'enquête

Page 34

Chapitre 2 : Les résultats et l'analyse des résultats des entretiens avec les personnes âgées

Page 43

- I. Différences de perception de son territoire de résidence
- II. Différences selon l'ancienneté sur le territoire
- III. Différences dans la capacité à développer et/ou maintenir ses habitudes de vie à l'extérieur de chez soi
- IV. Différences d'approche liée à la personne âgée
- V. Différence d'approche liée aux genres
- VI. Des différences liées aux ressources mobilisables
- VII. Le recours à un tiers et l'image de soi

Chapitre 3 : Les résultats et l'analyse des résultats des entretiens avec les professionnels Page 55

- I. Le cumul de facteurs comme symptôme d'un processus de vulnérabilisation
- II. Une unanimité de point de vue quant à l'accès à l'information
- III. Il existerait un déterminisme préexistant à la vieillesse
- IV. Analyse croisée entre public et professionnels
 1. Vieillissement et processus d'identité sociale
 2. Vieillissement et processus de vulnérabilisation
 3. Vieillissement et processus de maintien du « bien vieillir »

Troisième partie Page 63

Chapitre 1 : Vulnérabilité et Bien-vieillir : des concepts à géométrie variable.

Page 64

- I. Vulnérabilité et fragilité appartiennent à la sémantique des professionnels
- II. « Bien vieillir ». Discours en extériorité et discours en intériorité

Chapitre 2 : Entre déterminisme et réseau social, quel impact sur la trajectoire de vie ? Page 72

- I. Trajectoire de vie. Historiquement déterminée ou singulière ?
- II. Le réseau social. Historiquement déterminé ou en constante évolution ?
- III. Critique d'une approche de la vieillesse selon l'angle du déterminisme
- IV. Approche de la vieillesse sous l'angle de la continuité

Chapitre 3 : Pertinence des politiques publiques de prise en charge des personnes âgées. Globalisation contre individualisation ?

Page 81

- I. La vieillesse est prisonnière de la vision des spécialistes
- II. Des politiques publiques sourdes à la « parole des vieux »
- III. La « parole des vieux » via les associations de représentants
- IV. La « parole des vieux » via leur représentation dans la gouvernance des instances de pouvoir
- V. Une histoire des politiques publiques parlante. Le mille-feuille de dispositifs
- VI. L'avis de la Cour des Comptes. Pointage des insuffisances
- VII. Entre globalisation et individualisation, l'approche des besoins au niveau local
- VIII. Les conséquences de l'enfermement dans un système « Autonomie contre Dépendance »
- IX. L'optimisme du changement porté par des actions innovantes

Conclusion Page 95

Bibliographie

Table des Matières

Table des annexes

Annexes

TABLE DES ANNEXES

PREMIERE PARTIE :

- I. Annexe 1 : Evolution de la population de la France de 1960 à 2060.
- II. Annexe 2 : Taux de dépendance par âge
- III. Annexe 3 : Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie sociale
- IV. Annexe 4 : La Grille AGGIR et son utilisation
- V. Annexe 5 : Entretien avec Bernard ENNUYER

DEUXIEME PARTIE :

- I. Annexe 6 : Etudes sur les disparités socio-spatiales du territoire de la Région PACA-Compas- Agate-Mai 2012
- II. Annexe 7 : Guide des entretiens individuels avec les personnes âgées
- III. Annexe 8 : Guide des entretiens individuels avec les acteurs
- IV. Annexe 9 : Corpus d'entretien avec les acteurs
- V. Annexe 10 : Corpus d'entretien avec la population cible
- VI. Annexe 11 : Entretien avec Madame I, 84 ans, La-Ciotat : Quartier centre-ville
- VII. Annexe 12 : Entretien avec Madame P, 77 ans, Marseille 13014

TROISIEME PARTIE :

- I. Annexe 13 : Représentants d'associations d'usagers pour l'ARS et l'ANESM.
- II. Annexe 5 : Entretien avec Bernard ENNUYER

ANNEXE 1

Evolution de la population de la France de 1960 à
2060.

Tableau : Évolution de la population de la France métropolitaine de 1960 à 2060 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65-74 ans	75 ans et +		
1960	45 465	32,3	51,0	5,1	7,3	4,3	298,9	140
1970	50 528	33,1	48,8	5,2	8,1	4,7	308,1	180
1980	53 731	30,6	52,4	3,0	8,3	5,7	253,3	44
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	7,1	6,8	236,2	80
2000	58 858	25,6	53,8	4,6	8,8	7,2	243,9	70
2007	61 795	24,8	53,8	4,9	8,1	8,5	263,9	100*
2015	64 514	24,2	51,0	6,2	9,3	9,3	201,5	100
2020	65 962	23,9	49,6	6,0	11,0	9,4	173,2	100
2025	67 285	23,5	48,4	6,1	11,1	10,9	154,1	100
2030	68 532	23,0	47,5	6,0	11,1	12,3	142,1	100
2035	69 705	22,6	46,7	5,9	11,1	13,6	120,0	100
2040	70 734	22,4	46,6	5,3	11,1	14,7	82,4	100
2050	72 275	22,3	45,9	5,6	10,2	16,0	31,9	100
2060	73 557	22,1	45,8	5,4	10,5	16,2	+30,6**	100

* Solde migratoire issu de la projection.

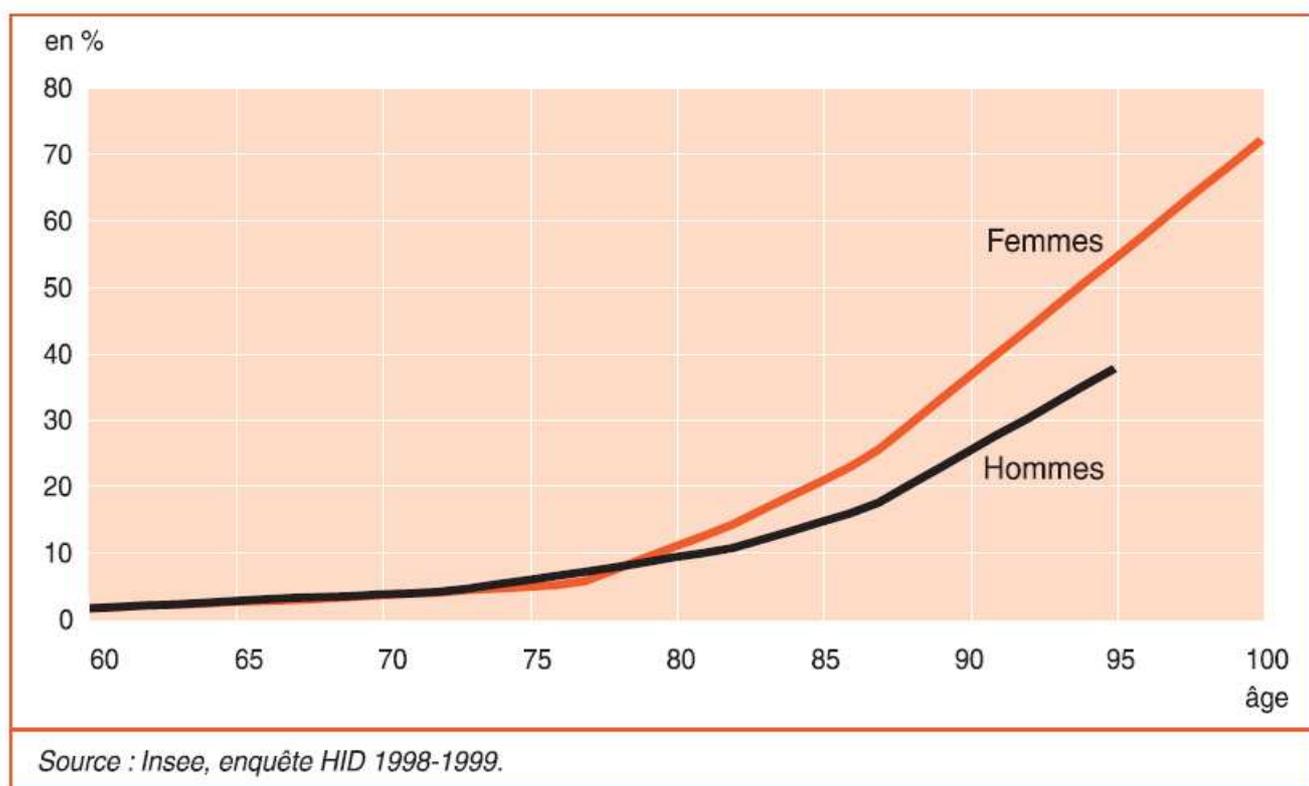
** Chiffre pour l'année 2059. Les projections s'arrêtent au 1^{er} janvier 2060. Le solde naturel de l'année 2060, différence entre Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil jusqu'en 2007 et projection de population 2007-2060.

ANNEXE 2

Taux de dépendance par âge

Figure 1 - Taux de dépendance par âge



ANNEXE 3

Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans,
par période et catégorie sociale

❶ Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par période et catégorie sociale

En années

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Source : Insee, échantillon démographique permanent et état civil

ANNEXE 4

La Grille AGGIR et son utilisation

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources) est l'outil officiel d'évaluation de la dépendance des personnes âgées.

Elle est remplie par un médecin ou une équipe spécialisée et permet de déterminer le degré de dépendance d'une personne. Elle se présente sous la forme d'un questionnaire destiné à apprécier les difficultés d'une personne dans l'exercice des actes quotidiens de la vie : la toilette, l'habillement, l'alimentation, la préparation des repas, les déplacements, etc.

Elle comporte :

- 10 variables (ou critères) dites discriminantes, se rapportant à la perte d'autonomie physique et mentale,
- 7 autres variables dites illustratives, se rapportant à la perte d'autonomie sociale et domestique.

Variables discriminantes : les actes essentiels de la vie

N°	Variables Discriminantes (activité corporelle et mentale)	Dépendance physique et mentale	Évaluation		
			A	B	C
1	▶ Cohérence	Converser et se comporter de façon sensée par rapport aux normes admises	Communication		
			Comportement		
2	▶ Orientation	Se repérer dans le temps (jour/nuit, matin/ soir), dans les lieux habituels ou non ...	Dans le temps		
			Dans l'espace		
3	▶ Toilette	Faire seul, habituellement et correctement, sa toilette du haut et du bas du corps.	Haut		
			Bas		
4	▶ Habillement	S'habiller, se déshabiller, seul, totalement et correctement.	Haut		
			Moyen		
			Bas		
5	▶ Alimentation	S'alimenter seul et correctement. On considère que les aliments sont <u>déjà préparés</u> .	Se servir		
			Manger		
6	▶ Élimination	Assurer seul et correctement l'hygiène de l'élimination.	Urinaire		
			Fécale		
7	▶ Transferts	Passer seul, d'une des 3 positions (debout, assis, couché) à une autre, dans chaque sens.			
8	▶ Déplacement Intérieur	Se déplacer seul à l'intérieur (éventuellement avec canne, déambulateur ou fauteuil roulant).			
9	▶ Déplacement Extérieur	Se déplacer seul à l'extérieur en tenant compte de l'environnement : obstacles, escaliers, transports en communs.			
10	▶ Communication à distance	Pouvoir utiliser les moyens de communication (téléphone, alarme, sonnette) dans le but d'alerter .			

