



HAL
open science

Résidents et personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : création ou recréation de liens spécifiques en milieu rural

Cécile Lagarde

► **To cite this version:**

Cécile Lagarde. Résidents et personnel en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : création ou recréation de liens spécifiques en milieu rural. Sociologie. Université Bourgogne Franche-Comté, 2019. Français. NNT : 2019UBFCH022 . tel-02484253v2

HAL Id: tel-02484253

<https://theses.hal.science/tel-02484253v2>

Submitted on 26 Feb 2020

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

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

THESE DE DOCTORAT DE L'ETABLISSEMENT UNIVERSITE DE BOURGOGNE-
FRANCHE-COMTE

Ecole doctorale SEPT (Sociétés, Espaces, Pratiques, Temps) n° 594

Laboratoire Centre Georges Chevrier, UMR 7366

Doctorat de sociologie

par

Cécile Lagarde

Résidents et personnels en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
(EHPAD) : création ou recréation de liens spécifiques en milieu rural

Directrices de thèse :

Michèle Dion et France Mourey

Thèse présentée et soutenue à Dijon, le 30 septembre 2019

Composition du jury :

Monsieur Herreros Gilles, Président du jury

Professeur des universités en sociologie, université Lumière Lyon 2

Madame Le Borgne-Uguen Françoise, rapporteur

Professeur des universités en sociologie, université de Bretagne Occidentale

Madame Dion Michèle, Directrice de thèse

Professeur émérite de démographie, université de Bourgogne-Franche-Comté

Madame Mourey France, co-Directrice de thèse

Professeur des universités en Sciences et techniques des activités physiques et sportives,
université de Bourgogne-Franche-Comté

A ma mémé

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à mes deux directrices de thèse pour leur soutien, leurs conseils d'exception et leur sollicitude inconditionnelle. Les temps de partage durant cette recherche m'ont énormément apporté scientifiquement, professionnellement et humainement. J'espère qu'ils pourront se poursuivre.

Je souhaite également remercier, très sincèrement, toutes les personnes rencontrées en EHPAD, résidents, professionnels, familles qui ont accepté de m'ouvrir leur porte et, souvent, leur intimité.

Ma gratitude va également aux ingénieurs d'étude pour leur appui technique et à ma sœur pour sa relecture attentive et minutieuse.

Je remercie enfin ma famille, mes enfants et mon conjoint pour leur aide et leur patience. Sans eux, ce travail n'aurait pas été possible.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE – GENERALITES	9
1. Délimitation du champ d'étude, le milieu rural : une approche de mondes multiples	10
1.1 Evolution des représentations ville/campagne	10
1.2 Evolution des définitions géographique et statistique de l'espace rural en France	14
1.3. Sociologie rurale ou sociologie du rural ?.....	26
1.4. Une évolution des définitions et des champs conceptuels qui suit les mutations socio-démographiques de l'espace rural français.....	29
Conclusion.....	35
2. Vieillesse et vieillesse en milieu rural.....	37
2.1 Données sociodémographiques générales	37
2.2 Le vieillissement, un processus physiologique, social et identitaire	48
2.3 Les différents types de populations âgées en milieu rural.....	86
Conclusion.....	102
3. Les hébergements pour personnes âgées.....	105
3.1 L'évolution de l'hébergement et de la prise en charge des personnes âgées.....	105
3.2 Aujourd'hui, une pluralité d'accueil, liée à une évolution importante de la législation, elle-même reflet de profondes mutations sociétales.....	122
3.3 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en milieu rural.....	150
Conclusion.....	174
DEUXIEME PARTIE – ANALYSE.....	182
1. Méthodologie.....	183
1.1 Sociologie compréhensive et approche ethnographique.....	183
1.2. Le choix des entretiens	189
1.3. Entretiens et postures vis-à-vis du discours des personnes	191
2. Parcours de recherche et constitution des données.....	199
2.1 Choix du lieu de l'étude	199
2.2 Constitution du corpus.....	200
3. Problématisation, société rurale, culture rurale ? Des manières différenciées d'appréhender la vieillesse et vieillissement	206
3.1 Un monde rural ?.....	207
3.2 Des vieillesse et un vieillissement spécifiques	211
4. L'entrée en établissement, choix, non-choix ou contrainte ?	213
4.1 Les facteurs de risque d'entrée en institution, données générales	213

4.2 Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?	217
4.3 Prise de risque, quels choix ?	218
4.4 Une entrée en tension	225
5. Conditions de vie et de travail en EHPAD rural	233
5.1 Les processus d'intégration des personnes âgées en établissement d'hébergement.....	233
5.2 Vie quotidienne, modes de sociabilités et de solidarités en établissement.....	257
5.3 Des modalités spécifiques d'exercice de l'activité professionnelle	316
Une activité professionnelle très difficile rendue plus soutenable dans le cas d'une organisation en maisonnée	333
CONCLUSION GENERALE	336
BIBLIOGRAPHIE	345
TABLE DES TABLEAUX	360
TABLE DES CARTES	361
TABLE DES GRAPHIQUES	362
ANNEXES	363
Listes des annexes	363
Annexe 1 : cartes par typologie	364
Annexe 2 : Migrations résidentielles des retraités.....	369
Annexe 3 : part et nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en Bourgogne.....	370
Annexe 4 : quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques de vieillesse en France	374
Annexe 5 : présentation de l'enquête EHPA	386
Annexe 6 : présentation des différents types d'hébergement pour personnes âgées	387
Annexe 7 : tarification des établissements et aides	394
Annexe 8 : différences du coût de l'hébergement urbain-rural en EHPA	399
Annexe 9 : Evaluation du GIR et du PATHOS	400
Annexe 10 : catégories professionnelles détaillées et agrégées dans les établissements pour personnes âgées	403
Annexe 11 : capacité d'accueil communale des EHPAD pour 100 personnes de 75 ans ou plus (évolution par recensement)	406
Annexe 12 : données INSEE de la commune d'implantation de l'établissement de référence.....	409
Annexe 13 – A : guide d'entretien à destination des professionnels.....	410
Annexe 13 – B : guide d'entretien à destination des élus de la commune	412
Annexe 13 – C : guide entretien à destination des familles.....	413
Annexe 13 – D : guide d'entretien à destination des résidents.....	415
Annexe 14 : questionnaire à destination des professionnels	417
Annexe 15 : présentation synthétique des résidents et du personnel de l'établissement principal..	421
Annexe 16 : services et équipements en communes rurales selon la présence ou l'absence d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (Saône-et-Loire, 2017).....	422

INTRODUCTION GENERALE

« *Il ne faudrait pas vieillir et pourtant on fait tout ce qu'on peut pour y arriver.* »

(Madame Tendière, 93 ans, résidente en EHPAD)

Traiter de la vieillesse et du vieillissement est une entreprise ardue car ils sont des constructions sociales au carrefour de multiples dimensions d'ordre politique, démographique, économique, physiologique, psychologique, etc. qui elles-mêmes s'appuient sur un environnement culturel et idéal spécifique selon les époques et les sociétés étudiées.

Ces notions renvoient à un grand nombre de termes (et donc de types de population), parfois équivalents, proches ou contraires. Ceux-ci relèvent des périodes considérées (vieillards, vieux), de catégories statistiques en lien avec les politiques publiques (retraités, personnes âgées, personnes âgées dépendantes) ou encore de points de vue socio-culturels (aînés, troisième âge, quatrième âge, séniors) et chacune de ces dimensions sont en interdépendance¹. Si aborder la vieillesse et le vieillissement à travers l'âge (seuil ou tranches) peut paraître de prime abord plus aisé, la réalité est beaucoup plus complexe. En France, le seuil administratif reste celui de 60 ans. Or, et premièrement, il ne correspond plus à l'âge légal de fin d'activité qui fixe le statut de retraité et les mesures et aides spécifiques à cette strate de la population. Deuxièmement, les conditions de vie (niveau de pension, maintien d'activités culturelles et sociales et état général de santé) des individus âgés de plus de 60 ans ont considérablement progressé et ces derniers n'ont plus grand-chose à voir avec leurs aînés nés quarante ou soixante-dix ans plus tôt². Aussi, si l'on interroge les sexagénaires actuels, la très grande majorité dira ne pas se considérer comme une personne âgée, telles que les qualifie la statistique

¹ A titre d'exemple le terme de quatrième âge n'a été créé que tout dernièrement pour qualifier la place croissante des personnes très âgées et qui concerne, aujourd'hui, une part significative de la population française.

² Espérance de vie des femmes et des hommes à 60 (e_{60}) et 65 ans (e_{65}) en France :

e_{60} en 2015		e_{60} en 1983*		e_{65} en 1945**	
Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
22,95 ans	27,3 ans	17,57 ans	22,56 ans	12,19 ans	14,33 ans

Source : INSEE

*1983 : passage de la retraite à 60 ans **1945 : création de la Sécurité Sociale

française. De plus, cette catégorie englobe des personnes ayant possiblement plus de quatre-vingts ans d'écart³. Or, il ne viendrait à l'idée de personne d'inclure dans une même catégorie tous les individus de 0 à 60 ans et d'en effectuer des comparaisons populationnelle, épidémiologique, sociologique ou économique. Finalement, une seule chose est sûre, c'est que le nombre de personnes âgées et la part qu'elles représentent dans la population française n'a jamais été aussi importante.

Aussi, nous avons opté pour une perspective d'analyse des processus engagés plus que d'une description d'une population aux caractéristiques foncièrement hétérogènes.

En sociologie, la vieillesse est un objet assez récent. Selon Vincent Caradec, cet intérêt tardif est dû, au fait que l'âge a longtemps été un élément périphérique aux préoccupations initiales de la discipline, une donnée biologique secondaire en comparaison des caractéristiques sociales. Toutefois, et toujours selon cet auteur : « *Au cours des quarante dernières années, la vieillesse et le vieillissement sont devenus des objets d'étude pour le sociologue car ces différents obstacles ont été progressivement levés. Tout d'abord, les centres d'intérêt de la sociologie se sont diversifiés alors que l'augmentation de la population âgée et sa désignation comme catégorie cible des politiques publiques ont attiré l'attention sur ce groupe d'âge et suscité des demandes de connaissances. Ensuite, la vision d'une société structurée en classes sociales s'est faite moins prégnante : les sociologues considèrent plus volontiers aujourd'hui que l'appartenance sociale n'est pas la seule caractéristique individuelle qui mérite d'être prise en compte. Enfin, après avoir longtemps privilégié l'analyse des faits sociaux et des structures sociales, la sociologie française s'est ouverte aux études microsociologiques, rendant ainsi possibles les recherches sur le vieillissement individuel.* ⁴»

Cette évolution a conduit au développement d'un large spectre d'analyse qui, désormais, embrasse la production de données catégorielles et statistiques, de connaissances relatives aux constructions sociales de cet âge de la vie et aux représentations sociales qui lui sont associées, aux rapports qu'elles impliquent avec les autres générations ainsi que leurs répercussions individuelles, notamment en termes de transformation du rapport au monde et à soi-même.

³ Actuellement la durée de vie maximale d'une personne (connue jusqu'à présent) est de 122 ans.

⁴ Caradec V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 2^{ème} édition, Armand Colin, Paris, 2010 [2008], p. 6.

Néanmoins, si la vieillesse et le vieillissement constituent désormais des objets à part entière de la sociologie, le nombre de travaux de recherche réalisés reste encore assez restreint⁵.

Aussi, choisir pour thème de recherche le vieillissement en milieu rural peut paraître surprenant tant il revêt, généralement, peu d'attractivité aussi bien pour les disciplines scientifiques que pour la sphère publique. D'ailleurs, lorsque nous expliquons notre sujet de thèse et, une fois passé un certain temps de suspens, les réactions sont relativement explicites : elles alternent entre l'incompréhension, le frisson et parfois l'apitoiement que l'on nous ait obligée à travailler sur une telle thématique... Car, pour la plupart, imaginer devoir passer de nombreuses heures auprès de très vieilles personnes possiblement impotentes et/ou démentes, vivant dans des institutions, installés dans de petits villages éloignés de tout, n'est guère engageant.

Le monde rural a bénéficié de nombreux travaux durant les années 1960 et jusqu'à la fin des années 1970, ceux-ci ont été conduits dans une forme d'urgence à décrire un monde en voie de disparition, ou plutôt ayant vocation à disparaître. En effet, à cette époque, l'idéologie empreinte de la culture du progrès technologique ne voyait aucun avenir au modèle socio-culturel et économique paysan tant il était éloigné des canons productivistes de la civilisation urbaine et industrielle. Aujourd'hui, entre acculturation, assimilation puis absorption, le monde rural ne servirait guère plus qu'à qualifier, en creux, une urbanisation achevée dans l'ensemble du territoire français⁶ : la modernisation agricole, le développement des mobilités et de la périurbanisation et la généralisation des standards de pratiques sociales, culturelles et économiques mondialisées en auraient sonné le glas. Actuellement certains scientifiques considèrent que ce mouvement de globalisation est achevé et qu'il n'y a plus lieu d'analyser les spécificités de cet environnement si ce n'est à travers le prisme de l'accès (essentiellement des difficultés d'accès) aux services ou des migrations (pendulaires ou de loisirs) vers les pôles urbains. Toutefois, si le monde rural était tombé en désuétude (hormis les travaux relatifs au secteur agricole et à ses actifs), il semble retrouver un regain d'intérêt depuis les années 2000, tant en termes de flux migratoires de nouvelles populations que de mobilisation ou de

⁵ Nous avons rapidement listé les sujets de thèse et pour 11 505 soutenues durant l'année 2018, moins d'une quarantaine concerne les personnes âgées et leurs conditions de vieillissement (pour l'ensemble des disciplines universitaires). Source : <http://www.theses.fr> (Mots-clefs sélectionnés : âge, âgé(es), vieillesse et vieillissement, dépendance et dépendant.)

⁶ Nous verrons plus loin que le terme rural a disparu des catégories de classification des espaces de l'INSEE au début des années 2000.

revendication citoyenne et politique, conduisant à un certain renouveau d'études dans plusieurs disciplines.

Regain d'intérêt dont les personnes âgées ne bénéficient guère. Si, comme la naissance, le vieillissement concerne tout être humain⁷ et si les démographes ont depuis longtemps prévu l'arrivée d'une cohorte de personnes âgées et très âgées (telle que la France n'en a jamais connue) et que nous entrons, au moment où nous rédigeons cette thèse, dans la période la plus importante en nombre d'individus concernés, peu sont ceux à s'y intéresser concrètement tant dans le registre scientifique que politique⁸. En effet, la vieillesse et le vieillissement sont non seulement des réalités complexes à appréhender mais également des « repoussoirs » et ce, semblerait-il, depuis toujours⁹.

Le monde des EHPAD, quant à lui, est encore moins attractif. En effet, celui-ci paraît condenser toutes les représentations négatives associées à la vieillesse et toutes les peurs qu'elles engendrent. Pour reprendre l'analyse de Pierre Pfitzenmeyer, la vieillesse suscite un grand nombre d'angoisses, certaines intemporelles et universelles, d'autres plus contemporaines. La première est celle de la mort : *« l'image du vieillissement, autant qu'on puisse ne le savoir, n'était guère plus réjouissante dans les civilisations qui se sont succédé dans les cinq ou six derniers millénaires que dans l'époque actuelle dite postmoderne. En effet, de tous temps, la marque évidente de l'avancée en âge a été le rapprochement de la mort qui, depuis la naissance de l'espèce humaine, est le fondement essentiel de l'angoisse qui l'accompagne. [...] L'angoisse de mort et son corollaire, la notion de sa propre finitude, semblent être des*

⁷ Voir partie « 2.2 Le vieillissement, un processus physiologique, social et identitaire », p. 52.

⁸ En 2017, le programme d'élection du président de la République est assez révélateur : l'âge n'est abordé qu'à travers le prisme économique des pensions de retraites. Les termes vieillesse et vieillissement sont utilisés une seule fois dans le cadre de l'évolution de l'emploi. Celui de personne âgée ou dépendante est absent.

⁹ A titre d'exemple, les définitions de vieux et vieilles dans le premier dictionnaire de langue française :

Vieillard : « Qui a beaucoup d'âge, qui est dans la vieillesse. On appelle vieillard, un homme depuis quarante ans jusques à soixante et dix. [Les vieillards sont d'ordinaire soupçonneux, jaloux, avarés, timides, chagrins, causeurs, se plaignant toujours.] »

Vieille : « On appelle une femme vieille depuis quarante ans, jusques à soixante et dix. [Les vieilles sont fort dégoûtantes. Vieille décrépité. Vieille ratatinée.] »

Source : Richelet P., Dictionnaire françois, contenant les mots et les choses, plusieurs nouvelles remarques sur la langue françoise, J.-H. Widerhold (Genève), 1680, p. 528.

caractéristiques essentielles de l'espèce humaine. ¹⁰» Pour tenter de s'en prémunir, les hommes et les femmes ont créé des rites, des sortilèges, des religions, etc. sensés garantir une prolongation, une éternité, dont les archéologues trouvent les traces dès les débuts de l'histoire humaine. Apparemment, en la matière, notre espèce n'a guère évolué : si les moyens pour y parvenir sont aujourd'hui différents (cryogénisation, thérapie ou reprogrammation cellulaire, conquête d'exoplanète, etc.) l'objectif n'en reste pas moins le même.

L'autre représentation négative¹¹ associée invariablement à la vieillesse est celle du déclin : des aptitudes physiques et intellectuelles, des capacités de production et d'autonomie. Ces notions sont particulièrement centrales dans notre société actuelle et elles impliquent une responsabilité individuelle quant à leur protection et leur préservation. Or, les personnes âgées vivant en institution sont en dehors de tous ces canons. Pire, en étant devenues dépendantes et improductives, elles pèsent, grèvent impunément le budget de notre assurance sociale au risque de le voir s'effondrer.

En définitive, nous avons fait le choix de traiter d'un monde sensé avoir disparu où vivent des personnes sensées bientôt disparaître, dans des établissements où aucune personne sensée ne veut aller. Un lecteur avisé en valant deux, d'aucuns pourront s'en arrêter là. Toutefois, malgré ce désintérêt, ou du fait de celui-ci, il nous a paru particulièrement opportun de nous attacher à cette question. Voire, nous gageons qu'il s'agit d'un sujet tout à fait pertinent pour l'analyse sociologique et pour la compréhension plus globale des processus engagés lors de la dernière partie de la vie et pour lesquels nous sommes tous concernés à plus ou moins long terme¹².

Tout d'abord, étudier des personnes âgées en EHPAD en milieu rural permet une analyse à la croisée de nombreuses grandes thématiques de la sociologie : politiques publiques et des institutions ; articulation entre vie familiale, intime et collective ; processus d'intégration *versus* d'exclusion ; modes différenciés de sociabilisation, appréhension des normes et des déviances ; perceptions de la vieillesse et processus croisés du vieillissement ; rapport à la santé et recours aux soins ; interdépendance entre genre et vulnérabilité ; relations entre espaces de vie, appartenance(s) et modes de vie ; conceptions du travail et des modes d'organisation ; accès à l'emploi, etc.

¹⁰ Pfitzenmeyer P., Prendre soin du grand âge. Un défi pour une société plus juste, l'Harmattan, Paris 2010, p. 15.

¹¹ Nous verrons plus loin que la liste est loin de s'arrêter là.

¹² Le long terme étant espéré par la plupart des individus.

Ensuite, et selon notre point de vue, les EHPAD constituent un laboratoire quasi idéal : la vie des personnes qui y habitent et y travaillent est structurée selon des temps, des rôles et des fonctions précis et dans un espace circonscrit. Bien sûr, on ne parlera pas de possibilité de contrôler les paramètres comme dans un laboratoire expérimental mais, la stabilité, voire la permanence, dans ce type de structure offrent au chercheur des conditions très favorables : les rendez-vous sont faciles à organiser car le personnel connaît bien les résidents et peut rapidement orienter vers celles et ceux qui correspondent aux critères d'inclusion. Les personnes âgées, quant à elles, sont, pour la plupart, promptes à rendre service surtout si la demande consiste à passer du temps à discuter, car le temps est souvent ce dont elles disposent le plus. Les entretiens constituent des parenthèses, généralement bienvenues, dans des journées bien longues à attendre le repas ou la visite d'un proche. Aussi, il suffit souvent simplement de frapper à une porte pour se voir offrir tout ce dont le chercheur a besoin. Mieux, d'une fois sur l'autre, et hormis certaines maladies ou incidents, on peut retrouver les mêmes personnes, ce qui nous fût particulièrement utile car nous souhaitions apprécier comment la perception de leur vie en institution évoluait.

De plus, ces établissements regroupent des individus dont le stade de vieillesse et leurs conditions de vieillissement sont très variés et permettent d'appréhender non seulement cette très grande diversité en un seul lieu, mais également d'y observer « *in vivo* » les processus sociaux engagés durant cette étape de la vie. Comment les résidents se réorganisent-ils dans les espaces collectifs et celui, plus privé, de leur chambre ? Comment construisent-ils leurs relations avec leurs colocataires et le personnel ? Comment cette période de leur vie s'inscrit-elle dans leur histoire familiale et celle de leur parenté ? Comment ces profonds changements modifient-ils leurs références identitaires et sociales, leur rapport au monde et la place qu'ils y occupent ?