Variables illustratives : la vie domestique et sociale

N°	Variables illustratives (activité domestique et sociale)	Dépendance domestique et sociale	Évaluation		
			A	B	C
11	► Gestion	Gérer seul ses propres affaires, son budget, ses biens. Connaître la valeur de l'argent.			
12	► Cuisine	Préparer seul ses repas et les conditionner avant de s'alimenter.			
13	► Ménage	Effectuer seul l'ensemble des travaux ménagers.			
14	► Transport	Prendre seul, ou éventuellement commander, un moyen de transport.			
15	► Achats	Acheter régulièrement, éventuellement par correspondance, les produits indispensables à son alimentation, son hygiène			
16	► Suivi du traitement	Suivre seul et observer correctement les prescriptions médicales ou diététiques.			
17	► Temps libre	Exercer seul, une ou plusieurs activités de loisir, de distractions diverses, sportives, culturelles.			

Remplissage de la grille AGGIR

Chaque variable doit recevoir l'évaluation A, B ou C.

- A signifie : Bon, fait seul, totalement, régulièrement et correctement.
- B signifie : Fait partiellement ou irrégulièrement ou incorrectement.
- C signifie : Ne fait pas (ne sait pas, ne peut pas ou ne veut pas le faire).

Certaines variables se subdivisent en sous variables. Par exemple, la variable Toilette se subdivise en :

- toilette du Haut (visage, tronc, membres supérieurs) et
- toilette du Bas (régions intimes, membres inférieurs).

Dans ce cas, il suffit de répondre à chacune des sous variables pour déterminer la valeur qui convient à la variable principale : Toilette.

Incidence des lunettes, prothèses ...Les aides procurées par les lunettes, prothèses, fauteuil roulant ... sont considérées comme faisant partie de la personne. Par exemple, une personne en fauteuil roulant, capable de s'en servir facilement dans un logement sans obstacle, pourra recevoir l'évaluation "A" pour la variable n°8 : Déplacement intérieur.

Détermination du degré de dépendance

Selon la valeur A, B ou C, attribuée aux variables de la grille AGGIR, un procédé d'évaluation établi par le Syndicat National de Gériatrie Clinique détermine la valeur du GIR. Le GIR représente le degré de dépendance d'une personne. Sous la forme d'un nombre de 1 à 6. Ses valeurs sont les suivantes :

Valeur du GIR	Signification succincte
1	Dépendance totale, mentale et corporelle
2	Grande dépendance
3	Dépendance corporelle
4	Dépendance corporelle partielle
5	Dépendance légère
6	Pas de dépendance notable ou suffisante

Les GIR 1 à 4 permettent aux personnes âgées de 60 ans et plus, de bénéficier de l'APA : l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie.

Certaines variables sont sans effet sur le calcul du GIR

Le rôle précis des variables de la grille AGGIR dans la détermination du GIR est décrit dans l'Annexe II du **► Décret 97-427 du 28 Avril 1997** de notre page Documentation. En consultant ce décret, on constate que seules les 8 premières variables discriminantes de la grille AGGIR ont un effet sur le GIR.

- Les variables discriminantes 9 et 10 (déplacement à l'extérieur et communication à distance) n'ont aucun effet sur le calcul du GIR (leur poids est toujours à zéro).
- Quant aux variables illustratives, elles ne sont même pas citées dans les calculs.

ANNEXE 5

Entretien avec Bernard ENNUYER :

Colloque : « Personnes âgées et personnes handicapées ; démences et traumatismes : La part des thérapies de reconstruction et de la créativité dans le maintien du lien social.

Institut de Gérontologie Sociale, Faculté d'Aix Marseille du 16 & 17 mai 2013.

Bernard MAUNIER : Entretien avec Bernard ENNUYER Sociologue

ENQUETEUR : Monsieur ENNUYER merci de me recevoir et de m'accorder cette interview. Je précise, je réalise cet entretien dans le cadre de ma formation en ingénierie sociale pour l'élaboration de mon mémoire comportant une étude sur les seniors de plus de 75 ans

B ENNUYER : Oui d'accord

ENQUETEUR : Le titre de mon mémoire, c'est un titre provisoire, est : « les politiques de maintien à domicile entre aide à domicile et assignation » et je pars de l'hypothèse suivante : « Le processus de vulnérabilisation varie en fonction de l'approche des problématiques de la vieillesse, de la mise en œuvre des politiques publiques à l'échelon local et des modalités de prises en charge » avec une sous hypothèse qui est : « les conditions de la vieillesse sont inégalitaires, facteurs de vulnérabilité et d'exclusion, elles ne permettent pas un même accès aux droits et aux services selon la catégorie sociale, le logement, l'environnement et la situation familiale ».

B ENNUYER : Globalement on est d'accord.

ENQUETEUR : La première question que je souhaite vous poser est la suivante : « Comment les réponses de la société et de l'environnement aux problèmes du vieillissement des plus de 75 ans contribuent ou non à l'émergence de la vulnérabilité ? »

B ENNUYER : Alors, c'est un débat, c'est un long débat. Si tu veux globalement lorsque l'on s'intéresse aux la politiques vieillesse depuis le rapport LAROQUE, qui justement prétend au départ répondre à la demande des gens de rester chez eux, semble vouloir diminuer la vulnérabilité des gens en leur permettant d'accéder à ce dont ils ont envie. L'intéressant c'est de voir comment ses politiques se sont retournées contre leur objectif pour aboutir au résultat contraire. C'est grosso modo ce que tu as dit tout à l'heure et cela m'intéresse beaucoup, cela veut dire que les moyens mis en œuvre pour mettre en place le rapport Laroque, ces moyens mis en place se sont retournés contre sa finalité. Je dirais qu'actuellement c'est la caricature, aujourd'hui c'est la caricature car les politiques publiques de la vieillesse conduisent comme tu le dis dans ton titre à une assignation des

gens à résidence et à comportement. C'est-à-dire à résidence, tu entends dire aujourd'hui très concrètement que les vieux ne peuvent pas rester dans un habitat s'il est inadapté.

Je disais hier l'expérience de Leroy Merlin, si tu ne veux pas adapter ton habitat bien quelque part on l'adapte contre ton grès. On veut bien que les gens restent à domicile mais dans des comportements que l'on définit pour eux. Donc ce que tu dis très bien on accentue la vulnérabilité et on accentue la vulnérabilité des plus vulnérables puisque ce sont les catégories sociales modestes, ce sont les femmes, ce sont les gens qui n'ont pas de fric, ce sont les gens isolés qui sont les plus vulnérables à ces injonctions. Alors que les classes supérieures... pour avoir été directeur de services à domicile, un cadre supérieur du 17ème arrondissement me disait : « je ne vous demande pas votre avis, je veux que vous m'envoyez une personne comme ci ou comme ça, je paye je ne veux pas d'enquête c'était très clair.

La vieille dame qui a besoin de l'APA elle est bien obligée d'en passer par où tu veux que l'on en passe. Donc en deux mots, je résume, les politiques vieillesse qui ont prétendu répondre aux besoins des gens répondent très imparfaitement et répondent d'autant mieux que les catégories sociales sont les plus élevées, cela pour moi c'est indéniable mais c'est très contesté aujourd'hui, c'est très contesté.

ENQUETEUR : Cela veut dire que l'on assiste à une nouvelle fracture sociale ?

B ENNUYER : Oui bien oui,

ENQUETEUR : Elle existe de fait ?

B ENNUYER : Non mais je veux dire de ce que tu dis on assiste contrairement à ce qui est nié à la continuité d'une fracture sociale. Parce que comme dit Anne Marie GUILLEMARD que je connais bien, le vieillissement est un processus continu et c'est vrai que les gens qui ont, tu as lu la mort sociale, bon la mort sociale dans sa thèse de 1971, elle nous dit que les gens qui ont commencé leur vie avec une mauvaise instruction, une mauvaise éducation, de mauvaises conditions de travail et bien comme tu dis ce sont les gens qui vont se retrouver en fin de vie donc la vieillesse est la continuité de la fracture sociale.

ENQUETEUR : Qu'elles sont selon vous les problématiques les plus importantes rencontrées par les personnes âgées de plus de 75 ans à domicile ?

B ENNUYER : Et bien si tu veux je dirais qu'il y a deux problématiques importantes, la première sépare les gens de 75 ans et plus et ceux qui vont avoir des incapacités sévères qui sont minoritaires et dont on ne s'occupe pas assez et la seconde concerne le genre.

Quand tu n'as pas d'incapacité majeure la question de continuer à vieillir chez soi ne se pose pas de façon majeure, sauf autres difficultés. Donc tu as des gens qui sont vulnérables parce qu'ils ont des états de santé délabrés et malheureusement se sont des états de santé qui se sont construits au travers de boulots difficiles et puis et en général c'est un corolaire, ça se construit avec des gens qui n'ont pas de fric. Aujourd'hui si tu es indéniablement sans caricaturer, si tu es une femme avec une retraite moyenne de 900 € alors que les hommes ont une retraite moyenne de 1600 € et bien quand tu es une femme de plus de 75ans, tu es au sens que tu dis beaucoup plus vulnérable qu'un homme. Si en plus comme c'est prouvé aujourd'hui les femmes dans leur parcours de vie ont des incapacités plus importantes, plus graves et qui durent plus longtemps, tu as donc je dirais aujourd'hui un double handicap c'est essentiellement le handicap d'être une femme, d'être isolée socialement, parce que les femmes sont plus isolées socialement les femmes cumulent trois handicaps isolement social, faibles ressources, état de santé délabré.

ENQUETEUR : J'ai constaté notamment lorsque je travaillais dans ma structure, lorsque j'accompagnais une personne âgée qui était imposable, elle payait moins cher la prestation qu'une personne âgée qui ne l'était pas n'est-ce pas là une discrimination et un facteur de vulnérabilité ?

B ENNUYER : Oui si tu veux, il y avait un crédit d'impôts pour les imposables et il n'y a pas de prime d'impôts pour ceux qui n'étaient pas imposables.

ENQUETEUR : Voilà, donc une discrimination ...

B ENNUYER : Complètement

ENQUETEUR : Par les revenus ...

B ENNUYER : Discrimination par le revenu oui, elle est sans doute très importante, la discrimination par le revenu mais elle s'accompagne d'une autre discrimination elle est double si tu veux. Encore une fois chez les femmes, isolement social santé dégradée et faibles ressources c'est malheureusement un triptyque qui va pour beaucoup de gens.

ENQUETEUR : C'est aussi ce que l'on a souvent constaté sur le terrain

En interrogeant les professionnels sur les quartiers nord de Marseille principalement, ce qui ressortait de l'interrogation, lorsque je posais la question sur les problématiques principales rencontrées par les personnes âgées, était l'isolement...

L'isolement et l'incapacité pour les femmes veuves en particulier, on revient sur les mêmes publics, de pouvoir sortir de chez elles, du fait de l'absence, enfin du départ du mari puisqu'elles sont veuves, car dans cette tranche d'âge traditionnellement, c'était souvent le mari qui était titulaire du permis de conduire et qui conduisait.

B ENNUYER : Et puis qui s'occupait grosso modo dans une génération que l'on connaît bien des femmes de 85 ans 90 ans qui s'occupait des affaires de la maison et tout cela, c'est le modèle dominant tu connais bien ça. Ce qui fait que l'on peut dire que s'il y a des questions de vieillissement en France d'autant plus qu'elles se posent après 85 ans, il y a trois femmes pour un homme de 85 ans c'est quand même une question liée spécifiquement au genre. Ce qui déplace quand même gravement le problème. Ce n'est pas tant une question d'âge mais une question de genre.

ENQUETEUR : Quelles ont les difficultés principales rencontrées par ce public concernant l'accès au droit ?

B ENNUYER : L'accès au droit si tu veux il y a deux niveaux. Un premier niveau dont on parle beaucoup aujourd'hui qui concerne l'accès à l'information. J'en discutais l'autre jour avec l'adjointe au maire de Rennes, les Centres Locaux d'Information et de Coordination sont malheureusement méconnus, ils existent depuis 2000 et ne sont toujours pas connus.

Le deuxième niveau concerne le public, nous avons là toute une génération et toute une catégorie de gens, les mêmes dont tu parles, qui ont de la difficulté à accepter d'être aidés, aussi pour des questions de fierté, aussi pour des questions de fierté, cela on le sait bien.

Et ensuite pour ceux qui acceptent d'être aidés il y a il faut dire les choses très concrètement des freins importants. Pour une personne qui a un niveau d'éducation relativement faible, lui expliquer ce que c'est que l'APA, ce qu'est un outil AGIR pour beaucoup de gens c'est un obstacle insurmontable et les professionnels je le regrette, ne font pas l'effort suffisant de se mettre à disposition.

Donc je résume difficulté d'accès à l'information difficulté à la comprendre, mais difficulté aussi à accepter à avoir besoin d'aide parce que les gens disent je me suis débrouillé toute ma vie et voilà. Les catégories supérieures finalement, recourent beaucoup plus souvent à l'aide que les catégories modestes

ENQUETEUR : Alors ce qui est un petit peu aberrant, justement lorsque l'on parle de coordination l'on pense au CLICS c'est sûr. Pourtant nous voyons bien qu'avec des budgets de plus en plus contraints, qui concernent aussi les missions des CLICS, petit à petit ceux-ci jouent de moins en moins leur rôle. Pourtant c'est une obligation légale, ce qui interroge sur la multiplication des dispositifs et leur empilement, quelque fois on se perd dans une succession de dispositifs.

B ENNUYER : Ce n'est pas, quelques fois c'est un vrai mille-feuille...

C'est ce que nous dit la Cour des comptes en 2005, le jugement de la Cour des comptes en 2005 est très sévère, pour les personnes âgées dépendantes. Il nous dit le système français est incompréhensible et il n'est pas réactif, jugement de la Cour des comptes ! D'accord !

On a empilé les dispositifs depuis le rapport Laroque et les gens n'y comprennent rien, manque de réactivité et de rapidité. Je critiquais hier les MAIA, pourquoi avait-on besoin de mettre en place des MAIA, alors qu'il suffisait de financer correctement les CLICS ce qui est pas le cas aujourd'hui et d'y ajouter des compétences Alzheimer, ce qui était quand même relativement simple. Aujourd'hui tu as des CLICS qui se ferment et on ouvre des MAIA à côté, c'est complètement idiot...

ENQUETEUR : De ce fait la lisibilité de l'offre sur le territoire elle disparaît. Pour une personne âgée qui va chercher le renseignement, cela devient de plus en plus complexe.

B ENNUYER : Bien si tu veux j'ai beaucoup critiqué le plan BORLOO. Avant le plan BORLOO dans notre champ il y avait grosso modo 6000 structures qui faisaient du

maintien à domicile entre guillemets, dont les 90% étaient associatives. Aujourd'hui quand tu prends les statistiques des fameux services à la personne sans savoir si ces gens font du service à domicile ou autre chose, en le regardant l'autre jour, tu trouves plus de 25 000 structures.

Ce que tu dis est clairement dans les chiffres. On a multiplié les structures par cinq c'est-à-dire que l'on a multiplié l'incompréhension par cinq. Alors que le projet de Borloo était de clarifier le système, on est abouti à un résultat contraire.

ENQUETEUR : Alors justement sur ces textes législatifs, on est aussi dans le paradoxe et l'aberration, avec des textes de lois qui visaient à professionnaliser le secteur, je pense à la loi 2002-2 notamment où les structures associatives ont énormément investi pour arriver à un niveau de professionnalisation et à répondre aux exigences de la loi, le plan BORLOO arrive, grosso modo le plan BORLOO dit fini l'Autorisation et l'habilitation à l'aide sociale, vive l'agrément qualité, tous les efforts entrepris par le secteur associatif ne sont pas réduits à néant mais presque.

B ENNUYER : Tout à fait, tout à fait

ENQUETEUR : Et ce secteur rentre directement dans un champ concurrentiel alors qu'il s'adresse à un public fragile.

B ENNUYER : Oui mais si tu veux, alors cette analyse pour faire court, si tu veux je peux te renvoyer à quelque chose que j'ai écrit dans, Gérontologie et société. On m'a demandé de faire un bilan des services à domicile après BORLOO, il est paru dans un numéro de la revue Bleue, ce que j'appelle la revue Bleue c'est Gérontologie et société de septembre 2012, où j'ai montré ce que tu dis très bien. Les structures associatives qui ont fait l'effort de se structurer sont les premières qui ferment aujourd'hui c'est catastrophique et avec le secteur marchand la notion de métiers de l'aide à domicile a été complètement dévalorisée. Donc pour faire vite le plan BORLOO a abouti absolument aux résultats contraires, BORLOO disait je veux professionnaliser et mettre à disposition des gens qualifiés, finalement a abouti au résultat contraire et malheureusement je le disais tout à l'heure à quelqu'un, je ne donne pas 4 ou 5 ans au secteur associatif prestataire pour peut-être même disparaître complètement.

ENQUETEUR : Alors oui

B ENNUYER : Je suis peut-être un peu pessimiste mais dans cinq ans il n'y aura plus de services prestataires.

ENQUETEUR : Non pas du tout, je partage cette analyse et je pense qu'elle est tout à fait réaliste d'autant que l'on assiste à un autre problème, entre temps il y a eu la loi HPST, la mise en œuvre des ARS...

B ENNUYER : Oui, oui tout à fait il est évident et on me la confirmé que les directeurs des ARS sont des préfets sanitaires

ENQUETEUR : Donc c'est du contrôle économique principalement ?

B ENNUYER : Tout à fait, oui c'est du contrôle même existentiellement plus financier qu'économique voilà !

ENQUETEUR : C'est donc dans une vision gestionnaire ?

B ENNUYER : C'est une vision uniquement gestionnaire, j'ai discuté avec des directeurs d'ARS, ils m'ont dit je suis là pour faire des économies point, je ne suis pas là pour redéployer quoi que ce soit je suis là pour faire des économies, réduire la voilure.

ENQUETEUR : Donc c'est la raison pour laquelle on incite aujourd'hui les petites structures qui ne sont pas suffisantes pour répondre aux appels d'offre à se regrouper pour pouvoir le faire ?

B ENNUYER : Oui

ENQUETEUR : On connaît aujourd'hui, toute la complexité d'une mutualisation donc même si je vous rejoins en disant que ces structures risquent de disparaître si elles ne se regroupent pas n'y a-t-il pas d'autres alternatives ?

B ENNUYER : Non c'est tout à fait cela, si elles ne se mutualisent pas elles disparaîtront. Mais tu as raison sur la complexité à mutualiser. Je vois nous avons rencontré ce problème à Besançon, mais ils ont réussi à fusionné deux grosses associations parce qu'elles ont compris qu'aujourd'hui la mutualisation c'est une obligation de survie, après on peut en

discuter mais c'est une obligation de survie. Les petites structures disparaîtront dans les cinq ans si elles ne peuvent pas se regrouper. C'est clair.

ENQUETEUR : Même si je partage cette analyse, je m'interroge quand même quant à la réponse de proximité des structures. Parce que si l'on regroupe les structures ou si les structures deviennent de plus en plus importantes, pour répondre aux appels d'offre, les petites structures qui maillaient le territoire vont disparaître et ce maillage disparaîtra aussi. Comment allons-nous pouvoir répondre aux besoins qui, d'après les statistiques vont croître, si on a que des grosses structures et l'on perd cette proximité.

B ENNUYER : Bien si tu veux là c'est un véritable challenge qui nous est posé à nous professionnels, ce qui n'est pas simple je pense à Paris où il y avait beaucoup de structures dans chaque arrondissement. A Paris on y a beaucoup réfléchi entre nous, est ce que l'on peut faire une seule association parisienne, tout en gardant le dispositif de proximité ? Ce n'est pas impossible à condition que tu réfléchisses, ce qui veut dire concrètement de construire une structure gestionnaire globale, avec des enquêtrices et des responsables de secteurs locaux. C'est à nous d'y réfléchir, pour comme tu dis ne pas perdre cette proximité tout en s'enrichissant d'une certaine mutualisation. C'est un challenge qui nous est posé, parce que si non, on risque effectivement de s'éloigner complètement des gens au prétexte qu'il faut se réunir. Il y a des gens qui l'on pas mal réussi, je te parlais tout à l'heure de Besançon, l'autre jour à Besançon il n'y a plus que deux grosses structures qui vont couvrir tous le département du Doubs tout en ayant gardé cette proximité. Pour cela, très concrètement ils utilisent des relais dans les CCAS et différents partenaires. Cela demande un effort d'imagination de maillage de réseau, comme tu dis d'animation de réseau pour continuer à garder ce maillage.

ENQUETEUR : Oui ici c'est relativement compliqué, alors je ne sais pas ce qu'il en est ailleurs

B ENNUYER : Tu peux enlever le relativement, c'est compliqué (sourire)

ENQUETEUR : Parce que sur Marseille par exemple, j'ai été président d'un groupement d'employeurs et d'un groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification, de l'aide à domicile, j'ai pu toucher du doigt ces difficultés et vu toute la complexité d'arriver à mutualiser quelques postes.