Enfin, une première période d'immersion dans ce monde à part et à part entière nous avait permis de nous détacher de la vision misérabiliste de ces vieilles personnes venant terminer leur existence en établissement et des professionnels qui les accompagnent dans cette dernière partie de leur vie. Durant cette expérience, nous avons pu observer plusieurs décalages entre les représentations associées à cette population et les personnes que nous avons rencontrées. Curieuse d'approfondir les différents éléments repérés, il nous a paru alors évident de poursuivre ce travail.

Notre sujet nous situe clairement du côté du point de vue des personnes. L'utilisation du terme création ou recreation dans le titre de notre thèse, nous positionne dans une perspective qui induit que ces individus sont encore aptes à tenir une place dynamique sur la scène sociale. Ce travail vise à proposer un regard nuancé et à appréhender, le plus justement possible, comment et avec qui, ces vieilles personnes s'approprient, selon des ressources inégalement distribuées, leur nouvel environnement physique, affectif et social. Et si, au détour, celui-ci peut permettre de porter quelques éclairages différents du sens commun, voire de « tordre le cou » à certaines idées reçues, alors nous en serions satisfaite.

Notre propos s'articule en deux grandes parties. La première présente et explicite le cadre dans lequel s'est inscrite notre étude. Elle débute par la délimitation de notre champ : le milieu rural. Si de prime abord, et de manière relativement candide, nous pensions en avoir une conception claire nous avons découvert que le définir s'avérait une tâche beaucoup plus ardue que nous l'avions imaginé tant il a été traversé par de profondes évolutions et de multiples catégorisations. Nous en proposons une lecture conséquemment parcellaire, à l'image de sa réalité actuelle faite de diversité, d'hétérogénéité et de persistance.

Puis nous présentons une qualification des personnes âgées vivant en milieu rural. Nous nous sommes appuyée sur trois principales catégories : celles qui ont toujours habité au même endroit, celles qui en sont parties puis revenues au moment de la retraite et celles qui se sont installées tardivement lors de l'arrêt de leur activité. Cette distinction est particulièrement opérante pour appréhender les ressources dont disposent ces individus et comment ils les mobilisent, notamment en termes de soutien et de réseau d'aide : famille restreinte ou élargie, voisins, amis ou recours aux professionnels.

Enfin, nous présentons les différents types d'établissements d'hébergement pour personnes âgées et leurs spécificités lorsqu'ils sont implantés en zone rurale. En passant par un détour historique essentiel, de notre point de vue, tant leur situation actuelle que les représentations qu'ils véhiculent sont pétries de leur longue histoire. Cette analyse s'appuie, pour la partie contemporaine, principalement sur une enquête quadriennale réalisée par le ministère des Solidarités et de la Santé. Celle-ci traite un très grand nombre de variables, mais celle de l'implantation géographique de ces structures n'avait été, jusqu'alors, peu prise en compte. Elle permet également de définir l'environnement physique, social et institutionnel que trouvent les personnes âgées lorsqu'elles entrent en structure d'hébergement.

La seconde partie est consacrée à l'analyse des données recueillies sur le terrain. Après avoir exposé notre cadre méthodologique et théorique, cette partie se décline en deux sous parties. Ceux-ci ne sont pas traités avec la même importance car nous avons choisi de privilégier la parole des personnes directement concernées, à savoir les résidents¹³.

Comme nous souhaitons nous positionner en termes dynamique et évolutif, nous avons opté pour un développement chronologique. Nous traitons d'abord de l'entrée en établissement : comment s'est opéré le choix de venir vivre en EHPAD ? Pour quelle(s) raison(s) et selon quelles conditions ? Puis nous analysons de quelle façon ces personnes réorganisent leur quotidien. Enfin nous consacrons une longue partie à la manière dont s'expriment les modes de solidarités et de sociabilités entre les résidents, avec le personnel et leur famille. Entre vide, création, récréation et permanence, ces relations se déploient selon la manière dont les personnes ont pu ou non investir ce nouveau lieu de vie et comment les autres (parents, amis, voisins, salariés) ont pu être mobilisés comme support à cet investissement et ainsi, rendre plus soutenable cette étape de la vie.

Nous terminons notre présentation par les modalités spécifiques d'exercice de l'activité des salariés en EHPAD implanté en milieu rural. Celle-ci s'inscrit bien au-delà du cadre formel et prescrit car elle s'insère dans un enchevêtrement physique et social, une intrication de leur environnement domestique, privé et professionnel qui rend atypique la perception et l'accomplissement de leur métier.

¹³ Les conditions de travail des personnels ayant été déjà amplement explorées et analysées.

PREMIERE PARTIE – GENERALITES

1. Délimitation du champ d'étude, le milieu rural : une approche de mondes multiples

Définir le milieu rural peut paraître de prime abord aisé. Chacun peut en avoir une représentation, vécue ou imaginée, relativement nette. Or il s'avère que le milieu rural français correspond à une réalité complexe qui ne peut s'appréhender qu'à travers différentes perspectives. Dans la littérature, y compris scientifique, on trouve une multitude de termes associés au mot rural : monde, milieu, espace, espace à dominante, territoire, secteur, zone ou encore campagne, nature, etc. « *Deux remarques préalables. Premièrement, parler d'espace rural au singulier ne convient pas. Ces territoires ne sont pas homogènes. Le « rural quasi périurbain » ne se confond pas avec le rural éloigné, isolé.* »¹⁴ Deuxièmement, c'est ce que nous traiterons ci-dessous, la définition des espaces ruraux a connu ces dernières années des modifications, tant au plan national (INSEE, DATAR¹⁵) qu'euro-péen, et sa stabilisation n'est que toute récente. Enfin, les populations qui y vivent ont beaucoup changé, conduisant à de profondes mutations de la société rurale dans toutes ses dimensions.

1.1 Evolution des représentations ville/campagne

Le monde rural a pratiquement toujours été analysé en comparaison ou en opposition au monde urbain. Les conceptions de l'un et de l'autre ont beaucoup évolué dans le temps. Selon Nicole Mathieu, les représentations sociales du couple ville/campagne varient selon l'époque et les cultures considérées. Pour l'auteur, cette problématique est essentielle pour appréhender le changement social et ses dynamiques spatiales, au sens où elle permet d'analyser les permanences et les discontinuités (idéelles et réelles) qui influent sur l'organisation même d'une société (rapport au lieu et manière de les « habiter ») ainsi que sur le discours collectif et individuel de ses membres. Les représentations sociales ont une effectivité incontestable sur les faits sociaux eux-mêmes et donc sur les évolutions d'une société d'un point de vue politique, administratif, scientifique et civil : « *c'est précisément parce que, de l'idée même qu'une société se fait de la ville, de la campagne et des relations qu'elles doivent avoir pour sa reproduction, découle des formes d'organisations sociale et spatiale qui sont à l'origine des*

¹⁴ MORIN Bruno, « Qui habite en milieu rural ? », *Informations sociales*, 2011/2, n° 164, p. 13.

¹⁵ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale (DATAR), aujourd'hui ses missions ont été intégrées au sein du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), créé en 2014.

*diversités morphologiques et culturelles des modes d'habiter.*¹⁶ ». Nicole Mathieu décline, dans cette perspective, quatre grandes phases historiques. Ces différentes périodes, bien que trouvant une origine distincte dans le temps, continuent de coexister, à des degrés divers selon l'époque considérée. La première est très ancienne puisqu'elle prend ses origines dans les textes de la Bible¹⁷ et se renforce durant le XVIII^e siècle, notamment à travers la pensée de Jean-Jacques Rousseau¹⁸. Dans les représentations, ville et campagne sont deux entités clairement opposées. La ville est « le mal » et symbolise la rupture de l'Homme avec la nature, elle est associée à la corruption des mœurs et à la dégénérescence de la société. A l'inverse, la campagne est considérée comme le lieu originel et bienfaisant. Les hommes y sont « bons » et vivent sainement car ils sont en harmonie avec la nature.

La deuxième phase prend son origine lors de la Révolution industrielle et sera conceptualisée par Karl Marx et Friedrich Engels. Elle s'appuie sur une vision productive et, là-aussi, antagoniste, de la société. La ville, représentée par la classe bourgeoise, est un lieu artificiel et technicisé. Elle attire des paysans en vue de la production ouvrière, ceux-ci vivent dans des conditions misérables, voire abominables. La campagne n'est plus qualifiée ni de belle, ni de bonne, mais est envisagée relativement à ses fonctions productives, tant pour ceux qui y habitent que pour nourrir les urbains. Ainsi, dans cette conception, l'opposition se place du point de vue d'une inégalité matérielle et économique (milieu agricole et naturel *versus* milieu artificialisé et industriel), mais également, surtout, du point de vue d'une asymétrie sociale (classe bourgeoise et dirigeante *versus* classe ouvrière et paysanne). « *On ne peut nier que cette représentation sociale a eu (et a encore ?) un rapport d'effectivité sur les faits sociaux et les dynamiques spatiales réelles. D'abord parce que sa construction s'est largement appuyée sur l'observation et l'interprétation des transformations réelles, économiques et sociales, qui se produisaient en Angleterre et en France dès la première moitié du XIX^e siècle. Ensuite parce qu'elle a profondément pénétré la sphère politique et administrative influençant son action, l'urbanisme pour la ville et la politique agricole pour les campagnes. Elle s'est traduite socialement et spatialement par la concentration des usines et des ouvriers dans les grandes villes, a engagé la paysannerie dans l'augmentation des échanges marchands et la formation des « ceintures maraîchères », voire a transformé l'espace urbain lui-même en organisant la*

¹⁶ Mathieu N., « L'évolution des rapports villes/campagnes : une mise en perspective historique », contribution à la journée d'étude de l'Académie d'agriculture de France : *Villes et campagnes à la croisée de nouveaux chemins : vers un nouveau contrat villes-campagnes*, Toulouse, 23 mai 2012, p. 2.

¹⁷ Voir le mythe de l'anéantissement des villes de Sodome et Gomorrhe.

¹⁸ Voir notamment Rousseau J.-J., *Emile ou De l'éducation*, [1762], Flammarion, Paris, 2009.

*division entre quartiers riches et bourgeois à l'ouest et quartiers populaires sous le vent pollué des industries. Sans que son origine marxiste soit explicitement reconnue, cette représentation sociale « matérialiste » s'est peu à peu diffusée dans la sphère scientifique où elle provoque la séparation entre les disciplines « rurales » et « urbaines », mais aussi dans la société civile où l'opposition entre la ville et la campagne a encore un sens physique (la terre opposée au béton, les différences de l'air, des bruits et des odeurs, le paysage rural ou urbain....) mais surtout social et culturel (syndicats paysans/ouvriers, associations rurales/de quartiers, rural/parisien, originaire de la ville ou de la campagne...).*¹⁹»

La troisième phase débute après la Seconde Guerre mondiale. Elle crée une rupture majeure avec les modèles précédents en provoquant des changements radicaux à l'égard des rapports politiques économiques et sociaux. Les représentations sociales associées domineront de manière quasi exclusive la pensée scientifique et politique durant toute la seconde partie du XX^e siècle. Le maître mot de cette période est celui d'urbanisation en tant que vecteur de progrès, avec, pour incidence, la quasi disparition du mot rural. Celui-ci est employé en termes d'espace, ou de zone et défini de manière uniquement statistique et démographique : les deux espaces sont considérés en fonction de leur nombre et de leur niveau hiérarchique (métropole, pôle urbain, couronne, etc.). La polarisation des valeurs s'inverse, la ruralité est perçue comme archaïque, contrairement à la ville qui devient un espace de modernité et de progrès. La campagne (dont le terme disparaît au profit de zone rurale ou agricole) est analysée à travers ses relations avec les processus d'urbanisation et les flux matériels, économiques et humains qu'ils engendrent. La congruence entre urbanisation et modernisme influence aussi le champ des sciences sociales qui délaissent peu à peu les études rurales, qui seront jugées comme relevant du passé ; l'ensemble du territoire français étant considéré comme presque totalement urbanisé²⁰ : « Les « espaces ruraux » sont pensés comme offre de paysage ou d'« espace ouvert » pour les citadins en manque de « belle nature ». Dans la sphère administrative et politique comme dans la majorité de la littérature scientifique, l'espace rural ne peut être « dynamique », son destin est la « désertification ». Seuls la société civile (les associations « rurales » et de « pays », certains mouvements « paysans »...) et quelques chercheurs minoritaires échappent à cette représentation hégémonique en s'appuyant à la fois sur la critique de cette vision « réductionniste » du changement socio-spatial et sur les décalages qu'engendre l'utopie de

¹⁹ Mathieu N., « L'évolution des rapports villes/campagnes..., *op. cit.*, p. 4.

²⁰ Voir le texte de Chantal Brunel et David Levy, « Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 », *Insee première*, octobre 2011, n° 1374, qui définit que 95 % de la population vit sous l'influence des villes.

l'équilibre des territoires et du « progrès par l'urbain » par rapport à une réalité marquée dans les villes par l'accentuation des inégalités sociales et dans les campagnes par l'effacement des valeurs accordées à la fonction nourricière de l'agriculture et au rapport homme/nature. »²¹

La dernière phase, actuelle, s'est construite à travers la montée en puissance des crises écologiques, sociales et financières de la fin du XX^e et du début du XXI^e siècle. Celles-ci ont eu pour conséquence la création d'une nouvelle idéologie (utopie ?) : le développement durable. Ce sont les représentations sociales liées à la ville qui ont d'abord le plus changé : *« Alors que les notions de nature et de ville étaient antithétiques, la nature (les natures) pénètre l'idée de ville non pas dans sa dimension « décorative » ou « hygiénique » mais comme faisant partie de l'écosystème urbain en interaction avec l'action humaine (la composition de l'air, l'approvisionnement en eau et la qualité en mers et en polluants des fleuves, les îlots de chaleur, les problèmes de santé...). La nature productive n'est pas non plus incompatible avec la notion de ville en son centre avec les jardins (familiaux, partagés, de Cocagne, privés...) mais aussi en périphérie et même dans les « cités » de banlieue. La nouvelle représentation de la ville renoue avec la conception matérialiste qui fait de l'échange alimentaire et de ressources naturelles le cœur de la relation (l'interaction) urbain/rural. »²²* L'évolution des représentations relatives au monde rural est plus tardive et elles ont eu une effectivité plus rapide et plus importante dans la sphère civile que politique et scientifique. Aujourd'hui, tant dans les pratiques quotidiennes des individus (migrations pendulaires, pratiques de loisirs vers la campagne, etc.) que dans certaines recherches, les deux espaces ne sont plus considérés comme opposés mais complémentaires. La frontière entre les zones est de plus en plus diffuse et la distribution des flux a été profondément modifiée. L'explosion des mobilités, la recherche d'une certaine qualité de vie « au vert », le développement des résidences secondaires ou de retraite et l'étalement urbain, ont drainé de nouvelles populations et ont fortement modifié la composition sociale et démographique des espaces ruraux. Dès lors, avec la convergence des pratiques quotidiennes (effaçant une partie des clivages anciens entre ville et campagne), la ruralité se conçoit plus dans sa dimension sociale et symbolique que dans sa dimension géographique. Perçue comme un lieu possible d'épanouissement personnel, les campagnes attirent des individus aux motivations très variées : *« En mutation, à nouveau attractive, innovante avec des modèles de développement éco-dynamiques ou des circuits courts, elle est*

²¹ Mathieu N., « L'évolution des rapports villes/campagnes..., *op. cit.*, p. 5.

²² *Ibid.*, p. 6.

*même paradoxalement associée à une certaine modernité.*²³ » Bien que les modes de vie se soient globalement unifiés en France, l'opposition rural-urbain reste fondamentale dans l'imaginaire²⁴.

1.2 Evolution des définitions géographique et statistique de l'espace rural en France

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle différents termes sont utilisés (ville, bourg, village...) sans référence à une définition unifiée au niveau national. En 1846, le bureau de la statistique générale française lance le premier recensement quinquennal qui introduit une distinction entre les types de communes. Pour que celles-ci soient qualifiées d'urbaines urbaines, elles doivent atteindre au moins 2 000 habitants²⁵ agglomérés à son chef-lieu administratif (mairie), les autres étant définies comme rurales. Cette typologie sera globalement maintenue jusque dans les années 1990 avec l'introduction de la proximité du bâti.

Parfois trop sommaire pour rendre compte des réalités du territoire français, notamment pour les petites communes urbaines, une nouvelle caractérisation a été construite. Elaborée au début des années 2000, elle a cherché à traduire de façon plus précise les logiques d'attraction des pôles urbains.

L'espace à dominante rurale a été défini par l'INSEE en trois catégories, en 2002, dans le cadre du « *zonage en aires urbaines et aires d'emplois de l'espace rural* » :

- *les pôles d'emplois de l'espace rural qui regroupent les communes (ou unités urbaines) appartenant à cet espace à dominante rurale et comptant 1 500 emplois ou plus ;*
- *les couronnes des pôles d'emplois de l'espace rural composées des communes appartenant à cet espace à dominante rurale et dont 40 % ou plus des actifs résidents travaillent dans le reste de l'aire d'emploi de l'espace rural ;*

²³ Betchel J., « Campagnes, ruralités : définitions et mutations », *Territoires ruraux et pauvreté en Basse-Normandie*, INSEE, juillet 2010, p. 6.

²⁴ A titre d'exemple, on pourra citer l'enquête conduite par le CREDOC et dirigé par Philippe Perrier-Cornet, en 2001, *Les Français et l'espace rural*. Dans cette étude, quatre Français sur dix considèrent habiter en zone rurale. Cette proportion passe à 85 % pour ceux vivant en couronne urbaine et à 20 % pour les personnes habitant dans un pôle urbain de moins de 100 000 emplois. (Perrier-Cornet P., Bigot R., Hatchuel G., Berard I., *Les Français et l'espace rural*, CREDOC, 2001, p. 20.)

²⁵ Seuil relativement faible en comparaison d'autres pays.

- les autres communes de l'espace rural qui incluent les communes n'appartenant ni à l'espace à dominante urbaine ni à une aire d'emploi de l'espace rural et que l'on peut plus ou moins assimiler au « rural isolé. »²⁶

Cette définition a été ensuite complétée par deux autres types d'approche : le zonage en aires urbaines et le zonage en bassins de vie. Le premier vise à rendre compte des logiques en termes d'emploi, le second en termes d'accès aux services.

1.2.1 Le zonage en aires urbaines de 2010

En 2010, l'INSEE redéfinit le territoire français à travers un zonage en aires urbaines. L'objectif est ici de décrire l'influence des villes sur l'ensemble du pays, laquelle va grandissant (« 95 % de la population vit sous l'influence des villes. »)²⁷

Cette typologie découpe le territoire en quatre types de zones principales :

- les espaces des grandes aires urbaines (grands pôles, couronnes des grands pôles, communes multipolarisées des grandes aires urbaines) ;
- les espaces des autres aires (pôles moyens, couronnes des pôles moyens, petits pôles, couronnes des petits pôles) ;
- les autres communes multipolarisées ;
- les communes isolées, hors influence des pôles.

Ici, il n'est plus fait mention du terme rural, il faut entrer dans les définitions de ces différents espaces pour le voir apparaître. La commune rurale est définie par l'INSEE comme « une commune n'appartenant pas à une unité urbaine »²⁸.

²⁶ Voir la rubrique « définitions » du site internet de l'Insee : www.insee.fr

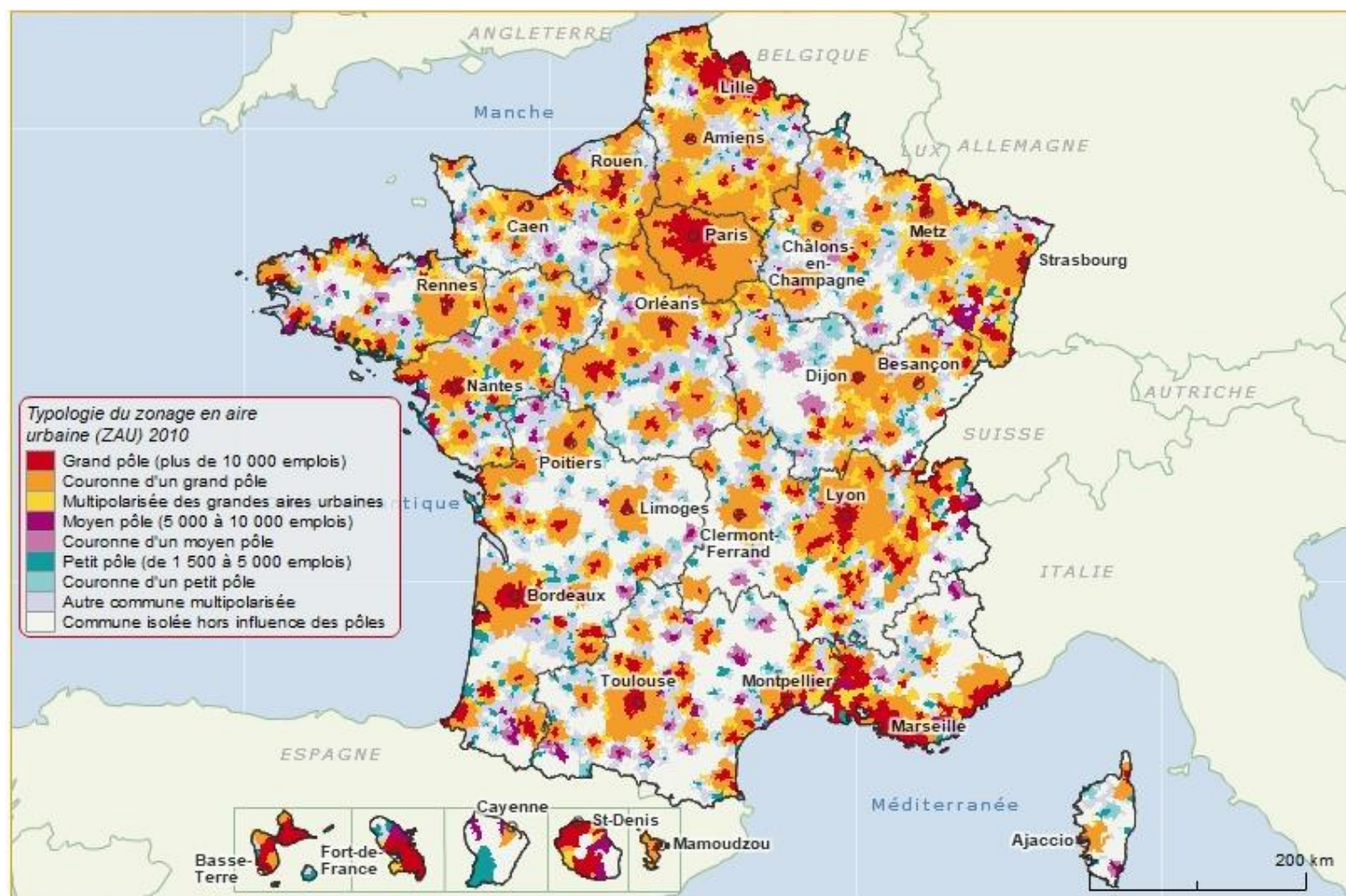
²⁷ Brunel Chantal, Levy David, « Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 », *Insee première*, octobre 2011, n° 1374.