B ENNUYER : Tout à fait

ENQUETEUR : Donc lorsque l'on parle de mutualisation de services, l'on parle aussi de disparition de postes de direction puisque les économies doivent être faites sur les postes administratifs et d'encadrement ...

B ENNUYER : Oui on parle à Paris tu vois j'en discutais avant-hier je suis administrateur de mon ancienne association que je dirigeais, on parle de GCSMS, de fusion absorption et automatiquement comme tu le dis de disparition de postes et notamment ceux de direction. Mais je vais te dire un peu cyniquement c'est le prix à payer, parce que si on n'est pas capable de réussir à la fois ce changement de modèle avec une grosse organisation tout en gardant notre impact local, avec quelques disparitions par exemple en ne conservant qu'un directeur général, on passera à coter de ce qui est important pour moi l'important, c'est de sauvegarder l'encadrement intermédiaire. Parce que tu les sais bien, dans une association c'est l'encadrement intermédiaire qui fait le boulot principal, chez moi ce sont mes responsables de secteur. Tu vois le challenge qui se pose à nous les prochaines années certes on va faire quelques pertes, mais si on n'accepte pas de perdre un peu on perdra tout, tu vois !

ENQUETEUR : Alors justement le problème des directeurs aujourd'hui c'est que chacun tire la couverture à lui en disant moi je ne veux pas perdre mon poste.

B ENNUYER : Je sais bien, je sais bien, je sais bien... je sais bien

ENQUETEUR : Du coup il n'y a plus d'anticipation hors là on n'est plus dans l'anticipation on est dans la réponse urgente !

B ENNUYER : Mais je te dis j'avais une réunion avant-hier avant de venir à Marseille mercredi matin, avec deux grosses associations donc la mienne dans le XVIIème arrondissement et le président de l'autre association que je connais bien qui est un directeur d'EPAHD, me disait Bernard on a aujourd'hui au maximum deux ans mais plutôt un an pour se bouger. On ne peut pas passer de temps à tergiverser entre nous et si on n'accepte pas ça comme tu dis et ben on crèvera entre temps tu vois. On en a discuté toute la matinée avec des gens qui comme tu dis, disent et moi et moi qu'est-ce que je vais devenir ? Tu

préfères que ton association disparaisse complètement parce que tu veux garder ton poste ? Tu as 400 salariés derrière, moi j'avais 400 salariés.

Mais tu as raison il y a des batailles de pré carré qui sont épouvantables aujourd'hui. La maison brule et les gens se battent pour savoir s'il faut aller chercher un sceau ou une lance. Non mais écoute...

ENQUETEUR : La dernière question que je voudrais vous poser est : Qu'elles sont à votre avis les facteurs de fragilité et ou de vulnérabilité qui impact directement le quotidien de ces personnes, des personnes âgées ?

B ENNUYER : Alors là je dirais ce que j'ai entendu ce matin, le facteur de vulnérabilité le plus grand est qu'on ne les écoute pas. Ce que j'ai entendu ce matin, on ne les écoute pas, dans ce qu'elles peuvent nous dire, parce que l'on a, bon ce que l'on dit depuis hier, on sait, on sait ce qui est bons pour les vieux et je balaie devant ma porte, parce que moi mon service a sans doute fait la même chose. Mes responsables de secteur mes aides à domicile, malgré toute la formation donnée nous sommes tous les mêmes, quand les gens sont vulnérables en face de nous, on croit que l'on sait mieux qu'eux ce qui est bon pour eux. Et tu l'as entendu tout hier et toute la matinée j'ai passé mon temps dans le service à dire à mes responsables de secteurs, vous n'écoutez pas les gens, vous n'écoutez pas les gens. Pour moi le principal facteur de vulnérabilité des gens que l'on aide, c'est de ne pas prendre en compte ce dont ils ont envie. Ça c'est basique, basique.

ENQUETEUR : C'est-à-dire qu'en fait, les politiques publiques décident pour les personnes âgées de ce qui est bon pour elles et ne s'intéresse pas à ce dont elles ont réellement besoin.

B ENNUYER : Tout à fait ...

ENQUETEUR : Alors c'est le constat que l'on fait nous sur le terrain à la création de ma structure, la première des choses que j'ai faite est d'aller rencontrer les personnes âgées et leur demander de quoi avez-vous besoin dans votre quartier, qu'est-ce qu'il vous faudrait pour vivre mieux ?

B ENNUYER : Tout à fait c'est la question fondamentale

ENQUETEUR : Mais malheureusement lorsque l'on travaille sur le niveau régional ou au niveau départemental lorsque l'on travaille, sur le schéma gérontologique départemental, par exemple, on est dans une réflexion qui encore une fois n'est pas nourrie par les besoins

B ENNUYER : On est d'accord,

ENQUETEUR : Mais nourrie par les professionnels.

B ENNUYER : On est d'accord !

ENQUETEUR : Et ce faisant on ne répond pas à ...

B ENNUYER : Pour moi, la caricature c'est le rapport BROUSSY. L'adaptation de la société française au vieillissement, c'est un rapport de technocrates, qui ne se donnent même pas la peine d'interviewer les organismes représentatifs. On peut discuter des représentants des personnes âgées, on peut discuter si certains ont vocation ou pas à représenter les autres. Ce qui est un vrai problème de démocratie. Dans ce rapport, ils n'ont même pas consulté le CDRPA et le CODERPA. C'est scandaleux, ça veut dire que l'on visualise l'adaptation de la société sans en parler aux gens qui sont concernés. La caricature c'est ce rapport du 11 mars. Je n'avais jamais vu pire que ça. J'ai fait une critique violente de BROUSSY que je connais bien, j'ai participé au schéma départemental de la ville de Paris, on a éventuellement interrogé le CODERPA du coin, mais est-ce que le CODERPA du coin a encore une fois vocation à représenter les gens vulnérables dont on parle ? Est-ce que les gens âgés qui vont relativement bien, moi qui suis une personne âgée de 68 ans, qualifiée dans le CODERPA du cher dans ma campagne nivernaise, ont-ils et ai-je légitimité, de représenter les gens qui ne vont pas bien. »

ENQUETEUR : C'est toute cette dimension-là de non prise en compte des besoins...

B ENNUYER : On est sur un problème fondamental de démocratie camarade, on est sur un problème de démocratie

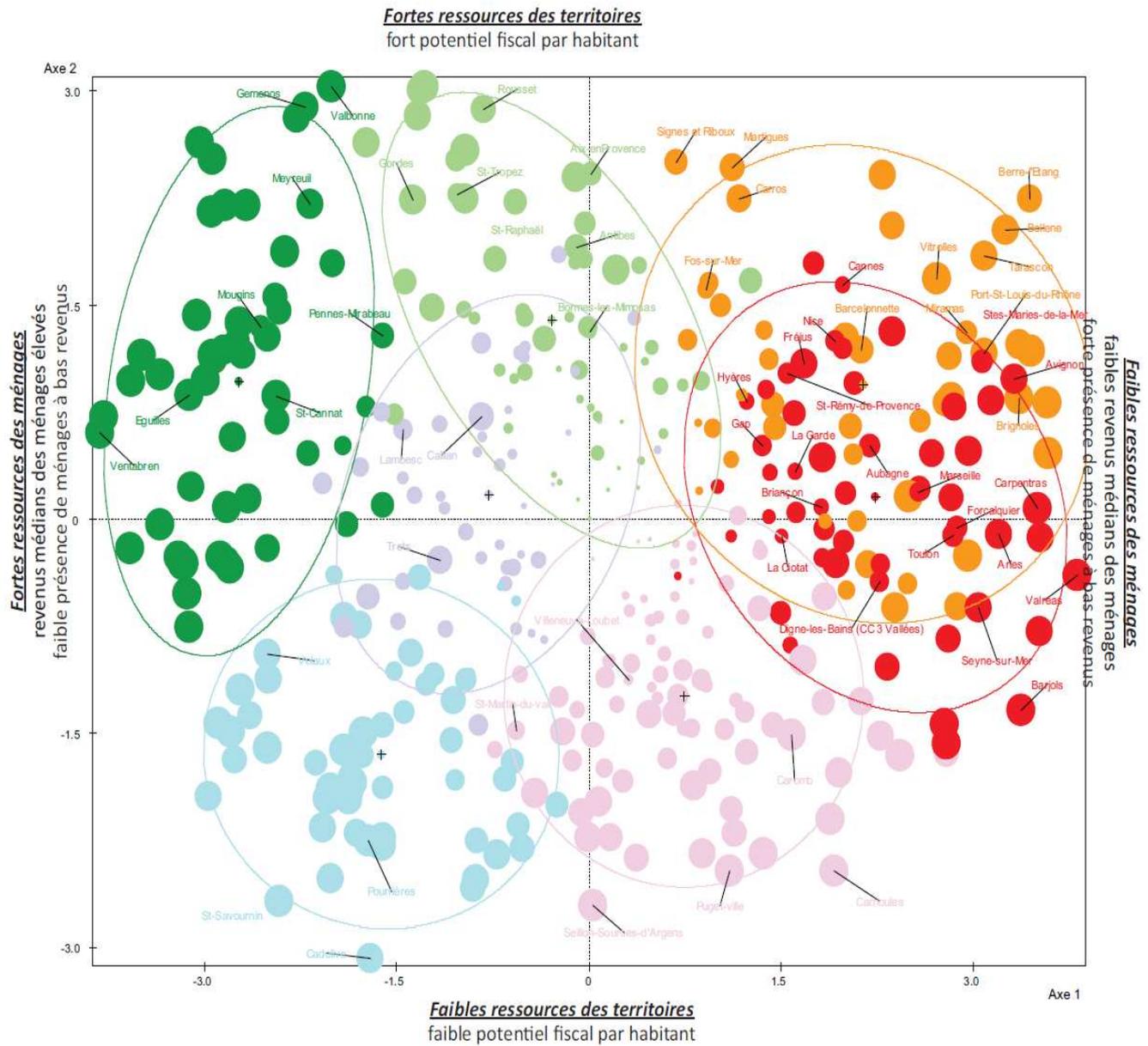
ENQUETEUR : Parce que les personnes âgées ne vont pas sur les barricades ?

B ENNUYER : Mais non j'espère que les gens de notre génération on va y aller, comme dit l'autre ce n'est pas le tiers état qui fait la révolution c'est les bourgeois.

ENQUETEUR : Bien écoutez merci de m'avoir accordé cet entretien

ANNEXE 6

Études sur les disparités socio-spatiales du territoire de
la Région PACA-Compas- Agate-Mai 2012



ANNEXE 7

Guide des entretiens individuels avec les personnes âgées

Introduction/Généralité :

- Présentation.... En formation sur un diplôme d'état en Ingénierie Sociale et dans le cadre de mon mémoire de recherche je réalise une enquête sur les conditions de vie des personnes âgées de plus de 75 ans dans votre ville.
- Depuis combien d'années vivez-vous à Marseille ?
- Quelle est votre situation familiale, votre état civil ?

Dimension du processus de vieillissement :

- Que pouvez-vous dire de votre vie à Marseille aujourd'hui ?
- Trouvez-vous la ville accueillante et où avez-vous vos habitudes ?
- Pensez-vous avoir les ressources suffisantes pour subvenir à vos besoins ?
- Quel type de logement occupez-vous et quels sont les nuisances ou agréments de votre quartier ?

Dimension du processus de vulnérabilité :

- Vous sentez-vous pris en compte en tant que citoyen et en tant que personne de façon générale ?
- Entretenez-vous des relations sociales de façon fréquente, avec votre famille, amis, voisins ?
- Pratiquez-vous une activité culturelle, religieuse, de loisir ?
- Si oui, est-ce en groupe, solitaire, hebdomadaire, mensuelle ?
- Quels événements vous ont marqué tout au long de votre vie, au niveau professionnel, familial, santé... ?
- Quelles sont vos inquiétudes dans votre vie quotidienne ?

Dimension des possibilités de prévention :

- Quand vous avez un problème d'ordre quotidien, de santé, de commodité à qui vous adressez-vous ?
- Etes-vous informés des aides, des services que vous propose la ville, le département, l'état ?
- Si oui, utilisez-vous ces aides ou services ?
- Si non, comment expliquez-vous ce manque d'information ?
- Quels services ou aides amélioreraient votre quotidien ?

ANNEXE 8

Guide des entretiens individuels avec les acteurs

Dans le cadre de ma formation en Ingénierie Sociale je réalise une étude concernant les séniors de plus de 75 ans dans les 14^{ème} et 15^{ème} arrondissements de Marseille.

Quelles sont, selon vous, les problématiques rencontrées par les personnes de plus de 75 ans résidants à Marseille en particulier dans les quartiers nord ?

A votre avis quels sont les difficultés principales rencontrées par ce public sur l'accès au droit ?

Quels sont à votre avis les facteurs de fragilité et / ou de vulnérabilité qui impactent directement le quotidien de ces personnes ?

ANNEXE 9

Corpus d'entretien avec les acteurs

Entretien Acteurs MARSEILLE					Entretien
N° ENTRETIEN	date		Fonction	durée	liens audio
Entretien N° 1	13/05/2013	1	Directrice structure aide à domicile	50 mn	..\ENTRETIENS PRO\N°1\Grare.LTDV.WMA
Entretien N° 2	15/05/2013	2	Chargée de mission Petits Frères des Pauvres	40 mn	..\ENTRETIENS PRO\Mariqua Richetto PFP.WMA
Entretien N° 3	17/05/2013	3	Sociologue & Président de structure d'aide à domicile	35 mn	..\ENTRETIENS PRO\entretien B ENNUYER.WMA
Entretien N° 4	28/05/2013	4	Directrice d'un CLIC	45 mn	..\ENTRETIENS PRO\ENTRETIEN DIRECTRICE DU CLIC.WMA
Entretien N° 5	21/06/2013	5	Directrice du PRIDES Services à la personne	38 mn	..\ENTRETIENS PRO\ENTRETIEN DIRECTRICE DU PRIDES SERVICES A LA PERSONNE PACA.WMA

ANNEXE 10

Corpus d'entretien avec la population cible

Entretien Personnes âgées LA CIOTAT			
N° ENTRETIEN	M/Mme	durée	liens audio
Entretien N° 1	I	32 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 1 Madame I, 84 ANS.WMA
Entretien N° 2	G	1 h 10	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 2 Madame G, 80 ANS.WMA
Entretien N° 3	J	51 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 3 Madame J, 75 ANS.WMA
Entretien N° 4	B	45 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 4 Madame B, 79 ANS.WMA
Entretien N° 5	C	50 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 5 Madame C, 88 ANS.WMA
Entretien N° 6	E	1 h 25	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 6 Madame E, 78 ANS .WMA
Entretien N° 7	L	52 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 7 Monsieur k, 84 ANS.WMA
Entretien N° 8	M	48 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 8 Monsieur M, 88 ANS.WMA
Entretien N° 9	L	1 h 05	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 9 Monsieur L 89, ANS .WMA
Entretien N° 10	G	38 mn	LA CIOTAT\ENTRETIEN N° 10 Madame G, 83 ANS.WMA
Entretien Personnes âgées MARSEILLE nord			
N° ENTRETIEN	M/Mme	durée	liens audio
Entretien N° 11	J	55 mn	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°11 MME xxxx Julie (PFP) I 75 ANS.WMA
Entretien N° 12	F	1 h 10	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°12 a AVEC MME F 79 .WMA
Entretien N° 13	P	58 mn	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°13 MME xxxx Pauline.WMA
Entretien N° 14	M	1 h05	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°14 MME Marie 83 ANS.WMA
Entretien N° 15	C	1 h 30	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°15 M xxxx Christian 80 ans.WMA
Entretien N° 16	I	35 mn	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°16 MM XXXX Isabelle 84 ANS.WMA
Entretien N° 17	S	40 mn	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°17 AVEC MME S 82 ANS.WMA
Entretien N° 18	T	50 mn	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°18 MME T 82 ANS.WMA
Entretien N° 19	M	1 h 55	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°19 MME M 83 ans.WMA
Entretien N° 20	J	1 h 05	MARSEILLE PERSONNES AGEES\ENTRETIEN N°20 MME J 75 ANS.WMA

ANNEXE 11

Entretien avec Madame I, 84 ans, La-Ciotat : Quartier
centre-ville

ENTRETIEN DE MADAME I, 84 ANS

La-Ciotat : Quartier centre-ville

Re transcription d'un entretien avec la population cible

Enquêteur : Bonjour, et merci de me recevoir, nous sommes un groupe d'étudiants en Ingénierie Sociale et nous réalisons une étude sur la Commune de la Ciotat. Je souhaiterais que notre entretien porte sur la vie, les besoins des Ciotadens, et notamment des personnes âgées, si vous le voulez bien ?

Madame I : Mais je vous en prie, bien sûr, c'est avec plaisir.

Enquêteur : Alors depuis combien d'années vivez-vous à la Ciotat ?

Madame I : Je vis à la Ciotat depuis 1946, cela fait 67ans, nous sommes venus avec mon mari d'Egypte pour trouver du travail, il a été embauché tout de suite au chantier naval et nous avons fondé notre famille, nous étions bien c'est une ville agréable.

Aujourd'hui, il y a un gros changement, il y a des constructions partout, dès qu'une maison se vend on met un immeuble, ils le font parce qu'il y a des gens qu'ils viennent s'installer mais nous on reconnaît plus la Ciotat dans cette explosion.

Enquêteur : Avez-vous des enfants, des petits-enfants ?

Madame I : Non, j'ai des neveux, des nièces mais je n'ai pas d'enfant.

Enquêteur : Avez-vous été mariée ?

Madame I : Oui mais pas longtemps (rire), je vis seule aujourd'hui, enfin sans homme.

Enquêteur : Que pouvez-vous dire de votre vie à la Ciotat aujourd'hui, est ce que vous vous y sentez bien ?

Madame I : Oui je vis bien à la Ciotat, simplement je trouve que les rues sont sales, enfin elles sont devenues sales. Vous voyez chez moi, pourtant c'est un passage où il y a l'école

de Maltant et bien ce n'est jamais balayé, et je ne vous dis pas quand les arbres perdent leurs feuilles, les papiers qui volent avec le vent. Je me dis quand même, c'est une rue où les enfants vont à l'école ! Sinon, j'habite une petite maison avec un petit jardin, je m'y sens bien simplement, je ne peux pas rentrer la voiture parce que le passage est trop étroit, alors je suis obligée de me garer ailleurs.

Enquêteur : Donc vous conduisez toujours ?

Madame I : Oui je conduis, j'ai une voiture, je me gare derrière les écoles, j'ai 84 ans, en septembre j'aurais 85 ans (rire).

Enquêteur : Vous trouvez facilement une place, vous n'avez pas trop de problème ?

Madame I : Si avec les voisins un petit peu, depuis que les anciens sont ne plus là, alors tout ce qui est nouveau, je dérange peut-être un peu.

Enquêteur : Pourquoi ?

Madame I : Ben parce que, j'en sais rien, c'est-à-dire que depuis que j'ai été opéré depuis des années, je sors moins et je ne prends la voiture que pour aller aux courses. Donc je ne déplace pas beaucoup ma voiture, ou alors parfois je me remets à la même place, alors on a l'impression que je ne bouge pas. Ça fait le quatrième rétro que je fais mettre, on m'a même fauché plus d'une fois les balayettes, les essuies glaces, ça c'est tous les nouveaux et même une fois j'avais un mot sur le pare-brise comme quoi je gênais et que je prenais la place de tout le monde, ce n'était pas gentil ça, je dérange certains voisins.

Enquêteur : Oui on peut dire que vous êtes bien à la Ciotat avec des petits désagréments, vous avez quel type de logement ?

Madame I : J'ai un petit trois pièces, cela me va. Je n'ai pas d'escalier, je suis bien.

Enquêteur : Pensez-vous avoir les ressources suffisantes pour subvenir à vos besoins ?

Madame I : Vous savez la vie est très dure, cela serait maintenant je ne pourrais plus voyager comme je l'aie fait, fût un temps, il y a quelques années de ça. Comme je ne sors plus, je vis normalement, pas de luxe mais je ne peux pas dire que je suis malheureuse moi, non, j'ai travaillé dur, j'ai travaillé beaucoup.

Enquêteur : Que faisiez-vous ?

Madame I : Pour commencer j'ai travaillé dans la restauration et puis ensuite j'avais 30 ans je me suis dit que la restauration cela serait difficile en vieillissant alors j'ai appris un métier, j'ai appris l'esthétique et je suis devenue esthéticienne, voilà quand on a une idée en tête il faut la tenir jusqu'au bout (rire).

Enquêteur : Et avez-vous des amis à la Ciotat, allez-vous dans des clubs ?

Madame I : Non pas du tout, je n'ai pas d'amis, et j'ai même des voisins avec qui on ne se parle pas. Je vais vous dire dans les clubs avec les vieux quelle horreur (rire).

C'est-à-dire à un moment donné, je voyageais beaucoup, j'allais chez des amis, ils habitent loin donc j'allais passer un mois avec eux. Je voyageais avec ma sœur et une amie mais depuis 2001 je ne bouge plus parce que je n'ai plus personne pour voyager avec moi. Mais dans un club de vieux je vais entendre "ho j'ai mal par ci, j'ai mal par-là", non cela ne m'a jamais rien dit, cela ne m'a jamais attiré.