²⁸ Ce qui n'a pas manqué de lever un certain nombre de protestations de la part des chercheurs. Par exemple, un extrait de l'éditorial du géographe G.F. Dumont dans *Population et Avenir* en 2012 : « Certes, au début des années 2010, l'Insee se devait de mettre à jour son analyse du découpage des aires urbaines au vu des résultats du dernier recensement. Mais, sous ce prétexte justifié d'une mise à jour, sans alerter qui que ce fût, et surtout pas la maréchaussée, un meurtre a été commis. Que dis-je, un double meurtre ! Premièrement, la notion de « pôle rural » a disparu, comme si la France avait brutalement perdu ce maillage de gros bourgs et de petites villes qui, comme La Souterraine dans la Creuse, sont un des aspects les plus plaisants de l'Hexagone. Pour masquer le meurtre, il a été recouvert d'un tissu sur lequel a été écrit « petites aires ». Second meurtre, la notion « d'espace à dominante rurale » a disparu. Son corps a été dispersé sous plusieurs rubriques. L'une d'elles donne véritablement l'impression que la langue de Voltaire est bien oubliée puisqu'elle est désignée sous le titre de « Communes isolées »

Cette nomenclature, qui se fonde principalement sur une logique de localisation des emplois, tend à décrire le territoire français comme couvert en grande partie par des zones urbaines et périurbaines.

hors influence des pôles ». Dumont G.F., « Histoire d'un meurtre géographique : la France rurale. », *Population & Avenir*, 2012, n° 707, p. 3.

Carte 1 : typologie du zonage en aires urbaines (ZAU) 2010, France



© CGET 2018 - IGN GéoFla - France par commune 2015

Source : CGET – INSEE, communes 2017

Toutes les cartes sont présentées dans cette partie pour l'ensemble du territoire français. Elles sont déclinées au niveau régional et départemental en annexe n°1 : cartes par typologie.

1.2.2 Le zonage en bassins de vie de 2012

Pour compléter son approche en aires urbaines, l'INSEE propose un zonage en bassins de vie. Le bassin de vie constitue « *le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.* »²⁹ Ici, seule la notion d'accessibilité aux équipements est prise en compte, celle d'emploi n'apparaît pas.

L'intérêt est alors de pouvoir décrire des espaces non typiquement urbains. Dans le cadre de ce travail, l'INSEE réintègre le terme rural.

Cette nouvelle typologie se base elle-même sur celle que propose la communauté européenne³⁰ dans la cadre d'un travail effectué principalement par Eurostat et la direction générale de la politique régionale. Elle est présentée ainsi :

« *La nouvelle typologie s'appuie sur une procédure simple en deux étapes pour déterminer la population dans les zones urbaines :*

- 1) un seuil de densité de population (300 habitants par km²) appliqué à des cellules de 1 km² ;*
- 2) un seuil minimal (de 5 000 habitants) appliqué aux groupes de cellules qui dépassent le seuil de densité.*

La population vivant dans des zones rurales est celle qui vit en dehors des zones urbaines définies selon la méthode décrite ci-dessus. ³¹ »

Cette nouvelle méthodologie permet de redistribuer les populations entre les espaces ruraux et urbains de manière plus équilibrée. En l'utilisant, l'INSEE qualifie un bassin de vie en rural si la part de la population rurale y est supérieure à 50 %. Dans cette approche, les trois quarts des bassins de vie en France sont ruraux, ce qui d'ailleurs n'est pas incompatible avec celle dite en aires urbaines (qui rappelons-le, nous indique que 95 % de la population française métropolitaine vit sous influence des villes).

²⁹ Brunel Chantal, Levy David, « Le nouveau zonage en bassin de vie », *Insee Première*, décembre 2012, n° 1425, p. 4.

³⁰ Pour plus de détails voir : « *Typologie urbaine –rurale révisée* » accessible en ligne à cette adresse : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-HA-10-001-15/FR/KS-HA-10-001-15-FR.PDF

³¹ *Ibid.* p. 242.

1.2.3 La grille de densité communale de 2015

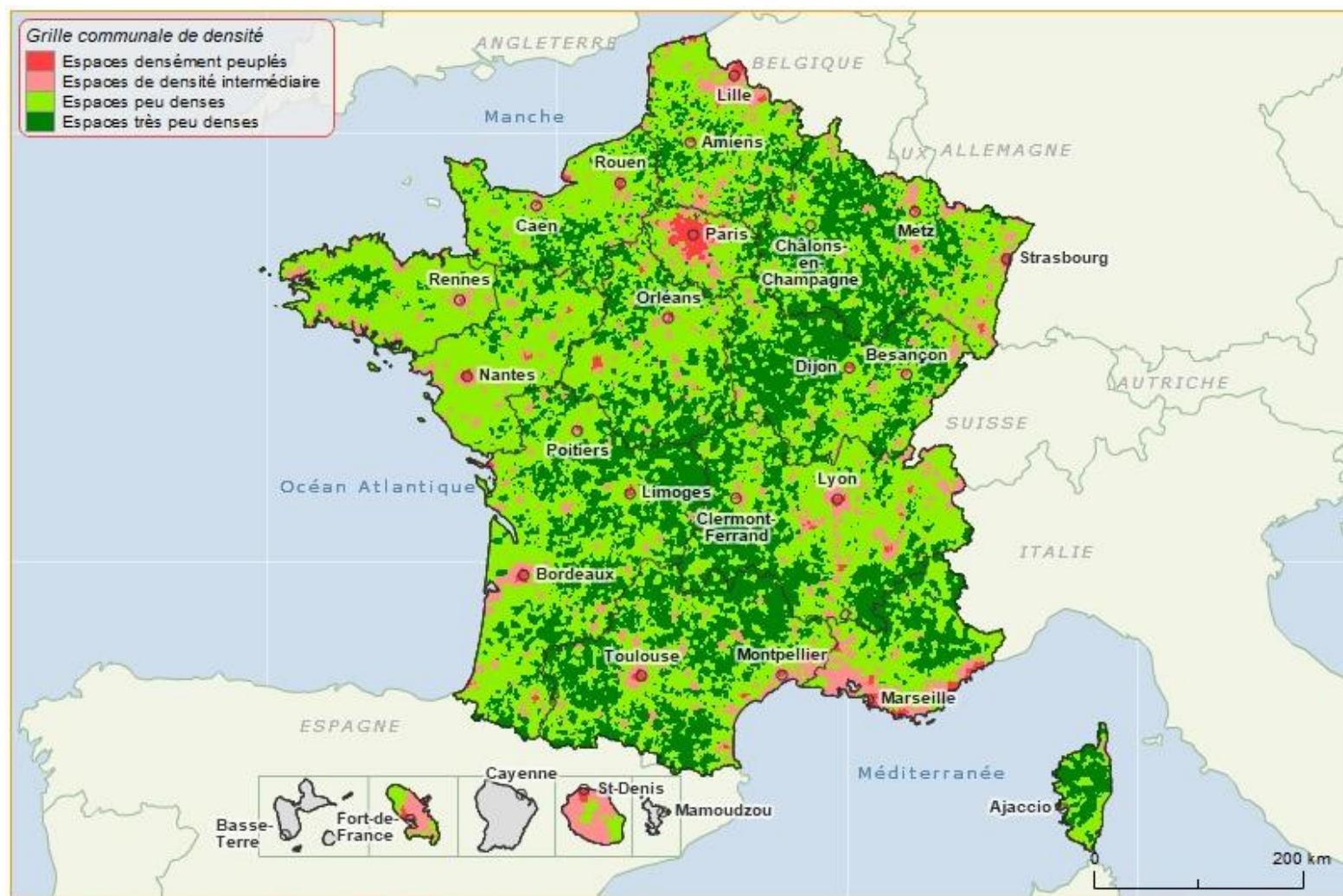
Cette grille³² intègre la superficie des communes, celle-ci peut être très variable pour une population comparable d'une commune à l'autre. Ce zonage permet de prendre en compte la population communale et sa répartition dans l'espace et s'appuie sur la distribution de la population à l'intérieur de la commune en découpant le territoire en carreaux d'un kilomètre de côté. Elle repère ainsi des zones agglomérées. Cette classification reprend les travaux d'Eurostat, en introduisant une catégorie supplémentaire pour tenir compte des espaces faiblement peuplés, plus fréquents en France que dans d'autres pays européens. Ainsi, on distingue parmi les communes à faible densité de population, des communes très peu denses. La grille communale permet de caractériser quatre catégories : les communes densément peuplées, les communes de catégorie intermédiaire, les communes peu denses, les communes très peu denses.

Une dernière approche, celle de la DATAR permet de compléter les précédentes afin de rendre compte de façon plus précise de cette diversité. Il nous a paru intéressant de nous en rapprocher.

³² Source : La grille de densité communale, INSEE.

Consultable en ligne : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=zonages/grille-densite.htm> (consulté le 12 août 2016)

Carte 2 : grille communale de densité, 2015, France



© CGET 2018 - IGN GéoFla - France par commune 2015
Source : INSEE, communes, 2017.

1.2.4 La typologie des campagnes françaises et espaces à enjeux spécifiques de 2012

La DATAR a publié en 2011 un document de synthèse intitulé « *Typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifiques (littoral, montagne et DOM)*. »³³ Ce travail a été réalisé par différents laboratoires de recherches³⁴.

L'objectif de cette étude visait à caractériser les campagnes dans une approche qui cherchait à dépasser des critères trop restrictifs (densité, proximité d'un pôle urbain...) et une vision du rural autre qu'un simple négatif de l'urbain, en croisant de nombreux indicateurs statistiques³⁵. Cette étude a permis également de qualifier des espaces à enjeux spécifiques (montagne et littoral).

Cette classification a abouti à une typologie générale des campagnes qui se décline en trois groupes:

- Les campagnes des villes, du littoral et des vallées urbanisées qui regroupent deux sous-catégories : les campagnes densifiées, en périphéries des villes, à très forte croissance résidentielle et à économie dynamique, et les campagnes densifiées, du littoral et des vallées à forte croissance résidentielle et à forte économie résidentielle ;
- Les campagnes agricoles et industrielles³⁶ ;

³³ http://www.datar.gouv.fr/sites/default/files/TRAVAUX_en_L_12_22032012_bd.pdf

³⁴ Les unités mixtes de recherche CESAER (Centre d'Économie et de Sociologie Appliquées à l'Agriculture et aux Espaces Ruraux), ThéMA (Théorie économique, modélisation et applications) et METAFORT (Mutation des activités, des espaces et forme d'organisation dans les territoires ruraux).

³⁵ Pour réaliser cette étude, les indicateurs retenus sont issus de trois thématiques d'entrée :

- l'espace, les populations et les conditions de vie autour des relations villes/campagnes, des dynamiques démographiques, de l'accessibilité, de la mobilité, etc. ;
- les dynamiques économiques : marché de l'emploi, appareil productif, agriculture et tourisme ;
- le cadre paysager, abordé par l'occupation du sol et son évolution et le relief. Source : « La nouvelle typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifiques », Revue en ligne *Territoire en mouvement*, n° 7, DATAR, 2012, p. 6.

³⁶ Les campagnes agricoles et industrielles sont définies ainsi : « Les densités de population sont faibles avec des évolutions contrastées. La population est jeune et la plupart des communes enregistrent un accroissement démographique grâce à un bilan naturel et un solde migratoire excédentaires. Cependant, une partie des communes de cette classe, notamment les bourgs et petites villes, perd des habitants à cause d'un déficit migratoire. Ce sont surtout les catégories socioprofessionnelles « supérieures » qui quittent ces communes alors que les personnes

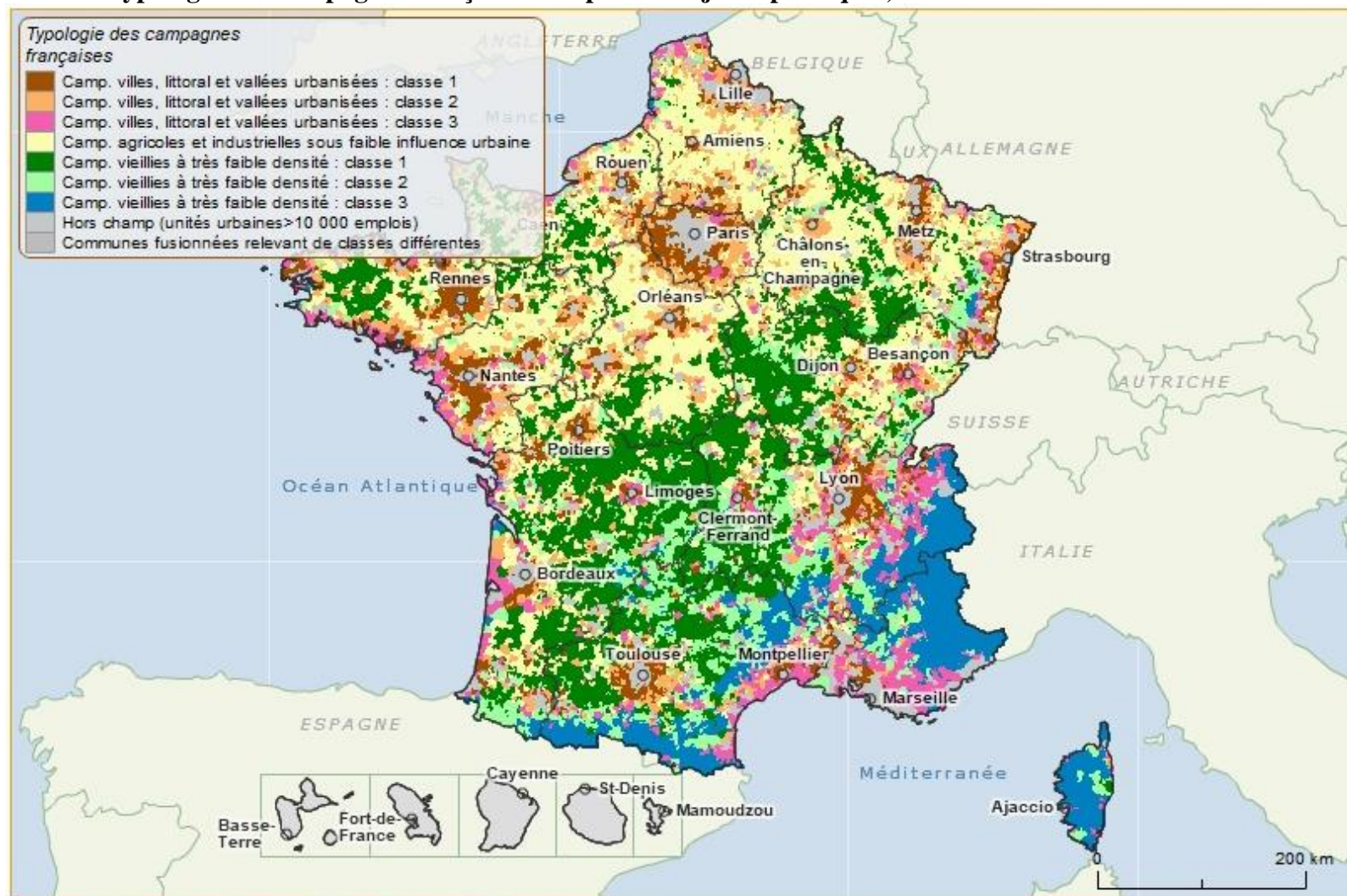
- Les campagnes vieilles à très faible densité³⁷ qui regroupent quant à elles trois sous-catégories : les campagnes à faibles revenus, économie présentielle et agricole, les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique et les campagnes à faibles revenus, croissance résidentielle, économie présentielle et touristique dynamique, avec éloignement des services d'usage courant.

Ici, le but n'est pas de proposer une lecture antagoniste à celle du zonage en aires urbaines puisque la relation entre les villes et les espaces qui sont situés dans leur périphérie est bien un point central de l'analyse. Seules les unités urbaines regroupant plus de 10 000 emplois ont été écartées. Il s'agit ici de deux perspectives complémentaires et non opposées.

âgées de 65 ans et plus, ainsi que les employés et les ouvriers viennent s'y installer. » Source : Hilal M., Barczak A., Tourneux F-P., Schaeffer Y., Houdart M., Cremer-Sculte D., « Typologie des campagnes française et espaces à enjeux spécifiques », Travaux en ligne, n° 12, DATAR, Paris, 2012, p. 18.

³⁷ Les campagnes vieilles à faible densité sont définies ainsi : « Après une longue période d'exode rural, ces campagnes connaissent un brassage de populations et pour une partie d'entre elles un regain démographique. Cependant, le vieillissement de la population reste important, le niveau de revenus parmi les plus faibles et l'accessibilité très en deçà de la moyenne française. » Source : *ibid*, p. 19.

Carte 3 : typologie des campagnes françaises et espaces à enjeux spécifiques, France



© CGET 2018 - IGN GéoFla - France par commune 2015

Source : DATAR – INRA CESAER – UFC Théma – Cémagref DTMA METAFORT, 2011.

1.2.5 Le zonage en bassin de vie hyper-ruraux de 2014

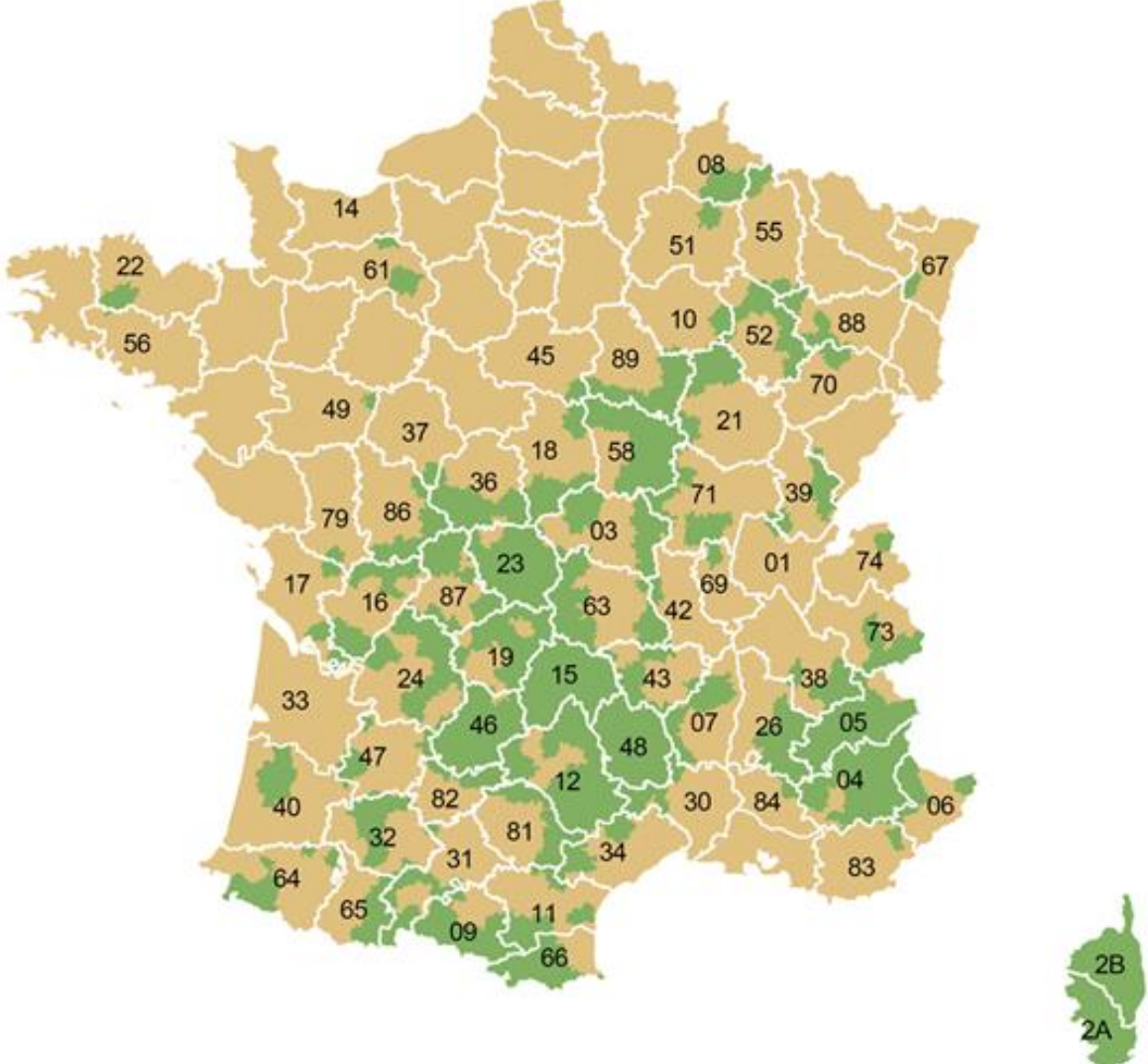
Il est acquis que, pour la majeure partie du territoire métropolitain français, les villes et les campagnes font aujourd'hui système et échangent quotidiennement des ressources humaines, matérielles et économiques. Cependant, des espaces restent isolés du maillage urbain, les plaçant souvent dans une situation désavantageuse dans de nombreuses dimensions : rareté des équipements et services, retrait des services publics, vieillissement, pénurie d'emplois, etc. Le CESAER³⁸ a produit une étude multidimensionnelle de ces territoires. Elle se base sur le croisement de différentes sources de données : la catégorie des « *campagnes vieilles à très faible densité*³⁹ » dont les communes sont ensuite classées selon leur éloignement des pôles d'emplois et des pôles de services les plus proches, puis combinées à l'échelle des bassins de vie⁴⁰. L'agrégation de toutes ces données a permis le repérage des communes qui composent l'espace de l'hyper-ruralité et qui incarnent la ruralité de l'éloignement sous toutes ses formes : éloignement des individus entre eux, éloignement des individus des services et éloignements de ces territoires vis-à-vis des métropoles, agglomérations, pôles urbains, bassins d'emploi, centres universitaires et de décision. La Bourgogne-Franche-Comté compte 948 communes en zone hyper rurale, soit 13,45 % de l'ensemble des communes de la France métropolitaine.