Enquêteur : Oui je comprends, sinon, est ce que vous vous sentez pris en compte en tant que citoyen et en tant que personne en général ?

Madame I : Oui je me sens pris en compte, j'ai fait des réclamations, j'ai fait des demandes à la mairie, à la poste aussi ils m'aident, les gens sont courtois et serviables.

Enquêteur : Justement lorsque vous avez un problème d'ordre quotidien, de santé, de commodité à qui faites-vous appel ?

Madame I : Dans le temps, oui je connaissais un monsieur mais comme il a été malade il a arrêté son activité. Il me faisait tous les petits travaux, jardinage aussi. Maintenant je prends l'annuaire, et puis depuis que ma sœur est tombée malade, elle est venue vivre chez moi et je m'occupe de tout. Sa maison était trop isolée dans la campagne, alors que la mienne est en centre-ville, on a tous les magasins, l'hôpital à côté.

Enquêteur : Avez-vous des inquiétudes dans votre vie quotidienne ?

Madame I : Oui j'en ai (rire), vous voyez aujourd'hui peut-être moins qu'un temps mais comment dire cela, c'est que je me dis, si je viens à mourir, qui va venir à la maison si je

meurs dans la nuit, les voisins je ne leurs parlent pas. Qui va me trouver, ça c'est une inquiétude vous comprenez. C'est comme là en ce moment, je suis inquiète pour ma sœur, le jour où elle a fait un AVS j'étais présente j'ai pu lui sauver la vie puisque son mari est mort depuis un an, mais si je n'avais pas été là, elle serait morte, alors j'en ai pris un coup et je m'inquiète, c'est pour cela aussi qu'elle est venue vivre avec moi pour que nous ne soyons plus seule chacune de notre côté.

Enquêteur : Oui bien sûr, mais justement êtes-vous informés des aides, des services que vous propose la commune ?

Madame I : Oui j'ai fait un dossier pour l'aide-ménagère, et j'en ai une mais cela ne m'arrange pas parce que cela change toujours, un coup c'est le mardi, en ce moment c'est le lundi parce qu'elle remplace quelqu'un d'autre qui est malade et puis l'après-midi ça ne m'arrange pas parce que ma sœur est hospitalisée depuis une semaine donc je dois lui rendre visite mais je dois attendre que l'aide-ménagère soit passée et après cela fait tard pour moi.

Enquêteur : Alors quels types de services amélioreraient votre quotidien, qu'est-ce qu'on pourrait vous proposez ?

Madame I : Ben j'en sais rien, ben c'est-à-dire peut-être une personne qui viendrait m'aider le matin, mais pas tous les jours, parce que j'aime bien aussi être tranquille le matin (rire), parce que si je me sens obligée, je me lève mais j'ai du mal à me lever et pour aller ouvrir le portail, alors je me dis dépêche-toi elle va arriver alors ça, cela me fatigue beaucoup. En fait c'est beaucoup de contraintes, on dit que j'ai mauvais caractère pour ça (rire).

Mais sinon je suis bien à la Ciotat, j'ai tout sur place mais je ne sors pas aux manifestations, cinéma parce que cela fait trop tard pour moi, surtout avec tout ce qui se passe en ce moment. Une personne âgée dans la rue quand il fait nuit, c'est dangereux.

Enquêteur : La mairie propose un service animation le saviez-vous, ils viennent vous chercher et vous ramène ?

Madame I : Oui je sais mais je n'aime pas, je me distrais toute seule, je suis dans mon petit jardin, tout l'été je suis dans mon petit jardin puis après je suis avec ma sœur, ou mon amie

de ST Raphaël parfois, elle vient me voir on se téléphone beaucoup et puis mes neveux et nièces deux, trois fois l'année, parce qu'ils habitent la région parisienne et ils ne peuvent pas venir souvent. Mais c'est pour ça que je dis que l'un dans l'autre je ne m'ennuie pas du tout, quand je suis dans le jardin je suis dehors après je rentre, je fais à manger et puis je me couche, je fais la sieste.

Avant l'été j'allais me baigner, mais maintenant il y a trop de monde, mais ils ont bien arrangé le bord de mer c'est joli, j'adore la mer.

Vous savez pourquoi je me suis installée à la Ciotat ? La première fois que je suis venue c'était dans les années 60, je suis tombée amoureuse du golf, de la plage et là je me suis dit qu'est-ce que c'est beau, je vais rester ici. J'avais déjà vu la mer mais la mer du nord parce que je suis du nord, là-bas il fait froid. Mais j'ai trouvé ce golf tellement merveilleux que je me suis dit, je vais venir habiter là et vous voyez je suis venue, sans y croire parce que c'était dans ma tête comme un rêve, mais j'y suis arrivée et du nord je suis venue au sud (rire), au début je venais en vacance et ensuite à ma retraite je suis venue m'y installer.

Voilà, vous savez ma sœur n'a pas eu de chance au niveau santé dans sa vie et moi je n'ai pas eu de chance avec les hommes, alors c'est comme ça aujourd'hui je n'en voudrais plus à mon âge, vous savez reprenez les chaussettes, faire à manger et le reste (rire) mais je suis tombée amoureuse de la Ciotat.

Enquêteur : Merci beaucoup d'avoir répondu à toutes mes questions.

Madame I : Mais de rien, si je peux aider, pensez à dire que les rues du centre-ville sont sales (rire).

ANNEXE 12

Entretien avec Madame P, 77 ans, Marseille 13014

Entretien Madame P 77 ans : 14ème arrondissement

Enquêteur : Mme X merci de me recevoir, je me représente, je suis M Maunier et je suis ici aujourd'hui, dans le cadre d'une formation en vue de l'obtention d'un diplôme en ingénierie sociale pour lequel je réalise actuellement une étude sur les conditions de vie des personnes âgées de plus de 75 ans dans les quartiers nord de Marseille.

Madame P : Ouais ce n'est pas drôle....

Enquêteur : Depuis combien de temps vivez-vous à Marseille

Madame P : Oh là là que je vis à Marseille c'a fait plus de 50 ans,

Enquêteur : 50 ans ! En effet et vous êtes marseillaise ?

Madame P : Non, mon mari, le pauvre était marseillais

Enquêteur : Votre mari était marseillais et vous non d'accord. Et vous vous venez d'où alors

Madame P : Du Maroc

Enquêteur : Du Maroc ah oui en effet vous avez traversé la méditerranée

Madame P : Bien mon père était militaire de carrière, le pauvre il était décédé quand je suis rentrée mais, donc il avait été muté au Maroc et je suis née là-bas (sourire).

Enquêteur : Donc vous êtes née là-bas, d'accord, ok...

Madame P : Je suis restée 27 ans là-bas...

Enquêteur : Donc vous êtes restée 27 ans au Maroc puis vous êtes venue en France ?

Madame P : Oui comment dirais-je ... en Algérie quand il y a eu tous ces machins... au Maroc c'était moins, c'était moins violent, mais quand même on euh on nous... je travaillais au moment de renouveler le contrat, il le faisait plus et comme j'étais enceinte

de ma première j'ai dit il vaut mieux entrer avec un bébé encore au chaud qu'un bébé sur les bras. Mais je vous dis pas ce que l'on a bavé quand on est rentrés...

Enquêteur : J'imagine ce n'est pas simple ...

Madame P : Oh là là,

Enquêteur : Quelle est votre situation de famille aujourd'hui ?

Madame P : Je suis veuve

Enquêteur : Donc vous êtes veuve et depuis combien de temps ?

Madame P : Ça va faire neuf ans au mois de novembre

Enquêteur : D'accord, que pouvez-vous me dire de votre vie à Marseille aujourd'hui ?

Madame P : Bien tant que je travaillais, on vivait normalement comme tout le monde, mais après quand j'étais à la retraite avec mon mari, c'était le paradis on était tranquille et malheureusement depuis que je suis veuve ça m'est tombé tout dessus. Avant je pouvais, bons j'ai toujours eu plus ou moins des rhumatismes, je suis tombée quand même quelques fois, mais enfin... mais alors depuis que je suis veuve il m'est tout arrivé. Il est mort en 2004, en 2007 on m'a opéré de la cataracte, alors là ça m'a fait... de cet œil je n'y vois presque plus...

Madame P : Encore à la maison je me débrouille avec ma canne, mais si je sors, je ne sors pas toute seule je descends rien qu'au courrier, si je me mets devant la porte je suis éblouie il me faut quelqu'un sinon je ne peux pas...

Enquêteur : D'accord vous éprouvez des difficultés et vous avez besoin d'aide mais est-ce que vous êtes bien à Marseille ? Est-ce que vous êtes bien dans cette ville ?

Madame P : Ben oui où voulez-vous que j'aie toute seule !!! Où je serais mieux, vous savez quand on est seule on est...

Enquêteur : Vous avez des enfants !

Madame P : Bien oui mais elles ont leur vies et ... bon j'ai des coups de téléphone de temps en temps, vous savez les gosses une fois qui sont mariés hein...

Enquêteur : Trouvez-vous la ville accueillante et où avez-vous vos habitudes, où faites-vous vos courses ?

Madame P : Ben la ville avant c'était accueillant, maintenant ça se dégrade et mes courses je les faits en bas quand il y a mon aide-ménagère. Avant avec mon mari on allait en voiture... Je ne sais pas conduire

Enquêteur : D'accord c'est votre mari qui vous accompagnait faire les courses et vous y alliez ensemble

Madame P : Oui on y allait ensemble

Enquêteur : Lorsque vous dites ça s'est dégradé, c'est général, c'est votre environnement, le quartier, c'est la ville qu'est ce qui se dégrade ?

Madame P : C'est le quartier

Enquêteur : C'est le quartier qui se dégrade ?

Madame P : Bien oui avant y avait que des, que des... comment ça s'appelle euh des propriétaires, ils ont vendu, ils ont vendu je sais pas à... je sais pas à qui, je ne sais pas si c'est à Marseille Habitat ou je ne sais pas quoi. Alors ils ont vendu à n'importe qui dedans, ça fait des gosses ça fait même pas attention, ils sont bons qu'à prendre les allocations familiales et les gosses y traînent dans la rue jusqu'à... alors quand ce n'est pas les gosses qui crient qui hurlent dans la journée, c'est la nuit les jeunes, les adolescents, à moi personnellement touchons de bois... j'ai été même agressée m'enfin... il y a deux ans de ça j'ai été agressée.

Enquêteur : C'est pour cela que vous ne sortez pas toute seule, vous ne sortez plus qu'avec l'aide à domicile maintenant pour vos courses?

Madame P : C'est pour ça qu'il me la faudrait de plus en plus souvent, encore qu'il me la faudrait parce que je suis vraiment enterrée vivante ici hein c'est-à-dire je suis bien mais...

Enquêteur : Oui vous vous sentez enterrée vivante quoi ...