³⁸ Le CESAER est une unité mixte de recherche pluridisciplinaire (UMR 1041), qui associe AgroSup Dijon et l'INRA (départements SAE2 et SAD) à Dijon.

³⁹ Voir ci-dessus la typologie des campagnes françaises et espaces à enjeux spécifiques.

⁴⁰ En référence aux pôles urbains (de plus de 5 000 emplois), aux pôles de services intermédiaires (qui comportent huit types de service aux particuliers, treize types de commerces, un d'enseignement, sept de santé-social et cinq de sport et aux bassins de vie qui correspondent à un découpage du territoire selon des indicateurs socio-économiques reflétant le vécu quotidien des individus. Ces trois zonages sont définis par l'INSEE. Voir le site de l'INSEE : <http://www.insee.fr/fr/methodes/nomenclatures/zonages/default.asp>

Carte 4 : bassins de vie hyper-ruraux, France, 2014



Source : INRA CESAER, M Hilal, 2014.

Ces différentes perspectives nous permettent d'appréhender la diversité du milieu rural, constitué d'espaces différenciés, notamment en fonction des rapports qu'ils entretiennent avec des pôles urbains, eux-mêmes très différents d'un espace à l'autre.

Ainsi, pour délimiter notre champ d'étude, nous nous sommes principalement appuyée sur les deux derniers travaux présentés ci-dessus, à savoir la typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifique et la typologie des bassins de vie hyper-ruraux. Pour les travaux que nous avons conduits en termes de population et d'implantation des établissements, nous avons privilégié l'approche par le zonage en aires urbaines de 2010. Bien que décrivant de façon partielle la complexité du monde rural (voir ci-dessus), il présente plusieurs avantages. D'une part, il permet de produire aisément des statistiques par catégorie d'espaces en agrégeant des données communales. D'autre part, il constitue une référence largement utilisée par la plupart des producteurs de données (INSEE, DREES, DIRRECTE, INED, ARS⁴¹, etc.) et est pérenne car l'INSEE le réactualise régulièrement ce qui nous permet de garantir des comparaisons avec d'autres études.

1.3. Sociologie rurale ou sociologie du rural ?

La sociologie rurale française n'existe pratiquement pas avant 1945⁴² car les campagnes sont considérées avant cette période comme un monde immobile qui n'intéresse pas la sociologie classique, essentiellement tournée vers les processus de la modernité, principalement identifiés à travers les villes et leurs industries. Elle naît véritablement en France après la Seconde Guerre mondiale dans un contexte social, économique et politique tout à fait particulier : le monde rural (considéré à l'époque comme archaïque) doit évoluer rapidement et répondre aux impératifs de modernisation, de planification, d'intensification de l'agriculture et de l'équipement du territoire. Elle va alors se constituer dans une sorte d'urgence : celle de décrire, d'analyser un monde voué à disparaître ; celle également de s'attacher à « *étudier le changement, la manière dont le capitalisme absorbe les sociétés paysannes* »⁴³ et à produire des connaissances

⁴¹ Respectivement : Institut national de la statistique et des études économiques, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, Institut national d'études démographiques et Agence régionale de santé.

⁴² D'autres sciences sociales telles que l'histoire, l'économie, la géographie et l'ethnologie se sont développées plus précocement.

⁴³ Morin B., « Qui habite en milieu rural ? », *CNAF Informations sociales*, 2011/2 n°164, p. 13.

nécessaires au mouvement de planification et de conception des politiques publiques visant à réformer le secteur agricole afin de répondre aux besoins de la population française. Dans cette optique, ce courant de recherche va très tôt opter pour une approche qui se veut proche du terrain et qui « *assume une visée normative en se voulant au service du progrès et délibérément tournée vers l'action.* »⁴⁴ Afin de produire des connaissances les plus complètes possibles, les études seront très souvent conduites de manière pluridisciplinaire en privilégiant principalement les méthodes monographiques. La création et la définition de la revue *Etudes Rurales*, puis de l'Association des ruralistes français⁴⁵ (ARF) sont le reflet de ce parti pris scientifique.

A partir de la fin des années 1960, cette visée interventionniste va s'intensifier : la sociologie vit un mouvement de spécialisation qui traverse l'ensemble des sciences sociales, afin de répondre à des problèmes sociaux définis (mouvements sociaux, famille, emploi, etc.). Les rapports entre l'Etat et les sciences sociales marquent un tournant important, ces dernières sont appelées à faire preuve de leur utilité. Dans ce but, un important travail de recensement des travaux sera conduit par Isac Chiva et Placide Rambaud afin d'offrir une vision exhaustive des études rurales en France⁴⁶ (avec près de trois cents centres de recherche et plus de trois mille auteurs) et de leur conférer une plus grande lisibilité. Or ce « *foisonnement que donne à voir ces inventaires peut en même temps être le signe de la vitalité des études rurales mais également de leur éparpillement, des risques de doubles emplois... d'absences de contrôle des mandarins*

⁴⁴ Alphandéry P. et Sencébé Y., « L'émergence de la sociologie rurale en France (1945-1967) », *Etudes rurales*, 2009/1 n° 183, p. 23.

⁴⁵ La revue *Etudes rurales* est créée en 1961 et ses rédacteurs définissent ainsi sa vocation : « Elle se propose l'étude scientifique des campagnes, des groupes qui directement ou indirectement vivent du travail de la terre. Le complexe humain, biologique et biotechnique que constitue l'agriculture ne peut être pleinement compris que par la conjonction de multiples recherches ». Il en va de même de l'Association des ruralistes Français (1974) : « à la fois « scientifique et professionnelle », a pour but affiché « de promouvoir une représentation des diverses spécialités concernées, d'en assurer la liaison pour réagir contre leur dispersion, de définir les conditions d'un dialogue avec les organismes et les responsables qui veulent avoir recours aux sciences sociales en finançant des recherches ou en utilisant les connaissances acquises, de se préoccuper des moyens de travail des jeunes chercheurs, de fournir à tous ceux qui s'intéressent aux sociétés un moyen et des occasions régulières de rencontres et d'échanges. » (Bulletin ARF, n° 1, *Etudes rurales*, n° 57, janvier-mars 1975, p. 153-159.)

⁴⁶ Chiva I. et Rambaud P., *Les études rurales en France. Tendances et organisation de la recherche*, Mouton, Paris, 1972.

*sur la production savante, bref, le signe d'une nécessaire réorganisation.*⁴⁷ ». Ces orientations scientifiques, professionnelles et politiques seront à l'origine de critiques sévères à l'encontre de cette spécialité⁴⁸.

Nous passerons sur les débats, voire les querelles, qui ont animé les sociologues, notamment dans les années 1990, au sujet de la pertinence d'une spécialité rurale en sociologie. Bien que cette question soit toujours d'actualité d'un point de vue disciplinaire, nous pensons que le choix que nous avons opéré, tant du point de vue des outils conceptuels et méthodologiques⁴⁹ que du cadre d'analyse, est pertinent en termes d'analyse. D'une part, la population que nous avons étudiée est originaire, pour la majeure partie, du secteur agricole⁵⁰ et d'autre part, les personnes enquêtées (résidents, personnel et familles) se définissent, de manière implicite et explicite, comme interagissant dans un monde rural. L'une des hypothèses sur laquelle se base nos travaux est qu'il existe des modes de sociabilité spécifiques au milieu rural, (notamment dus au fait de réseaux d'interconnaissance toujours actifs⁵¹) et que ceux-ci ont une influence sur les processus que nous avons étudiés : choix de la structure, entrée, mode de vie et de travail en établissement, etc.,

Certes, la société paysanne, telle qu'elle est décrite dans les années 1950-1960, n'existe plus aujourd'hui. Les pratiques et les modes de vie se sont homogénéisés et, à bien des égards, les habitants du milieu rural ne se distinguent plus des urbains. Aussi, peut-on légitimement se poser la question de la pertinence de vouloir maintenir l'étude des phénomènes sociaux à travers le prisme de la ruralité. Dans les années 1970, Henri Mendras soutenait l'hypothèse que les collectivités locales post paysannes conservaient des modalités particulières d'intégration de leurs habitants. Il est vrai que les modalités de vie des individus en milieu rural et en milieu urbain se sont homogénéisées, mais dans des configurations spatiales spécifiques qui sont le terreau de traits sociaux et culturels spécifiques, tels « *que le rapport à l'espace, le sentiment d'appartenance ou les formes d'identités*⁵² » et d'enjeux caractéristiques (habitat, services, développement durable...). A ce sujet, Pierre Alphanéry et Jean-Pierre Billaud expliquent que,

⁴⁷ Josette Debroux, « Une association pour « organiser » les études rurales, l'Association des Ruralistes Français », *L'Homme et la société*, 2004/4, n° 154, p. 215.

⁴⁸ A titre d'exemple, voir le texte de Grignon C., Weber F., « Sociologie et ruralisme, ou les séquelles d'une mauvaise rencontre », *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, INRA, n° 29, 4^{ème} trimestre 1993.

⁴⁹ Voir partie « 1. Méthodologie », p. 184.

⁵⁰ Voir « 2.2 Constitution du corpus », p. 201.

⁵¹ Voir partie « 4. L'entrée en établissement, choix, non-choix ou contrainte ? », p. 214.

⁵² Morin B., « Qui habite en milieu rural ?... », *op.cit.*, p. 19.

parallèlement aux mutations sociodémographiques du monde rural, s'est opéré un déplacement sémantique qui « signifie que « le rural » ne désigne plus un groupe social lié à un espace par une culture, une façon de vivre et de produire [mais] que la ruralité, ce sont désormais des « qualités » »⁵³. Ces qualités, liées à des espaces de vie, restent cependant incluses dans une histoire, une culture qui sont toujours prégnantes. Aussi, nous avons choisi d'étudier la vie en établissement pour personnes âgées à travers le prisme de la ruralité en tant « qu'ensemble des représentations collectives et de caractères concourant à une forme d'identité et de fonctionnement des espaces ruraux [...] La ruralité n'est pas un « donné » mais une construction sociale du monde, reposant sur des perceptions et des pratiques évolutives à identifier et à interpréter, devenant une clé de lecture des changements qui affectent la société toute entière. Dans leurs caractères et imaginaires, ces ruralités se recomposent rapidement. Les évolutions démographiques – entre accumulation, dépeuplement et nouvelles attractivités rurales selon les lieux –, la diversification des sociétés de plus en plus mobiles, le développement de nouveaux modes d'habiter, la réorganisation des fonctions (productives mais aussi résidentielles, de loisirs ou de « nature ») et des formes de gouvernance, conduisent à une formidable diversité géographique [sociale et économique].⁵⁴ »

1.4. Une évolution des définitions et des champs conceptuels qui suit les mutations socio-démographiques de l'espace rural français

Si la définition de l'espace rural a connu différentes modifications c'est aussi parce que celui-ci a vécu de profondes mutations (géographique, économique, sociologique...). Nous verrons ici qu'après avoir perdu des habitants durant une longue période (globalement de 1860 à 1980), les campagnes vivent depuis une quarantaine d'années un regain démographique. Nous verrons également que les populations qui les réinvestissent sont très différentes et que leur installation crée des transformations importantes dans les manières d'habiter en milieu rural.

⁵³ Alphanféry P. et Billaud J-P., « Retour sur la sociologie rurale » Introduction, *Etudes rurales*, 2009/1 n° 183, p. 9.

⁵⁴ Rieutort L., « Du rural aux nouvelles ruralités », *Revue Internationale d'Education de Sèvres*, Centre international d'études pédagogiques (CIEP), 2012, p. 43 et 52.

1.4.1 La fin de l'exode rural et la recomposition du tissu social

Après plus d'un siècle de déclin des effectifs de population dans les campagnes françaises, ceux-ci connaissent une nouvelle croissance. Dès 1975, la baisse tend à se réduire dans certaines zones. Entre les recensements 1982 et 1999 la population dans les espaces ruraux se maintient. Depuis le début du XXI^e siècle, les effectifs de population des territoires ruraux augmentent au même rythme que l'ensemble de la population française (soit 0,7 %). En 2006, seuls 3,2 % d'entre eux sont toujours en décroissance contre 6,8 % en 1999⁵⁵. A partir de 1975 « *le schéma démographique s'inverse, avec un solde migratoire positif et un bilan naturel négatif. Jusqu'en 1990, l'excédent migratoire n'arrive pas à compenser le déficit naturel et la population continue à décliner. Au cours des dix dernières années et malgré l'augmentation du déficit naturel (-14 700 habitants par an entre 1999 et 2009), l'excédent migratoire (+60 200 habitants par an) a permis de stopper le déclin démographique et même de regagner des habitants (+45 500 habitants par an).* »⁵⁶

Ce renouveau démographique se fonde sur deux principaux mouvements : d'une part, la diminution des zones de désertification et d'autre part, l'élargissement des territoires dont la population augmente rapidement. Même dans la fameuse « diagonale du vide », qui s'étend du Sud-Ouest au Nord-Est, le nombre d'habitants tend à s'accroître légèrement, voire de manière significative, dès qu'on se rapproche des zones plus au Sud. Certains territoires continuent à décliner d'un point de vue démographique (c'est-à-dire lorsque la densité baisse au minimum de 0,2 habitant au km²), mais, uniquement, pour des zones concentrées principalement autour des villes portuaires, minières ou industrielles du Nord et de l'Est. Dans le même temps, de vastes zones de croissance ont émergé, partant des pôles urbains, mais ayant rapidement gagné sur des territoires de plus en plus élargis. Ainsi, de grandes superficies, de plus en plus éloignées des villes et du littoral, se densifient de façon manifeste.

La population en milieu rural est nettement plus âgée qu'ailleurs. La proportion des plus de 60 ans y est plus élevée que dans tout le reste de la France, en lien avec trois facteurs principaux : le vieillissement des habitants, un solde naturel négatif et des afflux migratoires composés de retraités. Les processus de vieillissement en zones rurales sera traité plus loin dans un chapitre spécifique.

⁵⁵ Laganier J. et Vienne D., « Recensement de la population de 2006. La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes », *Insee Première*, n° 1218, janvier 2009.

⁵⁶ Hilal M., Shaeffer Y., Détang-Dessendre C., « Espaces ruraux et ruptures territoriales », *Rapport vers l'égalité des territoires*, ministère de l'Égalité des territoires et du logement, février 2013, p. 64.

Du point de vue socioprofessionnel, la baisse du nombre d'agriculteurs, d'indépendants et d'ouvriers et la hausse très nette des effectifs d'employés et surtout des professions intermédiaires et des cadres confirment la transformation sociale du pays, engagée depuis trente ans. Cependant, ces effectifs n'évoluent pas de la même façon dans l'ensemble du territoire : entre 1999 et 2009, le nombre de « cadres » et les « professions intellectuelles supérieures » a progressé de 43 % dans le rural (contre 61 % dans le périurbain et 36 % dans les pôles urbains), les professions intermédiaires y ont augmenté de 32 % (contre 38 % dans le périurbain et 16 % dans les pôles urbains), les effectifs d'employés y sont également en hausse de plus de 17 % (contre 20 % dans le périurbain et 3 % dans les pôles urbains). Néanmoins, dans le rural, les ouvriers restent les plus nombreux (32 %), suivis des employés (28,2 %) et des professions intermédiaires (19 %). *« Ainsi, même si la composition interne de chaque espace est modifiée sous l'effet d'une évolution générale dans le sens de la convergence, plusieurs caractères continuent de différencier sensiblement les pôles urbains, le périurbain et le rural. La diversification et la relative homogénéisation des groupes sociaux sont d'abord liées aux choix résidentiels des ménages et à l'intensification de la mobilité quotidienne des actifs. Mais ceux-ci n'expliquent pas tout. Les évolutions récentes de l'emploi dans le périurbain et dans l'espace à dominante rurale, tout en confirmant le déclin des activités agricoles et industrielles (plus fort dans le rural que dans le reste du pays), soulignent en creux le développement important des activités de services. [...] Dans l'espace à dominante rurale, les activités de services (marchands et non marchands) offrent désormais deux fois plus d'emplois que l'industrie, et au moins cinq fois plus que l'agriculture. [...] Malgré ces transformations de l'économie rurale, la structure des emplois reste marquée par la surreprésentation de l'industrie (20 %) et de l'agriculture (11 %). »*⁵⁷ Cependant la situation de l'emploi en zones rurales reste plus fragile qu'ailleurs, l'activité agricole représente moins de 10 %. Dans les années 1990, le taux d'emploi était déjà sensiblement plus faible dans l'espace urbain. L'écart entre les deux zones s'était légèrement réduit entre 1990 et 1999 (de 6,5 à 5,6 points) mais a nettement progressé ensuite passant de 5,6 points à 8 en 2007. A cela s'ajoute un déséquilibre entre l'offre potentielle et les personnes en recherche d'emploi : *« Les cadres ainsi que les professions intellectuelles supérieures sont, en zone rurale, non seulement la catégorie la moins nombreuse, mais également la plus déficitaire [...] concentrés à 75 % dans les pôles urbains, [ils] n'ont pas encore fait leur entrée massive dans le monde rural. [...] Les migrations de ménages venant de l'espace urbain tendent à accentuer la part de la population faiblement qualifiée. En effet,*

⁵⁷ Hilal M., Shaeffer Y, Détang-Dessendre C., « Espaces ruraux et ruptures territoriales »,..., *op. cit.*, p. 65.

*l'exode urbain est, pour une grande part, une migration de pauvreté, et les nouveaux arrivants tendent surtout à renforcer les professions faiblement qualifiées déjà dominantes, et notamment les employés. Les personnes sans activité professionnelle représentent plus de 30 % des nouvelles arrivées d'adultes de 15 à 65 ans.*⁵⁸». Ces données de grands ensembles ne doivent pas occulter la grande diversité des types de population qui occupent actuellement l'espace rural français. Aussi, au-delà des grandes masses migratoires résidentielles, nous présenterons dans la partie suivante des éclairages en termes de diversité socio-démographiques et de différenciation de comportements afin de proposer une analyse des différentes logiques qui caractérisent les types de population vivant en milieu rural.

1.4.2 Des populations « de souche » et de « nouveaux habitants »

La population des espaces ruraux présente une grande diversité du point de vue des plus âgés : des personnes qui y ont toujours vécu, d'autres en sont parties pour leur travail puis sont revenues, d'autres enfin sont arrivées au moment de leur retraite à la recherche d'un cadre de vie agréable. Cette diversité existe aussi du point de vue de l'âge et de l'état de santé des individus ; aussi, elle induit chez les individus des conditions de vie différentes selon les ressources que les personnes peuvent mobiliser : entourage, moyens financiers, utilisation d'aides médico-sociales, mobilité. Comme nous l'avons décrit plus haut, les flux migratoires observés en France entre les espaces ruraux et les espaces urbains se sont inversés progressivement depuis le milieu des années 1970. Même s'ils ne concernent qu'une faible partie de la population globale, ils sont suffisants pour avoir un impact certain dans les communes rurales, tant du point de vue démographique, économique, social que symbolique. Ces mouvements, bien que très diversifiés d'un territoire à un autre, créent de nouvelles configurations entre les individus, qui parfois peuvent créer des conflits d'usage.

S'agissant de ceux qui viennent s'installer à la campagne, Yannick Sencébé et Denis Lepicier,⁵⁹ en analysant ces flux migratoires actuels, ont démontré qu'ils étaient plus complexes que ceux qui ont amorcé le regain de population dans l'espace rural dans les années 1970. Aujourd'hui, les migrations ne sont plus seulement choisies, mais sont aussi le fait de contraintes, qui poussent, parfois malgré elles, des populations vers les périphéries de plus en plus éloignées

⁵⁸Rouiller C., « Le monde rural : quelques données de cadrage », *Informations sociales*, 2011/2, n° 164, p. 8.

⁵⁹ Sencébé Y. et Lepicier D., « Migrations résidentielles de l'urbain vers le rural en France : différenciation sociale des profils et ségrégation spatiale », *Espacestems.net* (revue en ligne), mai 2010.

des villes. Ils distinguent quatre principaux processus pouvant rendre compte des comportements migratoires entre les zones urbaines et les zones rurales. Un effet, qu'ils nomment « *cycles de vie* », qui correspond à des ménages actifs avec des enfants, relativement jeunes, et qui sont en recherche d'un accès à un logement suffisamment grand, dans un cadre de vie adapté à leur situation familiale. Les coûts fonciers urbains et les modifications des préférences individuelles à cette étape de leur vie, les conduisent à préférer en premier lieu les espaces périphériques des pôles urbains, ce qui a pour conséquence l'accroissement de la périurbanisation. Un effet de « *préservation* », pour des populations de classe moyenne qui se sont reléguées dans les zones périphériques du fait de la pression foncière en zone urbaine, de la précarisation de l'emploi, de la dégradation des conditions de vie en centre urbain et en banlieue. Leur départ est parfois idéalisé, avec le rêve qu'ils pourront accéder à un logement individuel, vivre tranquillement dans des espaces préservés. La réalité de leurs conditions de vie est fréquemment moins idyllique, notamment du fait des surcoûts énergétiques liés à leur nouveau type d'habitation. Un effet de « *génération* », qui concerne les migrations des retraités ou des futurs retraités du *baby-boom*. Leur migration connaît deux logiques : d'une part, ceux qui souhaitent se rapprocher des lieux de villégiature (côte Méditerranéenne et sud Atlantique, Sud-Ouest, etc.) et d'autre part, ceux qui effectuent une sorte de « retour au pays ». En effet, dans la population des 60-74 ans actuelle, on trouve encore un nombre significatif de personnes qui, issues du monde paysan, sont venues s'installer en ville dans les années 1950 et 1960 pour travailler dans les industries et qui viennent se réinstaller à la campagne pour retrouver le cadre de vie de leur jeunesse. Elles ont bénéficié des fruits de la croissance, sont souvent dégagées de leurs obligations familiales et ont les moyens et l'opportunité d'un large choix résidentiel. L'accès à un habitat en milieu rural se fait souvent *via* l'achat d'une résidence secondaire. Elles sont moins soumises aux contraintes d'accessibilité à l'emploi que les plus jeunes et mieux dotées en patrimoine. Aussi, leur migration est davantage un projet, un choix, que le résultat d'une relégation des villes dont sont parfois victimes les autres catégories. Enfin, notamment dans le rural isolé, on trouve une population d'actifs indépendants ayant fait le choix de délocaliser ou de créer leur activité dans ce cadre et, également, d'individus plus précaires et marginaux qui viennent en milieu rural pour trouver une forme de refuge. Ils constituent par définition un groupe très hétérogène : agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprises et certaines professions intellectuelles, aussi bien que des inactifs de longue durée, ou des personnes en errance⁶⁰ : « *Ce type de nouveaux ruraux, principalement attirés par la vie rurale*

⁶⁰ Voir notamment Pagès A., *La pauvreté en milieu rural*, Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 2004.

en ce qu'elle a de plus éloignée avec la ville, constitue une proportion marginale et relativement stable, évaluée à un peu plus de 5 % en 1999. Ces entrepreneurs choisissent une activité généralement peu sensible aux contraintes démographiques et l'espace rural constitue souvent à leur yeux un refuge.⁶¹». Ainsi, cette brève description des différents types de migrations démontre qu'une partie conséquente de celles-ci est due à un phénomène d'éviction des couches moyennes et modestes des villes dont les centres et certains quartiers, autrefois populaires, sont touchés par les processus de *gentrification*⁶². Ainsi, l'intensité et les destinations des migrations en direction des zones rurales sont fortement liées aux générations qui se déplacent et aux catégories socio-professionnelles auxquelles elles appartiennent (ou ont appartenu)⁶³.

Les mouvements migratoires, au-delà des aspects statistiques, ont une incidence forte en termes de recomposition sociale. Quand, en 1976, Henri Mendras⁶⁴ analyse l'impact de l'exode rural dans les campagnes, il décrit un monde en butte à des formes de « *réduction de l'épaisseur sociale, de simplification de la trame de la vie collective, du fait des départs successifs de pans entiers de la population (les jeunes, les femmes, les notables, les artisans les plus chevronnés), laissant la place à une société presque unidimensionnelle, de plus en plus exclusivement faite d'agriculteurs et consacrée à l'agriculture. L'exode transforme les anciens villages ruraux en villages agricoles. Les agriculteurs deviennent la catégorie dominante, voire quasi exclusive des actifs locaux.* »⁶⁵ Aujourd'hui, du fait de l'inversion des flux migratoires de ces dernières décennies, les communes de l'espace rural vivent des processus de « re complexification » du tissu social. Celle-ci induit une très forte hétérogénéité sociale (actifs travaillant en ville, télétravailleurs, retraités, exclus urbains, artistes, intellectuels, etc.) où les populations dites « natives » sont de moins en moins dominantes en nombre, même si elles ont encore souvent le sentiment d'être les seules vraies populations locales et considèrent tout habitant « non natif » comme un nouvel habitant. La recomposition sociale a également modifié les circuits des flux

⁶¹ François-Poncet J. et Belot C., *Nouvel espace rural français*, Rapport d'information au Sénat, Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, 15 juillet 2008, p. 30.

⁶² Cet anglicisme, issu du mot *gentry* (noblesse) désigne le processus d'installation des catégories socio-professionnelles supérieures dans des quartiers dits populaires.

⁶³ Pour plus de détails, voir annexe 2 : les migrations résidentielles. Pistre P, *Renouveaux des campagnes françaises*, Thèse de doctorat de géographie, Université Paris Diderot, décembre 2012, p.87.

⁶⁴ Mendras H., *Sociétés paysannes*, Armand Colin, Paris, 1976.

⁶⁵ Gilbert Y., « Migrations urbaines en milieu rural : diversification sociale et recomposition du politique », *Espaces et sociétés*, 2010/3, n° 143, p. 139.

économiques. Hier, la création et les flux des ressources étaient superposés avec la délimitation de la commune (du village). Actuellement, plusieurs flux de ressources convergent vers les espaces ruraux, soit de manière totalement indépendante, soit en accompagnement des ressources créées par l'exploitation agricole : aides financières (nationales ou européennes), apports par les résidents étrangers notamment de l'Europe du Nord, « *les salaires, les chiffres d'affaires, les droits d'auteurs perçus par des travailleurs ruraux à domicile, télétravailleurs, micro-entrepreneurs provenant d'une économie à la géographie totalement dilatée font que l'adéquation entre le territoire de la ressource et le territoire de vie disparaît progressivement.*⁶⁶ » Enfin, les mutations de l'espace rural se traduisent par une stratification et un enchevêtrement des cultures des individus qui le composent, qui sont porteurs de représentations et de valeurs différentes, parfois antagonistes, vis-à-vis de leur conception du travail, du territoire, de la famille, du patrimoine, etc. Ainsi, ce qui se joue aujourd'hui dans les communes rurales est un jeu de système de relations beaucoup plus ouvert et complexe « *que celui des collectivités locales observées par Marcel Jollivet et Henri Mendras il y a quarante ans. Pour autant l'un ne se substitue pas entièrement à l'autre. Ainsi, l'interconnaissance qui structurait les sociétés paysannes n'a que partiellement disparu. L'aspiration à un idéal de cohésion sociale et de solidarité qui habite encore nombre de néoruraux cohabite avec le besoin de reconnaissance qu'expriment diverses catégories sociales. La figure qui se généralise a ouvert la voie à une société d'inconnus familiers et durablement installés les uns à côté des autres. [...] La campagne conserve au moins une spécificité : la mobilité des modes de vie et la multi-appartenance des habitants ne s'accompagnent d'aucun anonymat ; l'inconnu est connu de tous et aucun acte n'est insignifiant. La cohabitation implique alors des formes complexes de rapports aux lieux et aux autres où s'imbriquent des éléments relevant des anciennes*⁶⁷. »

Conclusion

Tel qu'il est entendu dans ces différentes acceptions, le mot rural recouvre un grand nombre de définitions qui décrivent aussi bien des types d'habitats, d'espaces, d'activités, de rapports sociaux, de modes de sociabilités, de réseaux, de cadres légaux, etc. Pour Mickael Blanchet, géographe, ce terme « *renvoie à l'espace pour désigner un système local d'interactions entre*

⁶⁶ Gilbert Y., « Migrations urbaines en milieu rural... », *op. cit.*, p. 141.

⁶⁷ Alphantery P., Sencébé Y et Pinton F., « Ce que co-habiter veut dire. Fragmentation et recomposition dans les communes rurales (Puisaye-Forterre) », *Ethnologie française*, 2016, n° 161, p. 149.

les sociétés et le paysage. Ce système est marqué par des transformations [...]. Face à ces évolutions, le contenu de l'espace rural ainsi que son étendue sont continuellement discutés.»⁶⁸

Dans un mouvement généralisé d'homogénéisation des modes de vie et de perméabilité des frontières entre territoires ruraux et urbains, la notion de rural peut sembler, *a priori*, dépassée. Pourtant, et en dépit de certaines critiques, « *le fait rural demeure une dimension fondamentale de l'identification et de la description des espaces habités et des sociétés. C'est non seulement un qualificatif [...] communément admis et utilisé par la population et les médias, mais aussi un niveau important de la pratique administrative et de l'aménagement du territoire, en France et dans la plupart des États. Comme dans toutes les sciences humaines, passer d'un concept à une définition statistique soulève de nombreuses difficultés et suscite critiques et insatisfactions, c'est évidemment le cas pour la définition du rural (mais aussi de l'urbain !) qui est un thème récurrent de débats entre chercheurs, politiques et gestionnaires territoriaux. Certes les évolutions socio-économiques tendent à rapprocher voire à gommer certaines des composantes traditionnelles de la notion de rural (activités, habitats, modes de vie...), pour autant c'est un vocable approprié par les habitants pour lequel il faut apporter les instruments les plus adéquats possibles, permettant d'en dessiner les contours, la diversité des contenus et les transformations.* ⁶⁹»

Aussi, nous postulons que l'analyse des processus d'entrée et de vie en EHPAD à travers le prisme de son implantation en milieu rural reste opérationnelle. Premièrement, les résidents que nous avons choisi d'étudier dans les établissements d'hébergement sont toutes de vieilles personnes qui ont connu les sociétés paysannes telles qu'analysées par Mendras dans les années soixante. Bon nombre d'entre elles y ont même vécu et travaillé toute leur vie.

Deuxièmement, les territoires ruraux d'aujourd'hui recouvrent une importante diversité en termes de rapports avec les villes, de mobilité, de configuration démographique et économique, d'organisation spatiale et sociale. Cette diversité induit une pluralité de façons de vieillir, tant dans l'organisation quotidienne des individus que dans les représentations qu'ils se font de leur présent et de leur avenir dans ce type d'espace et que nous proposons ici d'interroger.

⁶⁸ Blanchet M., « Le vieillissement des campagnes : éléments d'introduction démographique et géographique », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 22.

⁶⁹ Bontron J.C., « La dimension statistique de la ruralité. Une manière de lire les représentations et les évolutions du rural », *Pour*, 2015, n° 228, p. 57-67.

2. Vieillesse et vieillissement en milieu rural

2.1 Données sociodémographiques générales

2.1.1. Vieillesse et gérontocroissance

La notion de « vieillissement de la population » apparaît, dans la littérature scientifique, avec Alfred Sauvy⁷⁰ en 1929. Elle a depuis fait son chemin et connu un indéniable succès. La création, en 2005, du terme « gérontocroissance » revient à Gérard-François Dumont⁷¹. Gageons que son utilisation sera bientôt d'un usage très courant...

On parle de vieillissement d'une population quand s'installe en son sein, de façon durable, un accroissement de la proportion des personnes âgées. Cette définition a l'avantage de montrer que le phénomène n'a rien d'un processus soudain, mais qu'au contraire il s'installe, et qu'il met en jeu une modification de la structure par âge⁷² d'une population, puisqu'il oppose une catégorie, les personnes âgées, à l'ensemble. Cette définition a cependant un inconvénient : celui de rester imprécis quant à l'ensemble « personnes âgées » qui reste flou. Que recouvre-t-il ? Dans la littérature technique et scientifique, selon qu'on souhaitera analyser la population des retraités on utilisera les catégories des plus de 60 ans ou de 65 ans. Si l'on s'attache à étudier les évolutions liées à l'âge, la plupart des chercheurs se basent sur celles des 75 ans et plus.

⁷⁰ Alfred Sauvy né à Villeneuve-de-la-Raho (Pyrénées-Orientales) le 31 octobre 1898 et mort à Paris le 30 octobre 1990) est un économiste, démographe et sociologue français. C'est lors d'une présentation, « La population française jusqu'en 1956. Essai de prévision démographique », faite en 1928, qu'Alfred Sauvy abordera la notion de vieillissement de population. Le texte de cette présentation sera repris dans le *Journal de la société statistique de Paris*, tome 69 (1929), p.321-327.

⁷¹ Gérard-François Dumont, géographe, économiste et démographe français, né le 20 mai 1948 à La Souterraine (Creuse). « *Gérontocroissance : augmentation du nombre de personnes âgées dans une population* ». *A distinguer du vieillissement, qui renvoie à l'« augmentation de la proportion des personnes les plus âgées dans une population considérée* ». Source : Dumont G. F. et alii, *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Ellipse, Paris, 2006.

⁷² Globalement, l'étude des variations de la structure par âge d'une population met en regard les *Jeunes*, les *Adultes* et les *Vieux*. Dans les pays développés, les *Jeunes* sont généralement représentés par les moins de 20 ans, les *Adultes* par les 20-59 ans et les *Vieux* par les plus de 60 ans. L'allongement de la durée de vie a rendu bien souvent nécessaire de créer des catégories dans cet ensemble devenu trop « vaste » des plus de 60 ans (75 ans et plus, 80 ans et plus, 85 ans et plus, etc.).

Quant aux travaux relatifs aux pathologies, les gériatres travaillent principalement avec des sujets âgés de plus de 85 ans⁷³.

Trois facteurs sont susceptibles de modifier la structure par âge d'une population et, pour ce qui nous intéresse, de mettre à jour le vieillissement : la natalité/fécondité, la mortalité et les migrations. Il va sans dire que ces facteurs ont leurs actions propres, mais qu'ils peuvent aussi interagir et, surtout, ne négligeons pas le fait que les variations de leurs amplitudes peuvent avoir des répercussions à long terme : les données démographiques (effectifs des naissances, éventuellement des mariages, des décès et des flux migratoires) sont des données « lourdes », c'est-à-dire des données dont les impacts seront encore présents dans deux, voire trois ou quatre, générations.

Tableau 1 : France - Evolution de la structure par âge, 1950-2015 (%)

Année	0-19 ans	20-59 ans	60 ans et plus	<i>dont 75 ans et plus</i>
1950	30,1	53,7	16,2	3,8
1990	27,8	53,2	19,0	6,8
2000	25,6	53,8	20,6	7,2
2005	24,9	54,3	20,8	8,0
2010	24,3	53,0	22,7	8,8
2015	24,0	51,4	24,6	9,1

Source : INSEE - Champ : France métropolitaine

Sans l'opposer au concept de vieillissement, nous avons retenu avec intérêt la notion de gérontocroissance car elle met en avant le nombre et qu'elle nous sera très utile pour notre recherche qui portera sur des populations à faibles effectifs. En effet, en zone rurale les pourcentages des groupes d'âges peuvent perdre de leur pertinence au regard de l'effectif total peu différent de cent, voire inférieur.

Tableau 2 : Caractéristiques différenciées du vieillissement et de la gérontocroissance⁷⁴

	Gérontocroissance	Vieillissement
--	-------------------	----------------

⁷³ 85 ans est également l'âge moyen d'entrée en établissement.

⁷⁴ Source : Dumont Gérard-François et alii, Les territoires face au vieillissement en France et en Europe, Ellipse, Paris, p. 26.

Définition	Augmentation du nombre de personnes âgées dans une population.	Hausse de la proportion des plus âgés dans une population.
Facteurs d'intensité	1. Longévité* accrue des personnes âgées ; 2. Apport migratoire composé de personnes âgées ; 3. Effet d'un héritage démographique.	1. Fécondité en baisse** ; 2. Longévité* accrue des personnes âgées ; 3. Composition par âge et comportement de fécondité dus aux migrations ; 4. Effet d'un héritage démographique.
Prospectives après 2006 en France	- Gérontocroissance certaine sauf changement structurel ; - indépendante de la fécondité future.	- Vieillissement extrêmement probable, mais... - incertain dans son intensité et dans ses conséquences car dépendant notamment de l'évolution de la fécondité.

*Par longévité, il faudra considérer ici la résultante des évolutions des taux de survie des personnes âgées et des effectifs des générations de personnes âgées.

**Par fécondité, il faut considérer la résultante des évolutions du taux de fécondité et les effectifs des femmes en âge de procréer.

Les processus de vieillissement et de gérontocroissance affectent la majeure partie des populations au niveau mondial. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la part des personnes de plus de 60 ans devrait doubler entre 2000 et 2050. On notera que les pays à revenu faible et intermédiaire connaîtront l'évolution démographique la plus rapide et la plus importante. A titre d'exemple, alors qu'il a fallu à la France près de 150 ans pour passer d'une proportion de 10 % à 20 % de la population âgée de plus de 60 ans, des pays tels que le Brésil, la Chine et l'Inde devraient suivre la même augmentation en seulement 20 ans : « *Il n'existe actuellement qu'un seul pays où [la proportion des plus de 60 ans] dépasse 30 % : le Japon. Toutefois, d'ici le milieu du siècle, de nombreux pays auront une proportion de personnes âgées similaire à celle du Japon en 2012. Ceux-ci incluent des pays en Europe et en Amérique du Nord, mais également le Chili, la Chine, la République islamique d'Iran, la République de Corée, la Fédération de Russie, la Thaïlande et le Vietnam.* ⁷⁵ ». Les pays européens sont tout

⁷⁵ Source : OMS, Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, en ligne, 2016. Consulté le 27/10/2016.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1

particulièrement concernés puisqu'en 2016, selon Eurostat, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 18,5 % de la population totale avec une augmentation moyenne de 0,3 % par an.

2.1.2. Le vieillissement en France

La problématique du vieillissement de la population n'est apparue que récemment comme nous l'avons évoqué au paragraphe précédent. Il faut replacer l'alerte d'Alfred Sauvy dans le contexte français de l'époque : la Première Guerre mondiale a été meurtrière (1 500 000 morts) et elle n'a pas été suivie par une reprise importante de la natalité/fécondité, mais par un simple phénomène de « rattrapage des naissances empêchées » durant le conflit qui gonfle uniquement les effectifs de naissances des années 1920 et 1921 (respectivement 834 000 et 812 000 naissances). Il faudra attendre 1930 (41 610 000 habitants) pour que la population de la France retrouve son effectif de 1913 (41 690 000 habitants). Ce qui a pu attirer l'attention d'Alfred Sauvy c'est la tendance observée depuis le début du XX^e siècle aux différents recensements : une baisse continue de la proportion des moins de 20 ans et une hausse tout aussi continue de celle des plus de 60 ans⁷⁶.

Historiquement, la France ne s'est jamais distinguée, par rapport à ses voisins européens, par une forte fécondité. Certains historiens vont même jusqu'à dire que sa transition démographique a été « exceptionnelle » puisque sa natalité aurait baissé en même temps, voire avant sa mortalité, la privant ainsi du fameux « temps de réponse » à l'origine des accroissements sensibles de population. L'après Seconde Guerre mondiale a éloigné le spectre du vieillissement du fait du baby-boom (1946-1965) et de son écho (1966-1974) : entre 1946 et

⁷⁶ France, moins de 20 ans et 60 ans et plus à différents recensements - Effectifs et %

Année de recensement	Moins de 20 ans		60 ans et plus	
	Effectifs	%	Effectifs	%
1901	13 312 949	34,6	4 788 804	12,5
1906	13 299 770	34,2	4 886 746	12,6
1911	13 279 457	33,9	4 927 740	12,6
1921	12 271 041	31,6	5 321 412	13,7
1926	12 469 760	31,0	5 554 690	13,8

Source : INSEE.