Madame P : Oui exactement, si vous saviez combien de fois j'ai le cafard oh là là. Je suis tellement démoralisée que vous savez des fois on dirait que j'attends quelqu'un, manque de pot il vient personne !... c'est dur la solitude...

Enquêteur : Vous souffrez de solitude ...

Madame P : Oui Je peux plus rien faire moi-même, et quand je fais tomber quelque chose selon ce que c'est je ne peux même pas ramasser et quand je me baisse pour le ramasser je suis dépassé, du reste je suis tombée plusieurs fois comme ça en voulant ramasser quelque chose...

E Madame P : n voulant ramasser quelque chose et oui... oui parce qu'automatiquement je perds l'équilibre, je perds beaucoup d'équilibre, je n'ai pas de vertiges mais je perds l'équilibre. Alors j'ai peur...

Enquêteur : J'ai oublié de vous demander votre âge...

Madame P : Je suis né en 1936 j'aurais 77 ans au mois d'aout

Enquêteur : Vous avez passé un siècle intéressant hein ?

Madame P : Du temps de ma jeunesse c'était mieux

Enquêteur : Ah oui, bien oui malheureusement la vie évolue

Madame P : Franchement, les années 50 c'étaient du tonnerre

Enquêteur : Oui les années d'après guerres, les années où il n'y avait pas de chômage, où tout le monde travaillait où les liens se tissaient facilement dans les milieux ouvriers, vous faisiez quoi comme travail ?

Madame P : Je travaillais dans une grande pharmacie à Casablanca c'était plutôt un dépôt de pharmacie et moi j'étais au service de la chirurgie, c'est-à-dire mon patron euh mon chef de service s'occupait des instruments de chirurgie, et moi je m'occupais à faire les devis, les factures...

Enquêteur : Oui vous étiez dans l'administratif quoi...

Madame P : Voilà, pour alimenter toutes les pharmacies...

Enquêteur : Et quand vous êtes arrivée en France, vous avez trouvé du travail ?

Madame P : Ben quand je suis arrivée en France ils n'ont pas, comment dirais-je... euh redonné une place ici, J'étais enceinte de six mois je vous dis pas ce que l'on a bavé... Mon mari et moi à l'époque on a été dégoutés...

Enquêteur : Vous avez retrouvé une activité professionnelle en France ou...?

Madame P : Oui, j'ai travaillé jusqu'en... attendez jusqu'en 80 et quelques... j'ai travaillé. Et après comme y avait plus de boulot, je faisais de l'intérim un peu ...

Enquêteur : Eh bien quel parcours ... pensez-vous avoir les ressources suffisantes aujourd'hui pour subvenir à vos besoins ?

Madame P : Grâce à mon mari, je ne roule pas sur l'or, heureusement qu'on a malgré que c'est un quartier pourri maintenant, on avait acheté l'appartement dans un sens tant mieux, parce que si je devais payer un loyer je ne pourrais pas... faudrait que j'aille vivre chez mes enfants et ça...

Enquêteur : D'accord, ça veut dire que vous avez des ressources relativement faibles malgré le fait que vous êtes propriétaires ?

Madame P : Ah oui je ne roule pas sur l'or hein...

Enquêteur : Quel type de logement vous occupé là ?

Madame P : C'est un T3

Enquêteur : Ok c'est un T 3 et quels sont les nuisances agréments ou désagréments de votre quartier ?

Madame P : Ben je vous l'ai dit tout à l'heure ce sont les enfants, enfin pas tout à fait les enfants qui... les enfants ce n'est pas grave, c'est plutôt les adolescents... Et puis ces derniers temps ils viennent et j'ai peur de sortir dans la journée...

Enquêteur : Vous avez peur de sortir ?

Madame P : Oui parce que dans la journée ils sont là plus ou moins mais paraît-il que le soir ils se mettent où au dernier étage où en bas et ils fument et vendent du shit et tout le bataclan...

Oui ce sont les trafics de...

Ça fait peur, ça fait peur je vous dis-moi, il y a deux ans de ça, c'était en, c'était au mois de juillet je crois, j'avais tout ouvert pas comme maintenant j'avais chaud oh je vais sortir un petit peu. Je prends ma canne je descends, j'arrive en bas sur le palier devant, devant l'entrée, il y avait un peu de soleil j'étais bien, il y avait que des petits qui jouaient, je me suis dit tout à l'heure tu vas recevoir un coup de ballon tu vas voir. Je suis restée en tout et pour tout, dix minutes alors je me suis dit je remonte qu'est-ce que je fais là. Alors je rentre dans mon immeuble j'appelle l'ascenseur, le temps même que l'ascenseur descende, il arrive, je monte je ré appuis pour monter au 11ème et juste quand je ré appuis j'entends Madame, Madame, alors je lui dis excusez-moi je vous ai pas vu. Un jeune d'une vingtaine d'année par là, il n'a même pas dit bonjour ni rien, il s'est mis derrière moi et moi je ne me suis pas méfiée. Je sors de l'ascenseur encore je lui dis au revoir, je mets la clé dans mon, dans ma serrure, j'avais la clé dans ma poche, quand je mets la clé dans la serrure je reçois un coup sur la tête, je me suis évanouie. Il m'a trainé, à moitié évanouie il m'a trainé dans la maison heureusement qu'il a pas fermé la porte, il m'a trainé jusqu'à ma chambre, du coup j'avais mes pantoufles qui sont restées devant la porte et il me disait... et moi je disais j'ai rien, laissez-moi, laissez-moi il me disait tait toi tait toi, c'est tous ce que j'entends, c'était un noir, heureusement que ma voisine est arrivée parce que je sais pas s'il allait me tuer. Elle a vu mes, mes pantoufles devant la porte et des traces de sang, elle est rentrée, elle, elle est rentrée par là et lui il a fait le tour par la cuisine, si elle n'arrivait pas il me tue, alors depuis je vous dis pas la peur que j'ai de sortir...

Enquêteur : A oui bien sûr, bien sûr, c'est normal oui en effet...

Madame P : Et depuis il y en a eu des agressions dans l'immeuble...

Enquêteur : Donc vous avez peur il y a eu beaucoup d'agression dans l'immeuble ?

Madame P : Sans vous mentir, en moins de trois mois il y en eu au moins quatre ou cinq...

Enquêteur : Dans ce contexte est-ce que vous vous sentez prises en compte en qualité de citoyen, en tant que personne de façon générale ?

Madame P : Comment prise en compte ?

Enquêteur : Est-ce que vous vous sentez prise en compte dans vos difficultés ?

Madame P : Ben ma foi un petit peu quand même

Enquêteur : Un petit peu ?

Madame P : Oui parce que heureusement que j'ai mon aide-ménagère, si je l'avais pas je suis perdue, j'aimerais bien l'avoir plus souvent, parce que oh lala...

Enquêteur : C'est important en fait, c'est le seul lien en fait qui vous reste avec l'extérieur ?

Madame P : Exactement, si elle ne vient pas je ne peux pas sortir, alors si je l'avais bien plus souvent ça m'arrangerais bien... c'est possible ça ?

Enquêteur : Alors là, cela dépend malheureusement pas de moi parce que...

Madame P : Vous vous êtes euh vous ne venez pas de la part du conseil général ?

Enquêteur : Non, non pas du tout, comme je vous l'ai dit au début de notre entretien je réalise une étude...

Madame P : C'est la mémoire du temps ?

Enquêteur : Oui c'est grâce à la mémoire du temps que je suis venu vous voir...

Madame P : Vous êtes médecin ?

Enquêteur : Non pas du tout, je suis en formation je suis étudiant en fait sur un diplôme d'ingénierie sociale ce que je vous ai dit au début de notre entretien...

Madame P : Ah d'accord !

Enquêteur : Voilà donc je réalise un mémoire et dans le cadre de ce mémoire, je réalise cette étude et je m'intéresse aux personnes âgées de plus de 75 ans et à leurs difficultés quotidiennes. Alors ce n'est pas parce que je vais réaliser ce mémoire que ça va changer ou impacter votre vie quotidienne, il ne va pas avoir d'incidences. Les politiques publiques aujourd'hui sont ce qu'elles sont et compte tenu des restrictions budgétaires qui frappent tous les secteurs, je vous donnerais de faux espoirs en vous disant que cela va s'améliorer...

Madame P : Ça je sais bien...

Enquêteur : Donc vous vous sentez seules ici, vous m'avez parlé de vos enfants, votre famille est loin c'est ça ?

Madame P : Non ils ne sont pas loin, ils sont sur Marseille mais...

Enquêteur : Ils sont sur Marseille, et vous avez combien d'enfants ?

Madame P : J'ai trois filles, mais elles travaillent toutes alors...

Enquêteur : Vous avez trois filles, elles travaillent toutes et résident sur Marseille, elles viennent vous voir régulièrement ou pas ?

Madame P : Oh vous savez non pas tellement, elles me téléphonent...

Enquêteur : D'accord et avec vos voisins

Madame P : Quoi, ma foi ils sont sympas...

Enquêteur : Vous avez quand même des relations, vous vous voyez ?

Madame P : Oui Il faut que je descende pour les voir mais enfin...

Enquêteur : Sur le palier vous n'avez personne ?

Madame P : Non disons que je ne vais pas chez eux vous voyez, on se voit comme ça, par exemple la femme qui habite au rez-de-chaussée, de temps en temps je descends, je vais faire un brin de causette avec elle.

Enquêteur : Et vous n'avez pas d'activités culturelles, religieuses, de loisir ?

Madame P : Et non parce que je ne peux pas sortir comme je veux si non j'aimerais bien, mais comment faire ? Si je n'ai pas quelqu'un qui m'accompagne je ne peux pas. Pourtant ça me plairait bien d'aller à droite à gauche, de sortir, mais comment faire ?

Enquêteur : Avec l'association vous ne sortez pas avec le dispositif sortir plus ?

Madame P : Non pourquoi, ils ont un truc sortir plus ?

Enquêteur : Vous êtes retraitée de quel régime, à quelle caisse ?

Madame P Oui je reçois les catalogues euh, ce n'est même pas de l'association, où ils disent il y a ça à voir et tout ça, mais si je ne suis pas accompagnée je ne peux pas sortir.

Enquêteur : Quels sont les événements qui vous ont marqué le plus ?

Madame P : C'est ce que je vous ai dit, ce qui m'a marqué le plus c'est quand on est rentré en France

Enquêteur : Donc c'est votre arrivée ici ?

Madame P : Vous savez j'ai été malheureuse, j'ai dit mon Dieu jusqu'en dernier ils m'ont fait courir à la Rouguière alors que j'étais enceinte de six mois ils m'ont fait courir à la Rouguière pour soit disant avoir droit à l'accouchement et presque à terme que j'en pouvais plus de monter, ça grimpait je ne sais pas si vous connaissez ?

Enquêteur : Oui

Madame P : Et quelques jours avant d'accoucher on me dit non madame vous n'avez pas droit à l'accouchement parce que votre mari n'est pas un homme qui travaille en France. Moi j'ai dit comment ! On vient de rentrer... et ben non moi j'ai payé tout de ma poche, heureusement que je suis restée que trois jours à la clinique à Beauregard. Je me rappelle à l'époque j'avais payé trois jours et ça faisait soixante-cinq mille francs. Je vous dis pas comme j'ai pleuré dans ma grossesse oh là là...

Enquêteur : Donc ça bien entendu c'est un évènement marquant de votre vie et de votre arrivée en France

Madame P : Puis après malheureusement je suis restée deux fois veuve, bon la première fois, avec le père de mes enfants ça n'allait plus au bout de trente-deux ans de mariage, ça n'allait plus et on a divorcé. Donc après une fois que, j'ai attendu que mes filles soient mariées, et une fois que mes filles étaient mariées trois ans après leur père est mort et moi entre temps j'ai connu l'oncle de ma cadette il était veuf et tout ça bon on s'est mis ensemble on s'est marié et le pauvre, lui c'était un ange, je souhaite que tous les hommes soient comme ça. Malheureusement on est resté douze ans mariés et au bout de douze ans il est mort, il a eu le cancer du côlon, ça fait maintenant neuf ans qu'il est mort. Si vous saviez comme je le pleure, il me manque ce n'est pas croyable.

Enquêteur : C'est normal, ça ce comprend, le départ d'un être cher ce n'est pas facile à vivre et maintenant que vous êtes seules, qu'elles sont vos inquiétudes aujourd'hui dans votre vie quotidienne?

Madame P : J'ai peur que mon état de santé ne s'aggrave c'est ça que j'ai peur, si non ma fois pour le reste on fait avec.

Enquêteur : Et lorsque vous avez des problèmes d'ordre quotidien, que ce soient des problèmes de santé, de commodité, vous vous adressez à qui ?

Madame P : Pour la santé, j'appelle mon médecin

Enquêteur : Il est réactif, il vient rapidement ?

Madame P : Oui encore hier je suis allée le voir, j'ai profité qu'il y avait mon aide-ménagère elle a la voiture, j'avais demandé exprès et elle m'a emmené.

Enquêteur : Et est-ce que vous êtes informée des aides et des services qui peuvent vous être proposées, par la mairie, le département, l'état ?

Madame P : C'est-à-dire ?

Enquêteur : Et bien vous avez une aide à domicile qui vient de La Mémoire du temps, mais comment avez-vous su que vous pouviez éventuellement bénéficier de cette aide ?

Madame P : Et bien c'est ma fille la plus jeune qui s'en est occupée

Enquêteur : D'accord, mais vous autrement, vous connaissiez ces aides ou non ?

Madame P : C'est-à-dire que tant que je n'en ai pas eu besoin, je ne m'y étais pas intéressée mais maintenant je suis contente,

Enquêteur : Donc heureusement que votre fille était là à ce moment-là ?

Madame P : Oui, bon c'est-à-dire que si elle n'avait pas été là je me serais débrouillée, ce n'est pas simple mais je ne suis pas bête j'ai toute ma tête, mais comme je sortais plus c'est difficile pour moi de faire des démarches.

Enquêteur : Vous n'avez pas d'ordinateur vous n'utilisez pas internet ?

Madame P : Non mais je le regrette

Enquêteur : Ah cela vous plairait de faire de l'informatique ?

Madame P : Oui cela me plairait bien, ben j'ai toujours travaillé dans les bureaux alors...

Enquêteur : Vous utilisez les services d'une association, vous n'avez pas d'autres besoins que celui du ménage et de l'accompagnement comme vous me l'avez expliqué tout à l'heure ? Sachant que ce qui vous manque le plus c'est de pouvoir être accompagnée pour sortir de votre domicile et de votre environnement. Mais avez-vous d'autres services mis à votre disposition comme la téléassistance ou autre ?

Madame P : Non je n'ai pas de téléassistance, j'ai mon portable comme je suis tombée à plusieurs reprises, le téléphone je l'ai toujours sur moi, alors j'appelle les voisines si j'ai un problème, comme ça m'est déjà arrivé, parce que malheureusement si je tombe je ne peux plus me relever. C'est atroce ça hein !

Enquêteur : Et oui bien sûr, bien sûr ce n'est pas simple et pour les repas, votre nourriture, c'est vous qui cuisinez ?

Madame P : Non je me fais livrer aussi par une société, ça m'arrange bien que quelque fois je me cuisine des trucs, mais c'est surtout que je peux plus sortir pour m'acheter des produits frais.

Enquêteur : J'ai bien compris que pour vous ce qui pose problème pour vous c'est votre solitude

Madame P : Exactement

Enquêteur : Mais est-ce que vous vous sentez isolée ?

Madame P : Bien entendu, ce qui me manque c'est de pouvoir sortir et d'avoir des liens avec l'extérieur

Enquêteur : Bien, et en dehors de ces services d'accompagnement à l'extérieur quels seraient les services qui amélioreraient votre vie quotidienne ? Que souhaiteriez-vous d'autre ?

Madame P : Et bien ce sont les sorties et les voyages, avant avec mon mari on partait souvent mais depuis qu'il est plus là je ne sors plus je fais plus rien, je ne vois rien d'autre.

Enquêteur : Bien écoutez merci de m'avoir accordé cette entretien, merci de votre accueil, en espérant que les choses évoluent pour vous en ce qui concerne votre désir de sortir de chez vous et d'être accompagnée, parlez-en à votre association. Encore merci pour votre accueil et au revoir.

ANNEXE 13

Représentants d'associations d'usagers pour l'ARS et
l'ANESM.

Représentants d'associations d'usagers pour l'ARS

1. Représentants d'une association de patients agréée au niveau national ou régional – Michel LECARPENTIER (Titulaire) - Philippe HANRIAT (Suppléant)
2. Représentants d'une association œuvrant pour les personnes handicapées – Alain MONOT (Titulaire) – Sophie MARCATAND (Suppléant)
3. Représentants d'une association œuvrant pour les personnes âgées.- Jean MANCHON (Titulaire) – Claude HUGUES (Suppléant)

Représentants d'usagers pour l'ANESM

Pascal CHAMPVERT, Directeur de la résidence/servie Abbaye bord de Marne, désigné par le Comité national des retraités et personnes âgées (CNRPA) ;Suppléant : Claudy JARRY ;

Jean-Marie BARBIER, Président de l'Association des paralysés de France (APF), désigné par le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) ;

Jean-Marie MULLER, Directeur général de l'institut JB Thierry, Fédération nationale des associations d'entraide des personnes accueillies à la protection de l'enfance (FNADEPAPE) ; Suppléante : Angèle FOLLEVILLE ;

Jean-Claude JAMOT, retraité, Médecin honoraire, Les Aînés ruraux Fédération nationale, vice-président de la section "Personnes âgées" du COS ; Suppléante : Janine DUJAY ;

Marie-Odile DESANA, Présidente de l'Association France Alzheimer ; Suppléante : Catherine OLLIVET ;

Marcel HERAULT, président de la Fédération française Sésame Autisme ; Suppléant : Jean-Louis AGARD, Vice Président de la fédération française Séame-Autisme ;

Danièle LANGLOYS, Présidente Autisme France ; Suppléante : Jacqueline MANSOURIAN-Robert, déléguée Autisme France ;

Catherine WARTEL, Directrice adjointe de la Direction qualité, Association des paralysés de France (APF) ; Suppléante : Irène CERQUETTI ;

Henriette STEINBERG, Admistrateur territorial au conseil général du Val de Marne, Secours populaire ; Suppléant : Pascal Rodier ;

Dominique MANIERE, Directeur développement médico-social, Secours Catholique ;

Suppléant : Alice MÜLLER ;

Michel FOHRENBACH, Président de l'Union départementale des associations familiales (Udaf) de la Marne, Union nationale des associations familiales (Unaf) ; Suppléant : Christian-Jacques MALATIA ;

Huguette BOISSONNAT PELSAY, dentiste, Bénévole Association ATD quart-monde ; Suppléante : Marie-Agnès IUNG ;

Michèle DRIOUX, Administratrice de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) ; Suppléant : Jean CANNEVA

Régine CLEMENT (suppléante), Trisomie 21 France ;

Claude FINKELSTEIN, Auditeur comptable, Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy) ; Suppléant : Patrick GAILDRY ;

Philippe LEMAIRE, Directeur du centre d'accueil pour les demandeurs d'asile, France Terre D'asile ; Suppléante : Véronique LAY.

NOM : MAUNIER	PRENOM : Bernard	DATE DE SOUTENANCE : Décembre 2013
FORMATION : DIPLOME D'ETAT D'INGENIERIE SOCIALE		
TITRE : La prise en charge des personnes âgées par la société, entre maintien à domicile et assignation.		
<p>RESUME : Les politiques publiques en direction des personnes âgées démontrent historiquement la difficulté de sortir d'une vision binaire de la vieillesse entre autonomie et dépendance. Au-delà et plus récemment, elles reposent culturellement sur une conception d'un bien vieillir idéal qui vaudrait pour tous. L'étude des concepts sensés définir les contours de la vieillesse démontrent leur absence de fiabilité. L'étude comparée des discours sur la vieillesse et sur ses représentations montre des oppositions fortes entre chercheurs, acteurs institutionnels, acteurs de terrain et les personnes âgées. Nous avons noté que ce qui fait débat c'est l'inadaptation des politiques publiques qui portent le poids d'un ancrage dans le champ sanitaire, ayant de surcroît un souci gestionnaire, à une réalité de terrain faite d'individualités qui appellent des réponses personnalisées. Cette inadaptation se double d'un paradoxe, entre une vision injonctive quant à la place des usagers et la réalité de la mise en œuvre de cette injonction. Nous avons cherché à comprendre ces oppositions et ce paradoxe et en quoi leur compréhension pourrait contribuer à alimenter une réflexion vers une nouvelle approche de la vieillesse. Nous mettons en évidence l'importance de la prise en compte de la parole des personnes âgées et en même temps la complexité du recueil d'une expression directe. Nous concluons sur une nécessaire contribution pluridisciplinaire pour faire évoluer notre culture dans son approche du vieillissement. Nous préconisons d'étudier de nouveaux modes de consultation du public des personnes âgées et de valoriser les initiatives locales et de proximité porteuses de changement de nos représentations de la vieillesse.</p>		
MOTS CLES : Personnes âgées, vulnérabilité, domicile, dépendance, autonomie.		
NOMBRE DE PAGES : 96	Volume(s) annexé(s) : 0 <input type="checkbox"/> - 1 <input type="checkbox"/> - 2 <input type="checkbox"/>	
<p>CENTRE DE FORMATION : Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée Europôle Méditerranéen de l'Arbois, BP 50099 13793 AIX-EN-PROVENCE cedex 3</p>		