On notera que durant le premier quart du XX^e siècle les effectifs des moins de 20 ans ont chuté de 6,3 % et que leur représentation a chuté de 10,4 %. Dans le même temps, les effectifs des 60 ans et plus augmentaient de 16,0 % et que leur représentation connaissait une croissance de 10,4 % : tout se passe comme si un transfert s'était opéré entre les *Jeunes* et les *Vieux*.

1974 le nombre annuel de naissances a toujours été supérieur à 800 000, atteignant même des pointes à plus de 870 000 (1964, 1971 et 1972). Dans le même temps, les progrès médicaux et l'amélioration des conditions de vie ont permis de lutter avec efficacité contre la mortalité aux âges jeunes et adultes : le taux mortalité infantile⁷⁷ atteignait encore le niveau de 70 ‰ en 1946, il est égal à 13,8 ‰ en 1975, soit une division par cinq de cette mortalité ; en 1946, l'espérance de vie⁷⁸ à la naissance des hommes n'atteignait pas encore 60 ans (59,9 ans) et celle de femmes, supérieure de cinq ans, était de 65,2 ans. Trente ans plus tard, en 1975, les hommes et les femmes ont gagné dix ans : leurs espérances de vie à la naissance sont respectivement égales à 69,0 ans et 76,9 ans⁷⁹. Le dernier quart du XX^e siècle a continué à enregistrer un report de mortalité à des âges de plus en plus élevés grâce, encore, aux progrès médicaux qui ont eu cette fois une nouvelle cible : la population des plus de 60 ans.

Tableau 3 : France, évolution des espérances de vie masculines et féminines à la naissance (e₀) et à 60 ans (e₆₀) (en années) et variations annuelles (en %).

Année	Hommes		Femmes		Hommes		Femmes	
	e ₀	Var. %	e ₀	Var. %	e ₆₀	Var. %	e ₆₀	Var. %
1946	59,9		65,2		15,4		18,0	
1956	65,2	+ 8,8	71,7	+ 10,0	15,2	- 1,3	18,7	+ 3,9
1966	67,8	+ 4,0	75,2	+ 4,9	16,1	+5,9	20,5	+ 9,6
1976	69,2	+2,1	77,2	+ 2,7	16,6	+3,1	21,5	+ 4,9
1986	71,5	+3,3	79,7	+ 3,2	18,1	+9,0	23,2	+ 7,9
1996	74,1	+ 3,6	82,1	+ 3,0	19,7	+8,8	25,0	+ 7,8
2006	77,2	+ 4,2	84,2	+ 2,6	21,8	+ 10,7	26,8	+ 7,2
2016	79,4	+ 2,8	85,4	+ 1,4	23,2	+ 6,4	27,6	+ 3,0

Source : INSEE - Champ : France métropolitaine.

⁷⁷ La mortalité infantile concerne la mortalité des enfants nés vivants et décédés avant leur premier anniversaire.

⁷⁸ L'espérance de vie à un âge « x » représente le nombre moyen d'années qu'il reste à vivre à un individu d'âge « x ». L'espérance de vie à la naissance (e₀) estime donc l'âge moyen au décès.

⁷⁹ « Au-delà des écarts entre les durées de vie des hommes et des femmes, toujours favorables à ces dernières, nous remarquons que les gains sont d'autant plus élevés que nous avançons en âge. Ainsi, c'est surtout à partir de 60 ans que nous constatons une accélération de l'augmentation des années gagnées. » (Dion M., « Le vieillissement en chiffres », in Cohen J., Mourey F., La rééducation gériatrique, Lavoisier-Médecine, Paris, 2014, p. 1-2.

En soixante-dix ans, entre 1946 et 2016, les Français, hommes et femmes, ont vu leurs espérances de vie à la naissance progresser de vingt ans et leurs espérances de vie à 60 ans progresser, respectivement, de huit et neuf ans. Au regard de cette évolution, il est pertinent de faire figurer une table de variations : nous pouvons remarquer que dès le milieu des années 1960 la progression de l'espérance de vie à 60 ans est plus forte que celle enregistrée pour l'espérance de vie à la naissance. Ainsi, par exemple, l'espérance de vie à la naissance masculine progresse de 2,1 % entre 1966 et 1976, mais dans le même temps, le nombre moyen d'années qu'il reste à vivre aux hommes âgés de 60 ans (e_{60}) progresse de 3,1 % ; les résultats s'amplifient à partir de 1986. Les femmes connaissent des scores tout aussi nets.

Dans le même temps, le contrôle de la fécondité⁸⁰, par le biais de la diffusion large de la pilule contraceptive, a contribué à la chute du nombre annuel des naissances qui a eu pour conséquence de remettre au goût du jour le vieillissement de la population, vieillissement qui s'est accentué dès le début des années 2000 (2006) avec l'arrivée au soixantième anniversaire des générations nées à partir de 1946.

2.1.3. Le vieillissement des espaces ruraux français

2.1.3.1 Une surreprésentation des personnes âgées en milieu rural

Les espaces ruraux français sont des territoires très largement concernés par le vieillissement de leur population et la part des plus âgés dans l'espace rural a suivi une évolution plus sensible que celle de l'ensemble de la France métropolitaine. Au recensement de 2007, les communes rurales comptaient 21,5 % de personnes de plus de 65 ans contre 16,9 % pour l'ensemble de la France. De manière plus ciblée, en 2009, les plus de 65 ans représentent plus d'un tiers de la population dans les zones rurales éloignées des pôles urbains. Dans ces espaces, on constate d'une part, l'augmentation de la part des plus de 65 ans dans la population totale (c'est-à-dire le vieillissement de la population) et d'autre part, l'augmentation en valeur absolue du nombre de personnes de plus de 65 ans (c'est-à-dire la gérontocroissance)⁸¹.

⁸⁰ L'indicateur conjoncturel de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme) qui doit être sensiblement égal à 2,1 (2,1 enfants par femme) pour assurer le renouvellement d'une génération reste à ce niveau jusqu'en 1974. Après cette date, il n'atteindra 2,0 qu'en 2010, passant par un minimum égal à 1,66 en 1993.

⁸¹ Selon les modalités d'analyse et le type de sources utilisées, ce constat peut être amené à être revu. Pour Mickaël Blanchet : « *C'est surtout dans les communes péri-urbaines (où la part des personnes âgées est la moins importante) que l'on observe la plus forte progression du nombre de personnes âgées : l'onde de vieillissement se*

Tableau 4 : France, répartition en pourcentage en 2009 et variation 1999-2009 (entre parenthèse) de la population par tranche d'âges selon les types d'espaces.

	0-19 ans		20-39 ans		40-59 ans		60 ans et +		Ensemble
Pôle de Paris	25,6	(-1,5)	30,4	(-5,4)	26,5	(+2,2)	17,5	(+9,7)	100
Grands pôle (hors Paris)	24	(-6,4)	26,9	(-8,3)	26,3	(+5,5)	22,8	(+13,6)	100
Périurbain grands pôles	26,3	(-3,4)	23,6	(-10,3)	29	(+8)	21,1	(+7,4)	100
Pôle rural	22,3	(-6,8)	21,4	(-15,9)	27,2	(+9,6)	29,1	(+12,8)	100
Autre périurbain	23,9	(-1,4)	21,7	(-11,3)	28,5	(+12,2)	25,9	(+0,1)	100
Rural éloigné	20,5	(-4,1)	19,3	(-16,7)	28,3	(+14,7)	31,9	(+3,6)	100
France métropolitaine	24,5	(-4,3)	25,6	(-9,2)	27,3	(+6,8)	22,6	(+9,7)	100

Sources : INSEE, RP 1999 et EAR 2009⁸², (BLANCARD S., DETANG-DESSENDRE C., RENAHY N., 2016).

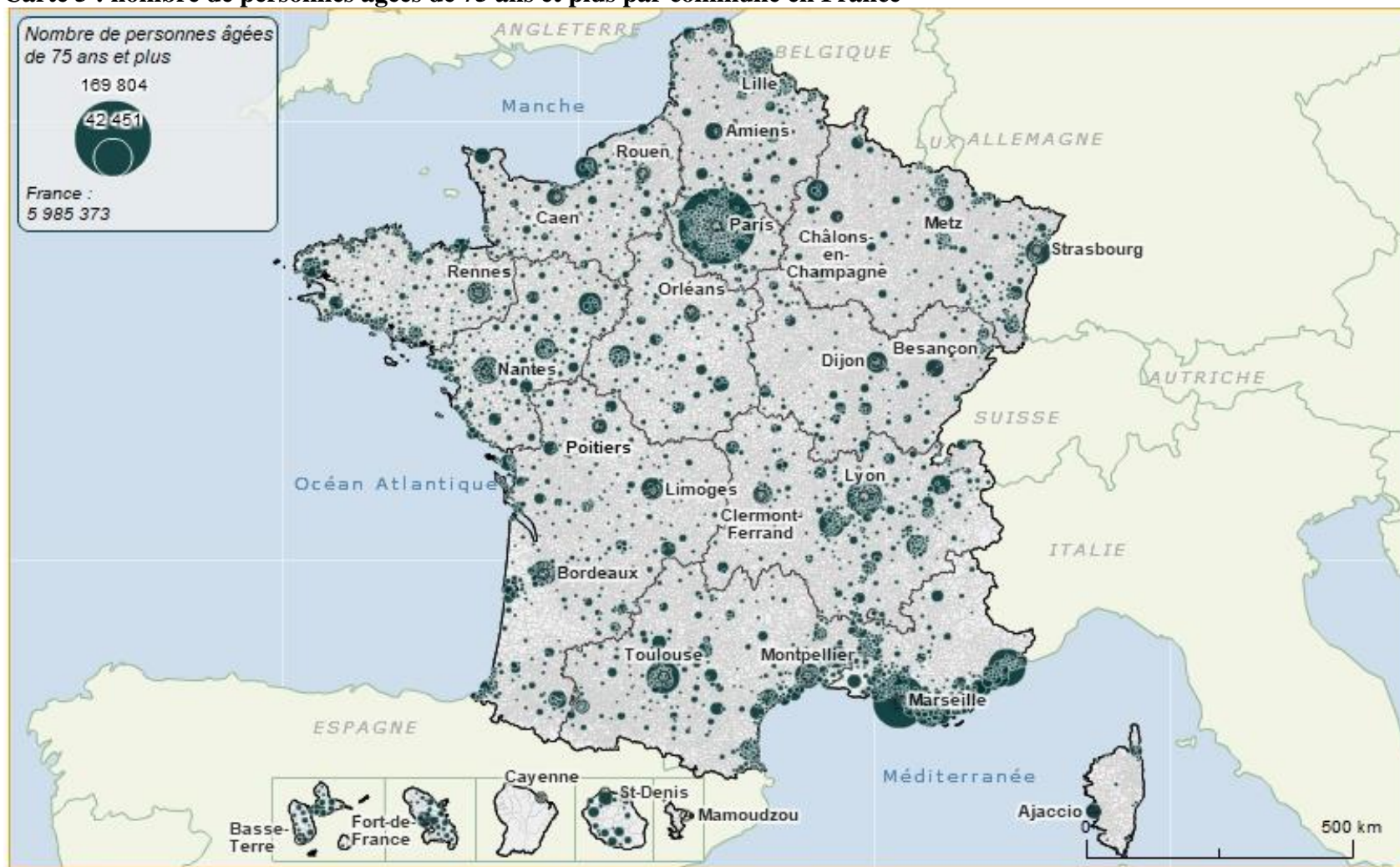
L'augmentation de la part des personnes âgées est liée à trois phénomènes qui coexistent dans les espaces ruraux. Premièrement, l'allongement de la durée de vie ; deuxièmement, une stagnation démographique liée à une faible natalité ; troisièmement, des flux migratoires caractérisés par le départ vers les zones urbaines des jeunes en âge de travailler et l'installation de retraités. La conjugaison de ces phénomènes est repérable dans l'espace métropolitain français.

A la lecture des cartes suivantes, on constate qu'en valeur absolue le nombre de personnes âgées est nettement plus important dans les centres urbains (en 2013 la commune de Paris comptait près d'un million sept-cent mille personnes de plus de 75 ans). Toutefois, si on observe la part que représente ces personnes dans les communes, la logique s'inverse. On constate alors, que le taux de personnes de plus de 75 ans sont nettement plus conséquents dans les espaces ruraux.

déplace des villes et des campagnes vers les zones péri-urbaines ». In : « Le vieillissement des campagnes : éléments d'introduction démographiques et géographiques », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 21-38.

⁸² Blancard S., Detang-Desseembre C., Renahy N. (coord.), *Campagnes contemporaines, Enjeux économiques et sociaux des espaces ruraux français*, Quae éditions, Paris, 2016, p. 13.

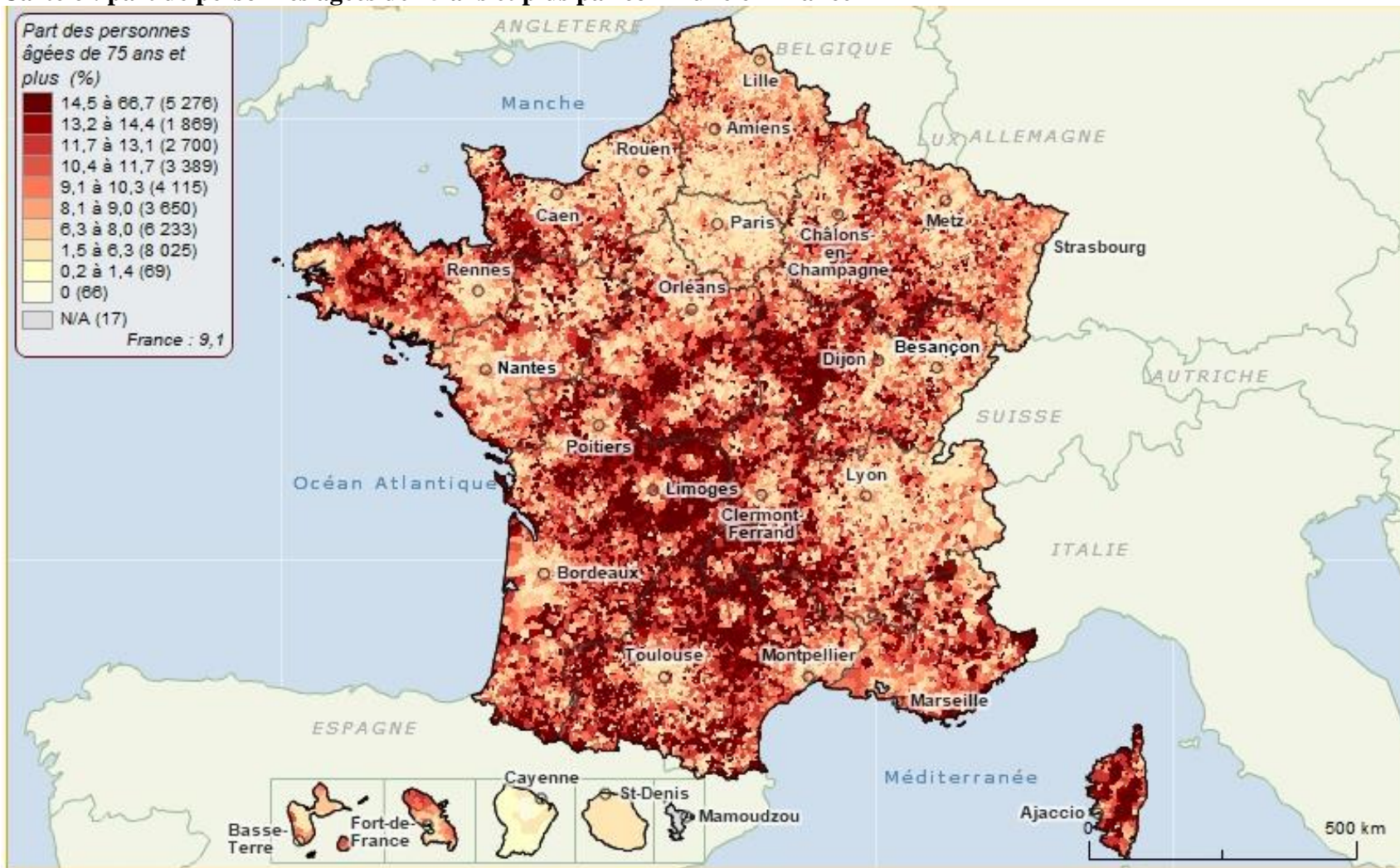
Carte 5 : nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par commune en France



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Source : INSEE, RP 2013. On trouvera en annexe 3 : part et nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en Bourgogne-Franche-Comté et en Saône-et-Loire.

Carte 6 : part de personnes âgées de 75 ans et plus par commune en France



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017
 Source : INSEE, RP 2013.

Toutefois, il faut se garder de conclure à une forme d'homogénéité des personnes classées dans la catégorie « âgées » car celle-ci agrège des populations aux caractéristiques très différentes et qui induisent une répartition différenciée sur le territoire métropolitain.

2.1.3.2 Des disparités importantes selon les territoires

Les espaces ruraux ont vécu de profondes modifications en cinquante ans : recul de l'emploi agricole, crise de l'industrie locale, extension des villes et processus de périurbanisation qui ont conduit à une grande diversification en termes économique, démographique et social. Ces mutations ont également induit des dynamiques hétérogènes du point de vue du vieillissement des populations qui y vivent.

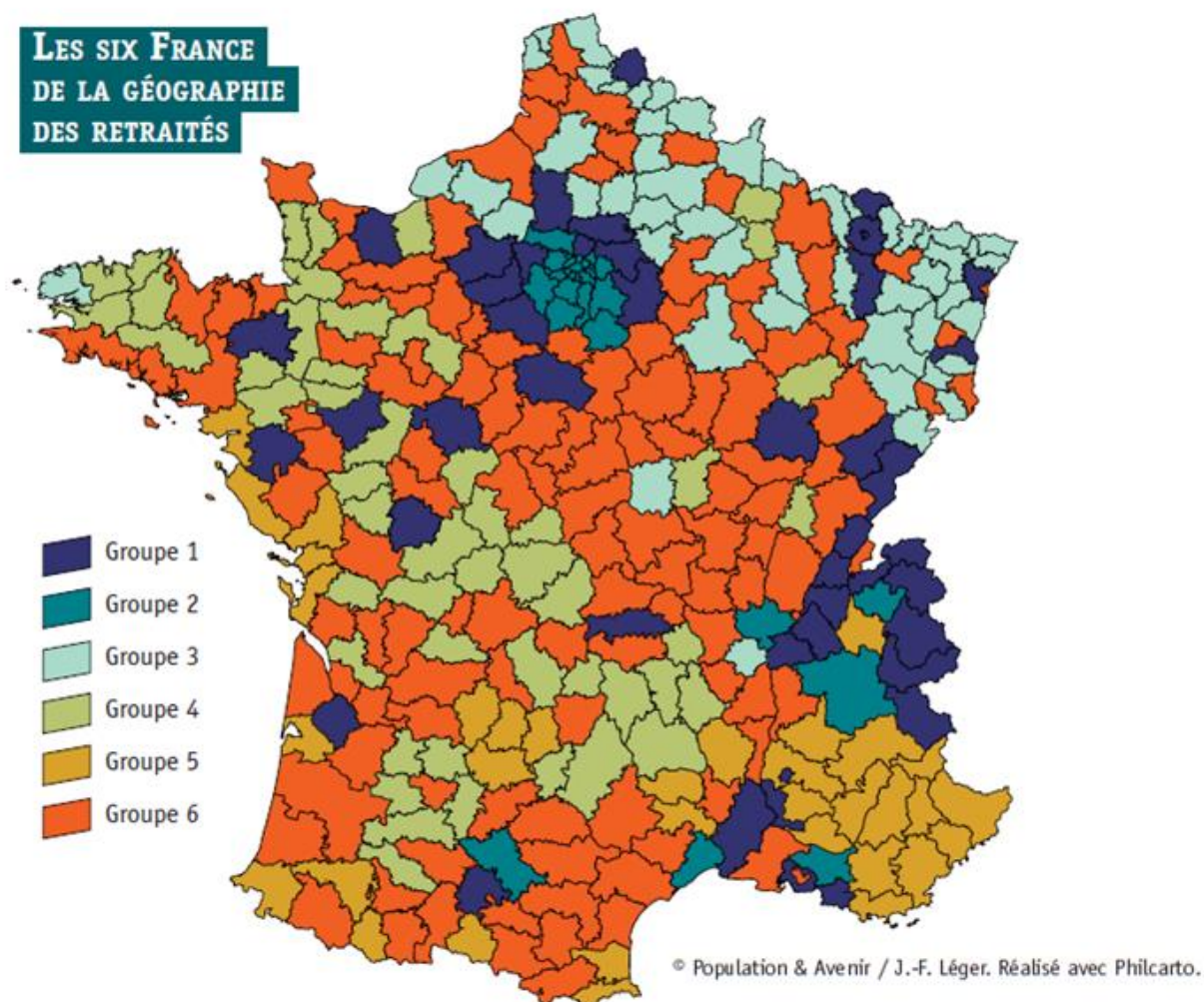
Dans son article, paru en 2014 dans *Population et avenir*⁸³, Jean-François Léger distingue six groupes permettant de qualifier la répartition géographique des retraités⁸⁴ (qui représentent actuellement en France un tiers des ménages). Cette distribution est le résultat d'une part, du poids démographique des retraités dans certains territoires (avec une concentration importante dans une vaste région qui s'étend entre le Massif Central, la Bourgogne au nord-est et le Bassin Aquitain au sud) majoritairement ruraux (cf. carte suivante) et d'autre part, de leur appartenance à une strate socio-professionnelle. En effet, l'auteur a pu démontrer que « *chacune [des] quatre [grandes] catégories socio-professionnelles renvoie à une géographie particulière qui met en évidence une forme de spécialisation territoriale des différents types de ménages retraités.*⁸⁵ »

⁸³ Léger J.F., « La répartition géographique des retraités : les six France », *Population et Avenir*, n° 716, 2004, p. 4-7.

⁸⁴ « Selon l'Insee, « la personne de référence du ménage est déterminée à partir de la structure familiale du ménage et des caractéristiques des individus qui le composent. Il s'agit le plus souvent de la personne de référence de la famille quand il y en a une, soit l'homme du couple, si la famille comprend un couple ». Dans la suite du texte, le qualificatif retraité s'applique à la personne de référence du ménage : par exemple « ménage retraité » signifie « ménage dont la personne de référence est retraitée ». Source : *ibid.*, p. 4.

⁸⁵ *Ibid.*, p.7.

Carte 7 : les six France de la géographie des retraités



Les six groupes sont définis par Jean-François Léger comme suit : les groupes 1 et 2 sont caractérisés par une faible proportion de ménages retraités, notamment parmi les agriculteurs, les artisans, les commerçants ou les chefs d'entreprises. Au contraire, les cadres et professions intermédiaires y sont plus nombreux. On trouve ces ménages principalement dans les grands pôles urbains et leur couronne.

Le groupe 3 décrit des ménages retraités aux caractéristiques proches de la moyenne nationale, avec une surreprésentation d'ouvriers et d'employés retraités. Ils se situent quasiment tous dans le nord-est de la France et correspondent aux anciens bassins industriels.

Le groupe 4 est défini par une proportion de ménages retraités supérieure à la moyenne nationale et compte une part élevée d'agriculteurs retraités. Il s'agit de zones rurales localisées

dans la partie ouest de la France, suivant un triangle qui s'étend de la pointe occidentale de la Bretagne au sud du Bassin Aquitain et du Massif Central.

Le groupe 5, dont la proportion de retraités est plus élevée que celle de la moyenne nationale, comprend une part significativement plus importante de cadres et professions intermédiaires ainsi que d'artisans, commerçants et chefs d'entreprises retraités. Ce groupe se trouve essentiellement en Provence Alpes-Côte-d'Azur et en Corse ainsi que le long du littoral atlantique, le sud-ouest et une partie des Cévennes.

Le dernier groupe présente des caractéristiques assez proches de la moyenne nationale et se concentre notamment dans les régions Centre, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne ainsi qu'une partie des régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Aquitaine et le sud de la région Poitou-Charentes.

Ainsi, les travaux de Jean-François Léger concluent à une répartition spatiale des retraités différenciée, résultant de l'héritage des spécialités économiques anciennes et actuelles et ayant induit des développements territoriaux inégaux : des zones historiquement dominées par l'activité agricole ou industrielle qui accueillent majoritairement des retraités au capital économique le moins élevé, tandis que les aires urbaines et les zones à potentiel touristique attirent les retraités au capital économique élevé. *« Ce constat rappelle que les grandes localisations économiques structurent longuement et fortement, bien après leur éventuelle reconversion, la démographie des territoires. Cette inertie permet aussi d'entrevoir des perspectives sociales, économiques et démographiques très inégales d'un territoire à l'autre. La géographie contemporaine des ménages retraités en France révèle aussi le fossé qui se creuse entre les territoires jadis dominés par l'économie rurale ou industrielle et les grandes agglomérations »*⁸⁶ et créent des inégalités territoriales en termes de ressources et de services disponibles, notamment chez les plus âgés, que nous traiterons ultérieurement.

2.2 Le vieillissement, un processus physiologique, social et identitaire

De tout temps et dans la plupart des sociétés, la vieillesse a toujours été crainte parce qu'elle est considérée comme une étape de perte et de déclin et surtout parce qu'elle nous renvoie à la proximité de la mort : *« le vieillissement a toujours été synonyme de perte physique, notamment*

⁸⁶ Léger J.F., « La répartition géographique des retraités..., *op. cit.*, p.7.

de la force, de la rapidité et de l'endurance. Toutes ces dimensions ont toujours été associées directement aux possibilités de survie de l'individu, que l'on soit dans le cadre d'un environnement naturel agressif, dans lequel il faut trouver sa pitance, ou dans le cadre d'une civilisation socialement plus avancée, où le travail est indispensable à la survie. »⁸⁷

Dans les sociétés occidentales l'étude du vieillissement est restée très longtemps le domaine de la médecine⁸⁸. Cela orientera radicalement le prisme des recherches. La gériatrie naît au XIX^e siècle et les premiers vieillards à être étudiés par les médecins sont des personnes qui vivent dans les grandes institutions parisiennes⁸⁹, lesquelles ont à l'époque la vocation « d'accueillir » toutes les personnes indigentes ou impotentes, dont beaucoup sont des femmes. Les médecins vont développer dans ces établissements les premières recherches empiriques et systématiques. Aussi la description du grand âge s'est faite à travers l'étude d'une population, certes âgée pour l'époque⁹⁰, mais dont l'autre caractéristique était d'être extrêmement pauvre et démunie. Ainsi, s'est créée une vision du vieillissement assimilable à un processus d'avancée vers des conditions de plus en plus misérables qui aboutissent le plus souvent à l'impotence ou à l'aliénation. Cette image misérabiliste du vieillissement va perdurer, d'autant plus que les thérapeutiques préconisées restent très longtemps cantonnées à une adaptation, parfois aléatoire, de celles utilisées pour les plus jeunes et à des préconisations issues des pratiques anciennes de la médecine : « *malgré [des aspects systématiques et novateurs], la thérapeutique reste archaïque, finalement très proche de celle préconisée au siècle précédent. Durand-Fardel préconise ainsi les séjours à la campagne, les bords de mer, les montagnes boisées de sapins, etc. Il vante également la sagesse du vieillard et indique qu'il faut savoir être vieux, invitant à la modération.*⁹¹ ». Cette orientation scientifique a conduit à de nombreuses représentations et autres fausses conceptions quant à cette population. En dirigeant la construction des connaissances relatives aux personnes âgées d'une part, à travers une vision médicale et d'autre part, avec pour sujet une catégorie spécifique, l'étude du vieillissement s'est principalement restreinte aux dimensions biologiques et tout particulièrement à leurs répercussions

⁸⁷ Pfitzenmeyer, Prendre soin du grand âge. Un défi pour une société plus juste, L'Harmattan, Paris 2010, p. 17.

⁸⁸ Nous le verrons de manière plus loin.

⁸⁹ En 1804, Philippe Pinel publie *La Médecine Clinique* dont un chapitre est consacré à l'étude de patients âgés à la Salpêtrière. Sa patientèle était uniquement féminine et la plupart de ces femmes étaient indigentes.

⁹⁰ Les personnes qui étaient considérées comme vieilles à cette époque avaient vingt à trente ans de moins que celles d'aujourd'hui.

⁹¹ Pollet G., « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIX^e siècle : sociogénèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, 2001/3, n° 34, p. 41.

physiologiques délétères. C'est d'ailleurs, encore souvent, de cette manière qu'il est défini dans les cours de médecine : « *Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies* »⁹². Ce qui a notamment évolué est que la médecine distingue aujourd'hui le vieillissement pathologique du vieillissement normal.

2.2.1. Les processus de vieillissement biologiques : causalité ou circularité ?

Il n'est pas question ici de nier les répercussions du vieillissement sur l'organisme humain. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'être un professionnel de santé pour en constater les effets. Au-delà des disparités individuelles, ils sont bien réels et inévitables. Le constat que nous énonce Claude Lafon est sans appel : « *Avec le temps qui passe, tous les organes et toutes les fonctions de l'individu s'affaiblissent. De la cellule à l'organisme, tous les niveaux d'organisation et de fonctionnement sont touchés. Le nombre des cellules diminue dans la plupart des tissus ; leur potentiel et leur vitesse de multiplication régressent ; les cellules s'encombrent de matériaux non dégradables ; la synthèse des protéines diminue ; le métabolisme (l'ensemble des réactions biochimiques) est moins fiable, les enzymes malformées et moins efficaces ; des cellules altérées apparaissent. Les détériorations s'amplifient sans que l'on sache exactement laquelle est première et déterminante. Et l'organisme perd progressivement la capacité à assurer ses fonctions vitales, à se défendre, à s'adapter aux sollicitations et aux variations de l'environnement.*⁹³ » Cela nous paraît d'autant plus évident que le vieillissement s'accompagne de modifications de l'apparence physique que nous considérons comme spécifique aux plus âgés : le renouvellement de la peau se fait moins vite, ses capacités de protection baissent, elle perd de sa souplesse et apparaissent les rides puis les tâches dites de vieillesse⁹⁴. Les cheveux se raréfient, ils blanchissent. La masse musculaire régresse et induit une posture moins solide,

⁹² Cours en ligne : « Le vieillissement humain », Université Médicale Virtuelle Francophone.

Consultable en ligne : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>.

⁹³ Lafon C., « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/3, n° 94, p. 4.

⁹⁴ Les lentigos séniles, ou tâches de vieillesse, sont parfois également appelées « fleurs de cimetière », ce qui ne laisse aucun doute quant à leur interprétation.

un dos plus vouté... Autant de stigmates visibles qui étiquettent, au fur et à mesure de leur apparition, les individus dans la catégorie des personnes âgées. Du côté du fonctionnement interne des organes, le constat n'est guère plus engageant : le débit cardiaque, la capacité respiratoire et la fonction rénale diminuent. Tout le système hormonal est modifié, conduisant à des perturbations des horloges et des rythmes biologiques. Nous pourrions très certainement continuer cette liste pendant de nombreuses pages, tant le processus de vieillissement a un impact sur l'ensemble de l'individu : morphologique, physiologique, cellulaire, biochimique et fonctionnel. Comme nous l'ont dit bon nombre de résidents lors de nos entretiens : « *Mieux vaut ne pas vieillir !* ». Pourtant, nous verrons plus loin que ces modifications d'une part, ne suivent pas une évolution universelle et linéaire et que d'autre part, elles n'ont pas obligatoirement de répercussions néfastes pour les personnes.

Au cours des XX^e et XXI^e siècles, les sciences médicales et biologiques ont fait des progrès extraordinaires. Elles ont réussi à accéder aux « mécanismes » les plus intimes, à rendre compte de la plupart des changements constatés chez les individus et à décrire la manière dont ils s'opèrent. Toutefois, elles n'ont toujours pas permis d'expliquer l'ensemble des processus relatifs au vieillissement : « *L'organisme n'est pas un simple « tas de cellules », mais un système complexe et intégré, un réseau dans lequel les éléments sont liés par la circulation d'informations. Les cellules communiquent entre elles, et les grands systèmes intégrateurs, systèmes nerveux, hormonal et immunitaire, assurent l'unité physiologique et l'intégrité du tout. [...] Tout agit et réagit sur tout, et le nombre des variables en interaction est tel que la corrélation observée entre deux paramètres n'implique que rarement un lien de causalité. Avec la complexité du vivant, l'effet réagit sur la cause, donnant l'illusion de la précéder : la causalité n'est plus simplement linéaire, elle devient circulaire. Si, pour une raison ou une autre, notre pression artérielle augmente, cette augmentation est immédiatement détectée, et, par le jeu d'une boucle de régulation, entraîne une contre-réaction, égale mais de signe opposé. Toute variation entraîne sa propre négation. [...]*

L'omniprésence des rétroactions brouille les pistes : accéder à la cause première d'un processus multifactoriel complexe comme le vieillissement est certainement, et pour longtemps encore, une illusion.⁹⁵» Ainsi, nous ne pouvons réduire le vieillissement à la somme du vieillissement de nos cellules ou même de nos organes. D'une part, nous continuons à vivre alors que presque tout se renouvelle en nous. D'autre part, lorsque les personnes, même très âgées, meurent, la plupart de leurs cellules sont en vie. Enfin, certaines de nos cellules semblent

⁹⁵ Lafon C., « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir »..., *op. cit.*, p. 6.

bien échapper à la sénescence, telles que les cellules cancéreuses. Aussi, l'idée répandue d'assimiler vieillissement cellulaire et vieillissement de l'organisme est erronée, de même que combattre l'un ne sera pas forcément efficace sur l'autre.

Autre idée préconçue : le vieillissement serait un processus qui se déclencherait à partir d'un certain âge, notamment lorsque nous commençons à en porter les stigmates (rides, cheveux blancs, lunettes, etc.). Or, il s'avère que nous commençons à vieillir assez tôt. Ici aussi les scientifiques ne sauraient déterminer un âge précis, mais on peut repérer une diminution des capacités, très variables selon les organes et les individus, à partir de vingt ans.

L'organe qui vieillit le moins vite est le cerveau (hors pathologie). Deux raisons à cela : « *La première est évolutive : les systèmes de régulation, dont la fonction est de maintenir la constance et l'intégrité de l'organisme, donnent toujours la priorité à la sauvegarde du milieu intérieur et de son « chef d'orchestre ». La seconde est physiologique, conséquence de la plasticité et du dynamisme de la machinerie cérébrale : parce qu'il se restructure en fonctionnant, le cerveau change en permanence, comme s'il « rajeunissait » sans cesse, mais par morceaux.*⁹⁶ » Alors que le sens commun voit comme normale ou naturelle la baisse des capacités mnésiques, la mémoire (ou plutôt les différentes mémoires) reste opérationnelle, même à des âges très avancés. Souvent, les personnes âgées se plaignent d'avoir des « pertes de mémoire », principalement au sujet des faits les plus récents. Ces oublis (toujours, hors pathologie) tiennent au fait que, comme les jeunes, la construction des circuits neuronaux nécessite du temps⁹⁷. De plus, en avançant en âge, les personnes sollicitent différemment leurs

⁹⁶Lafon C., « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir »..., *op. cit.*, p. 10.

⁹⁷ Nous ne nous engagerons pas ici dans une description détaillée du fonctionnement de la (les) mémoire(s). Nous rappelons simplement que pour qu'un souvenir s'ancre correctement, ce processus nécessite du temps et des répétitions : « *La mémorisation résulte d'une modification des connexions entre les neurones d'un système de mémoire : on parle de " plasticité synaptique " (les synapses étant les points de contacts entre les neurones). Lorsqu'une information parvient à un neurone, des protéines sont produites et acheminées vers les synapses afin de les renforcer ou d'en créer de nouvelles. Cela produit un réseau spécifique de neurones associé au souvenir qui se grave dans le cortex. Chaque souvenir correspond donc à une configuration unique d'activité spatio-temporelle de neurones interconnectés. Les représentations finissent par être réparties au sein de vastes réseaux de neurones d'une extrême complexité. L'activation régulière et répétée de ces réseaux permettrait dans un second temps de renforcer ou de réduire ces connexions, avec pour conséquence de consolider le souvenir ou au contraire de l'oublier. Il est important de préciser que l'oubli est associé au bon fonctionnement de la mémoire en dehors de cas pathologiques.* »

INSERM, définition en ligne : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/memoire> Consulté le 07 mai 2017.

capacités et peuvent avoir tendance à réduire certains champs, notamment ceux liés à leur ancienne activité professionnelle. Comme elles considèrent qu'il est « normal de perdre la mémoire », elles font moins d'effort pour la mobiliser. Enfin, les émotions jouent un rôle central dans la capacité à l'attention et à la mémorisation. Aussi, il est nullement étonnant que, tout particulièrement chez les personnes en établissement, leurs capacités soient réduites : la rupture avec l'environnement social et physique, souvent rapide et brutale, la réduction considérable des tâches quotidiennes effectuées, la routine de la structure, la présence de pathologies, la proximité avec la mort, etc. plongent les personnes dans une situation de stress et de léthargie peu favorable au maintien des fonctions mnésiques et des autres...

Une dernière idée est contestable⁹⁸, celle que le vieillissement serait un processus linéaire et uniforme. Le vieillissement et la vieillesse s'inscrivent dans des processus dynamiques fortement corrélés aux caractéristiques individuelles et sociales des personnes. Le vieillissement est présent tout au long de l'existence et ses effets ne se réduisent pas aux ultimes années de la vie : « *Il n'y a pas de vrai commencement, mais il y a toujours un instant d'avant, et un instant d'après : vieillir, c'est passer de l'un à l'autre. C'est avancer en âge, changer, apprendre, aimer, connaître des réussites, des échecs... C'est voir évoluer ses proches, les voir vieillir, et, parfois, les voir mourir. C'est s'obliger à accepter un environnement social qui change constamment, sur lequel chacun a peu d'impact, et auquel il est difficile parfois de s'adapter. C'est enfin, intérioriser, faire sienne, l'idée de la fatalité de l'échéance finale dont la possibilité s'accroît avec le temps qui passe...* »⁹⁹. Pourtant, nous avons tendance à penser que la vieillesse s'accompagne systématiquement de maladies et de perte d'autonomie et qu'elles sont inéluctables. Même notre vocabulaire pour définir les difficultés d'une personne change en fonction de son âge. Pour les plus jeunes, on parlera de handicap, mieux, de personnes « en situation de handicap », ce qui autorise à penser un état non statique mais dynamique et contextualisé et ainsi, à rechercher des solutions de récupération et/ou de compensation. Pour les vieux, le terme handicap est négligé au profit de celui de dépendance. Lourdemment chargé de sens, il induit expressément de placer les personnes dépendantes dans une relation de subordination, voire de soumission : la dépendance est définie par le Dictionnaire en ligne du Centre des ressources textuelles et lexicales comme l'« *état d'une personne qui est ou se place sous l'autorité, sous la protection d'une autre par manque*

⁹⁸ Présentée ici, il en existe de nombreuses autres.

⁹⁹ Lafon C., « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir »..., *op. cit.*, p. 13.

*d'autonomie*¹⁰⁰». Le mot « état » renvoie, lui, à l'idée de permanence. Ainsi, tout concourt à nous laisser penser que nous sommes tous voués « naturellement », biologiquement, à terminer notre vie dans un état nécessitant une assistance accrue de notre entourage et/ou de la société. Dans cette conception, les systèmes d'aide ne font qu'enregistrer le niveau de dépendance des personnes âgées par le biais de grilles figées (AGGIR, Fragire, Pathos...¹⁰¹) dont l'objectif est de déterminer des aides humaines, matérielles et financières, attribuées soit directement, ou affectées aux établissements de soins et/ou d'hébergement. Dès lors, les individus, passé un certain âge, doivent-ils régulièrement répondre, auprès de différents professionnels, de la cohérence de leur propos, de leur hygiène, de leur habillement, de leur alimentation, de leur mode de déplacement (à l'intérieur et à l'extérieur de leur domicile), de leur élimination fécale et urinaire, de leur communication à distance, de leur gestion administrative, de l'entretien de leur logement, de leurs achats, du suivi de leur traitement médical, de leurs activités de temps libre¹⁰², etc. Autant de questions souvent recueillies en dehors de leur contexte et dont il n'est nul besoin de relever le caractère intime, voire intrusif, et bien souvent inutile. Surtout, cette vision de la vieillesse ne permet pas de penser un retour en arrière, une amélioration possible. Il nous est, encore aujourd'hui, difficile d'imaginer que les personnes âgées puissent se réadapter et regagner tout ou en partie leurs capacités. Pour preuve, l'une des expérimentations retenues par la Fondation de France, dans le cadre de son appel à projet annuel intitulé « *Vivre ses choix, prendre des risques. Un droit pour les personnes âgées* », fut celle d'une association varoise, primée pour avoir proposé une rééducation aux personnes atteintes de cécité : effectuée à domicile, elle permet aux personnes âgées qui ont perdu la vue de se réapproprier leur habitat, de réapprendre à y vivre en autonomie (déplacements, hygiène, utilisation des ustensiles ménagers, etc.). Ce qui nous paraît évident, devient exceptionnel passé un certain âge. Certes, en vieillissant, nos capacités à s'adapter aux changements physiologiques et environnementaux se modifient, mais il est rare qu'elles disparaissent complètement. Les travaux de certains professionnels de la gériatrie démontrent que les individus, même très âgés, sont capables d'utiliser leurs ressources en termes de compensation biologique et physiologique et d'adaptation psycho-cognitive, sociale, affective, etc. : « *Le potentiel de compensation ne connaît pas de limite d'âge [...]. Nous pourrions multiplier les exemples à l'infini concernant ces phénomènes de compensation, ce potentiel permettant à la plupart des individus d'évoluer*

¹⁰⁰ Dictionnaire en ligne consulté le 14 mai 2017 : <http://www.cnrtl.fr/definition/d%C3%A9pendance>

¹⁰¹ Nous présenterons ces grilles plus loin.

¹⁰² Nous reprenons ici les items de codification de la grille AGGIR, définie ultérieurement.

tout au long de leur vie en maintenant des fonctions vitales et une homéostasie suffisantes, mais également un niveau fonctionnel leur offrant une vie en toute indépendance. »¹⁰³⁻¹⁰⁴

Globalement, la part des personnes conservant leur autonomie et leur lucidité jusqu'à la fin de leur vie ne cesse de croître en France. En 2009, seules 13 % des personnes de plus de 75 ans, vivant à leur domicile, sont considérées comme dépendantes. D'après l'enquête « Handicap – Santé » de la DREES ¹⁰⁵ (2016), moins d'un sixième d'entre-elles présentent au moins une limitation cognitive, la moitié au moins une limitation physique et un quart au moins une limitation sensorielle et seules 8 % cumulent les trois types de limitations¹⁰⁶. Ainsi, nous vivons de plus en plus longtemps, mais surtout en meilleure santé et, pourrait-on dire, nous restons « jeunes » de plus en plus vieux : « Selon Patrice Bourdelais, l'âge d'entrée dans la vieillesse biologique recule régulièrement. A l'appui de sa démonstration, il calcule un indicateur synthétique constitué à partir d'une moyenne entre l'âge auquel il reste dix ans à vivre et l'âge pour lequel la probabilité de survie est identique à celle d'un homme de 65 ans en 1985. Il obtient ainsi un âge d'entrée dans la vieillesse qui aurait varié, pour les hommes, de 60 ans en 1850 à 70 ans en 1995 ; il serait passé de 61 ans à 76 ans au cours de la même période chez les femmes. ¹⁰⁷»

¹⁰³ Pfitzenmeyer P., Prendre soin du grand âge..., op.cit., p. 46-47.

¹⁰⁴ Toutefois, comme le vieillissement résulte d'un nombre multiple de facteurs intriqués les uns aux autres, l'équilibre que construit la personne reste fragile. Aussi, les modifications brusques et/ou importantes (physiologiques, environnementales, etc.) peuvent entraîner une chaîne de décompensation avec des conséquences extrêmement délétères et durables, voire définitives. « La perte des réserves fonctionnelles, plus ou moins accélérée selon les individus, fonction de paramètres génétiques, stochastiques et environnementaux rencontrés tout au long de la vie, va pouvoir amener certaines personnes âgées dans des zones de fragilité, où un stress mineur peut être responsable d'une décompensation de la fonction en dessous du niveau autorisant l'individu à vivre sans assistance. [...] Tout au long de la vie, de multiples agressions plus ou moins intenses, parfois responsables de déficits souvent totalement compensés et de ce fait cachés, vont s'ajouter aux effets délétères de certaines maladies pour amener les performances de la fonction d'équilibre à un niveau insuffisant pour répondre au stress engendré par la vie quotidienne. » *ibid.*, p. 60-61.

¹⁰⁵ Se référer à : L. Calvet, « Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », *Etudes et résultats*, DREES, n° 0988, décembre 2016.

¹⁰⁶ Contre respectivement en institution : 68 %, 91 %, 45 % et 33 %.

¹⁰⁷ Bigot R., Croutte P., Müller J., « Evolutions des conditions de vie et des aspirations des seniors en France depuis trente ans », *Cahier de recherche*, CREDOC, décembre 2013, p. 26.

Pour plus de précisions, se reporter à l'ouvrage de Patrice Bourdelais : *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Odile Jacob, Paris, 1997 et notamment le chapitre VII intitulé « Pour une nouvelle analyse du vieillissement », p. 241 – 253. Cet indicateur s'appuie sur « trois principaux changements d'ordre

On doit rappeler ici que ce qui peut poser problème n'est pas l'augmentation de la durée de vie individuelle (cela reste toujours une bonne nouvelle pour chacun d'entre nous !), mais bien le phénomène de gérontocroissance des sociétés occidentales contemporaines. C'est le nombre total de personnes âgées, induisant *ipso facto* un nombre d'individus en mauvaise santé et/ou dépendants plus important, qui crée la difficulté actuelle, principalement d'un point de vue économique. On doit également rappeler que l'augmentation du nombre de personnes âgées, vécue depuis la fin du XIX^e siècle comme un problème, voire une menace, pour la population française, n'est autre que le fruit des grandes révolutions scientifiques et techniques, économiques, sociales, politiques et culturelles notamment au siècle dernier : « [elles] ont transformé de manière extraordinaire l'environnement de l'être humain, améliorant ses conditions de vie, d'hygiène et d'alimentation qui sont les causes essentielles de l'augmentation de l'espérance de vie. »¹⁰⁸

L'appréhension que nous avons du vieillissement et de la vieillesse, la nôtre et celle des autres, relève autant d'idées préconçues liées à notre propre histoire, qu'à des données médicales et/ou statistiques. Elle se base sur nos propres valeurs, nos aspirations de « jeunes », souvent en total décalage avec celles des « très âgés ». Cette vision s'inscrit également dans des représentations relatives à un vieillissement basées sur des données très anciennes qui ne correspondent plus du tout aux caractéristiques épidémiologiques, sociales, culturelles, etc. des personnes âgées vivant actuellement.

En outre, vieillesse et vieillissement ont certes une base biologique, mais leurs caractéristiques, et surtout leurs effets, s'expriment de manières très différenciées selon l'origine sociale et l'environnement des personnes. En France, actuellement, les individus ayant eu une carrière de cadre supérieur vivent, en moyenne, six ans de plus que ceux ayant été ouvriers¹⁰⁹ et en 2009-2013, l'écart entre l'espérance de vie des diplômés du supérieur et des non-diplômés est de 7,5

démographique (les seuls quantifiables sur le long terme), analysés précédemment : la probabilité d'atteindre l'âge de la vieillesse pour un jeune adulte, l'âge auquel il reste dix ans à vivre et la probabilité de survivre à cinq ans. La proposition d'une série d'âges équivalents conduira enfin logiquement, au terme de la simulation, à reprendre le calcul des proportions de personnes âgées, aboutissant ainsi à une nouvelle courbe de l'évolution du vieillissement de la population française. » (p. 241 - 242).

¹⁰⁸ Pfitzenmeyer P., Prendre soin du grand âge..., *op.cit.*, p.22.

¹⁰⁹ Source : Blanpain N., « L'espérance de vie par catégorie sociale – méthode et principaux résultats », *Documents de travail*, n ° F1602, Insee, 2016.

ans pour les hommes et de 4,2 ans pour les femmes¹¹⁰. Par ailleurs, pour les catégories « ouvriers » ou « employés », les années de vieillesse sont beaucoup plus difficiles car elles cumulent des risques de maladies et/ou d'invalidités auxquels les personnes issues des catégories sociales favorisées échapperont le plus souvent : « A 86 ans, dans les conditions de mortalité des années 2000-2002, [...] les plus diplômés [hommes et femmes] peuvent espérer vivre à cet âge encore 20 % plus longtemps que les non-diplômés. ¹¹¹ » La durée de vie, l'état de santé et la qualité de la vie durant la vieillesse sont intimement liés à la position sociale¹¹² (revenu, ancienne catégorie socio-professionnelle, niveau d'étude, type de logement, etc.) : « La mortalité suit ainsi un gradient inverse à la longévité : elle augmente de manière significative à mesure qu'on descend dans l'échelle [sociale], et cela, quelle que soit la cause médicale constatée.¹¹³ » Ces inégalités sont également renforcées par une iniquité d'accès aux services et établissements de soins et d'accompagnement dans des zones où les populations sont plus vulnérables, notamment en milieu rural isolé¹¹⁴. Ici, se joue toute la différence entre limitations fonctionnelles et restrictions d'activités. Certes, les premières sont prédictives des secondes, mais le niveau et les conséquences sont très largement corrélés aux ressources financières, culturelles, matérielles et humaines dont disposent les personnes. Parce qu'elles ne possèdent pas toutes les mêmes, certaines pourront rencontrer des difficultés importantes au quotidien quand d'autres parviendront à maintenir un niveau d'activité et d'autonomie satisfaisant en dépit de limitations fonctionnelles.

Raisons pour lesquelles l'analyse sociologique a toute sa place dans l'étude de la vieillesse et du vieillissement car elle permet de décrire et d'expliquer les phénomènes et dynamiques mis en œuvre dans ces différents processus : de quelle manière une société construit-elle des références et des organisations spécifiques aux tranches d'âges des plus âgés, notamment en termes de politiques publiques ; comment ces populations sont-elles distribuées statistiquement ; à quelles typologies de comportements ou de modes de vie font-elles référence et enfin, de quelles manières les personnes composant cette même société intègrent-elles individuellement ce changement dans leur rapport à elles-mêmes, aux autres et au monde ?

¹¹⁰ Source : Blanpain N., « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, n° 1584, février 2016.

¹¹¹ Robert-Bobée I., Cadot O., « Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale », *Insee Première*, n° 122, février 2007, p.1.

¹¹² Nous verrons plus loin qu'il en est de même pour l'entrée en établissement.

¹¹³ Lafon C., « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir »..., *op. cit.*, p. 21.

¹¹⁴ Nous traiterons de ces disparités territoriales ultérieurement.

2.2.2 L'étude du vieillissement dans les sciences humaines

2.2.2.1 Les théories fonctionnalistes

Les sciences sociales se sont intéressées aux processus de vieillissement, en tant que sujet d'étude spécifique, beaucoup plus tardivement (hormis les travaux démographiques dont nous avons traité plus haut). Elles ont toutefois, ces dernières années, grandement participé à démontrer que l'avancée en âge ne se réduit pas à une dégradation physiologique et que la vieillesse n'est pas systématiquement la cause, ni le synonyme de pathologie. Certes, les premiers travaux en sociologie (à partir des années 1960) empruntaient très largement cette vision et s'inscrivaient très largement dans une perspective fonctionnaliste. A cette période, deux théories s'opposent. D'une part, celle dite de l'activité, développée par Robert Havighurst et Ruth Albrecht, lors d'une étude américaine menée en 1953¹¹⁵. Les deux sociologues relatent que, globalement, les personnes enquêtées font preuve d'un certain contentement, sans grande variation selon l'âge et la position sociale, qui est très largement lié au niveau d'activités des individus. Ces personnes, en vieillissant, perdent un certain nombre de rôles (parent, salarié, etc.). Selon les auteurs, ceux qui sont le plus satisfaits de leur vie sont ceux qui ont su intensifier ou s'investir dans d'autres rôles : militant associatif ou politique, grand-parent, etc. Ainsi, pour « réussir » leur vieillissement, les individus doivent s'adapter en entretenant une forme de flexibilité dans les rôles et fonctions qu'ils exercent. De cette théorie va découler tous les préceptes pseudo-scientifiques¹¹⁶ exhortant les personnes ayant passé un certain âge à « bien vieillir » *via* une batterie d'entraînements physiques et mentaux, induisant par la même que, en cas d'échec, la responsabilité incombe à celles et ceux qui ne se seront pas suffisamment efforcés de les suivre : « *nous sommes aujourd'hui responsables de notre santé, de notre bonheur et, plus encore, de notre vieillissement. Ce dernier peut être qualifié de « bon vieillissement » si nous arrivons à garder le plus longtemps possible l'aspect physique et l'investissement socio-économique d'une sujet jeune. A l'inverse, il est « mauvais », si les maladies et les handicaps viennent ternir le mythe d'une éternelle jeunesse.* »¹¹⁷

¹¹⁵ Voir : Havighurst R., Albrecht R., *Older people*, Green and Co., New-York, 1953.

¹¹⁶ La quête de la fontaine de jouvence et autres potions ou élixirs de longue vie remontent à la nuit des temps. Les publicités actuelles vantant des produits de rajeunissement, voire les sujets de certaines recherches scientifiques, ne sont qu'une version contemporaine de ce mythe.

¹¹⁷ Pfitzenmeyer P., *Prendre soin du grand âge...*, op. cit., p.31.

L'autre théorie développée à cette époque est celle du « désengagement » par Elaine Cumming et William Henry¹¹⁸. Ils décrivent le vieillissement non pathologique comme un processus réciproque¹¹⁹, fonctionnel, irréversible et universel : « *Ce désengagement se traduit par une diminution du nombre de rôles sociaux joués par l'individu, par une baisse de ses interactions sociales et par un changement dans la nature de ses relations qui sont désormais davantage centrées sur les liens affectifs et moins sur la solidarité fonctionnelle* ¹²⁰». Dans cette perspective, la baisse des capacités physiques et cognitives coïncide avec celle relative à l'engagement social des personnes, les deux conduisant à un enchaînement de pertes fonctionnelles. Passé un certain âge (environ 80 ans), la situation des individus se stabilise, leur permettant de mener une vie « désengagée » plus sereine. A partir des années 1980, ces deux théories vont être fortement critiquées pour laisser place principalement au concept de déprise.

2.2.2.2 Le concept de déprise

Initialement construit par Jean-François Barthe, Serge Clément et Marcel Druhle¹²¹, ce concept a été développé, notamment par Vincent Caradec, à partir des années 2000. Ici, le vieillissement n'est plus conçu comme un mouvement inexorable du déclin des activités, s'imposant à tous, mais comme une étape de la vie durant laquelle les individus réaménagent leur existence en fonction des contraintes auxquelles ils font face : « *La déprise est ainsi un processus actif à travers lequel les personnes qui vieillissent mettent en œuvre des stratégies de reconversion de leurs activités, de manière à s'économiser et afin de continuer à faire ce qui a le plus de signification pour eux.* ¹²²» Dans cette perspective, l'analyse sociologique vise à étudier d'une

¹¹⁸ Cumming E. et Henry W. ; *Growing Old. The Process of Disengagement*, Basic Books, New York, 1961.

¹¹⁹ Comme si la personne âgée et la société étaient l'une et l'autre en accord pour que la première se retire du monde : avec ses capacités qui diminuent, elle se tourne de plus en plus vers elle-même, quand et dans le même temps, la société lui retire les rôles qui lui étaient dévolus.

¹²⁰ Caradec V., « Vieillir au grand âge », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/3, n°94, p. 29.

¹²¹ Voir notamment : Barthe J-F., Clément S., Druhle M., « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, n° 15, 1990, p. 11-31.

¹²² Caradec V., « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*, 2009/3, n° 157, p. 42.

part, ces nouvelles contraintes qui surviennent au fil des ans et qui constituent des « déclencheurs de reconversion » et d'autre part, les stratégies de réaménagement opérées par les personnes.

Pour Vincent Caradec, ces déclencheurs sont liés à des événements (ou un ensemble d'évènements) qui créent une rupture dans l'existence ; ils ne se limitent pas à un incident qui survient dans le parcours des personnes, mais sont bien relatifs à des processus pouvant déclencher des déprises. Le sociologue en distingue cinq.

Premièrement, les personnes en vieillissant doivent faire face à des difficultés ou accidents de santé qui peuvent induire des limitations fonctionnelles. Il faut cependant, comme nous l'avons vu plus haut, éviter de considérer qu'ils relèvent uniquement du registre individuel et physiologique. Car, au-delà, les limitations fonctionnelles sont à mettre en lien avec l'environnement physique dans lequel évoluent les personnes : adaptation ou non du logement et de son extérieur, hauteur des trottoirs, praticité ou non des transports en commun, etc. Autant de facteurs qui, à handicaps ou difficultés « équivalents », vont inférer sur le maintien ou la limitation des activités des personnes.

Le deuxième déclencheur, très fréquent dans le discours des plus âgés, est celui que Vincent Caradec intitule « la baisse d'énergie » : « *Celui-ci s'exprime, au cours des entretiens, dans le registre de la fatigue, du manque d'entrain, d'une perte d'envie, du sentiment de ne plus pouvoir suivre.* ¹²³ » Il faut le distinguer analytiquement des problèmes liés aux limitations fonctionnelles car ces propos peuvent être tenus par des personnes en bonne santé physique et cognitive.

Troisièmement, la déprise peut provenir de l'amointrissement des « opportunités d'engagement ». Les personnes âgées peuvent voir s'effiloche, peu à peu, une partie de leurs réseaux sociaux et de fait être moins sollicitées : enfants devenus adultes, départ en retraite, perte des proches, des autres individus de la même génération, du conjoint. Si, dans certaines de ces situations, les personnes peuvent opérer des reconversions dans de nouveaux rôles (comme celui de grand-parent, de bénévole), d'autres, telle la perte du conjoint, sont bien souvent très difficiles à compenser.

Le quatrième déclencheur est fortement en lien avec le précédent, « *il intervient dans le cadre des interactions avec autrui et permet, lui aussi, de souligner le caractère relationnel de la déprise. De temps à autre, on observe que les interactions avec les proches provoquent de manière décisive l'arrêt de certaines activités : c'est le cas de la conduite automobile lorsque*

¹²³ Caradec V., « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 16.

*les enfants incitent leur parent âgé à ne plus conduire par peur d'un accident. De plus, les interactions avec des anonymes peuvent également jouer un rôle. Les plus âgés cherchent parfois, en renonçant à des sorties ou du moins en aménageant leurs horaires, à éviter ou à limiter les confrontations avec les jeunes dont ils redoutent les agressions physiques ou, plus sûrement, symboliques.*¹²⁴ » A l'inverse, d'autres personnes âgées vont chercher à affronter des situations à risque afin de se prouver qu'elles sont encore capables de mener certaines activités. Le cinquième déclencheur peut survenir dès lors que les individus âgés prennent conscience qu'ils approchent de la fin de leur vie. La plupart des personnes auront tendance à restreindre leurs activités, estimant que cela « ne vaut plus le coup ». D'autres, au contraire, face à un sentiment d'urgence multiplient les projets « tant qu'il en est encore temps ».

A la lecture de cette typologie, il faut se garder de penser que ces événements déclencheurs agissent de manière mécanique sur les restrictions d'activités qu'opèrent les personnes âgées. D'une part, toutes ne réagissent pas de la même manière face aux incidents ou accidents de la vie, voire parfois de façon strictement contraire. D'autre part, les connexions entre les différents déclencheurs sont complexes et ne peuvent s'appréhender isolément. Enfin, les individus peuvent, non seulement, développer des stratégies différentes, mais également les faire varier dans le temps.

2.2.2.3 Les stratégies de reconversion

Toujours selon Vincent Caradec, trois grands types de stratégies de reconversion peuvent être distingués : l'adaptation, l'abandon et le rebond pour faire face aux déclencheurs de la déprise. Dans le premier cas, les personnes âgées maintiennent leurs activités, mais sont contraintes de s'ajuster à leur nouvelle situation, en utilisant soit des aides techniques soit humaines. Il faut également noter que les facilités d'adaptation dont font preuve les personnes sont corrélées à leur niveau d'instruction et, bien sûr, à leur niveau de revenu.

La deuxième stratégie peut surprendre dans sa dénomination. Elle peut revêtir trois formes différentes : « *l'abandon/substitution* », « *l'abandon/sélection* », qui consiste à opter pour une activité de même registre, mais à un rythme moins intensif, en dosant son activité en fonction de l'estimation que les personnes se font de leurs capacités : restreindre ses déplacements en voiture sur des routes bien connues et proches du domicile, « aller » à la messe ou en voyage grâce à la télévision, etc. L'objectif étant de réaliser une sélection afin de maintenir les activités

¹²⁴ Caradec V., « L'épreuve du grand âge »..., *op. cit.*, p. 17.

qui paraissent essentielles à leur vie. Au fur et à mesure qu'elles sont tenues de réduire le périmètre et le champ de leurs loisirs ou de leurs tâches quotidiennes, les personnes âgées peuvent avoir à se résoudre à les abandonner complètement (« *abandon/renoncement* »). « Choix » parfois très douloureux lorsqu'il s'agit d'une activité que les personnes ont toujours exercée ou qu'elles aimaient particulièrement et qui, souvent, représentait ce qui leur permettait de se dire : « *je suis vieille, mais ça, j'arrive encore à le faire* » : broderie, lecture, instrument de musique, etc.

La dernière stratégie est à l'opposé de la précédente et consiste « à *renouer avec une activité délaissée, à s'engager dans une activité nouvelle ou à accroître son investissement dans une activité déjà pratiquée.*¹²⁵ ». Certains reprennent une activité antérieure (souvent après avoir pris soin longtemps de leur conjoint), voire s'aventurent à en découvrir de nouvelles, car elle ne correspondait pas au goût de leur conjoint : voyage organisé, club de loisirs, etc.

Ici aussi, il ne faut pas considérer ces stratégies de manière trop linéaire. D'une part, les personnes âgées peuvent alterner pour l'une et l'autre, soit selon la situation soit selon la temporalité dans laquelle elles se situent. D'autre part, certaines pourront opter pour des stratégies d'adaptation, puis avec l'avancée des incapacités se tourner vers des stratégies de rebond, voire d'abandon. Inversement, elles peuvent être empêchées pour une durée déterminée et prévoir par anticipation de nouveaux modes d'organisation afin de s'adapter en cas de nouvelles difficultés : il en va ainsi de certains individus qui, suite à une chute, vont trouver des solutions d'adaptation pour leur logement et des moyens de prévention (téléalarme, lumière, etc.). Enfin, la description de ces stratégies doit se comprendre au sens typique : ce sont des constructions théoriques, abstraites, élaborées par Vincent Caradec à l'appui des entretiens et des observations qu'il a pu conduire. Les personnes âgées n'ont pas forcément une conscience accrue des choix ou non-choix qu'elles ont dû opérer au cours de leur vieillissement : « *Le travail de déprise est donc un travail réflexif de l'individu qui relie son existence, qui oriente et interprète les abandons qu'il consent au fur et à mesure de l'avancée en âge. Tout autant qu'un détachement, il met en jeu des reprises de soi, des réinvestissements de certaines activités qui viennent partiellement compenser les abandons. Mais le travail de vieillissement ne se réduit pas à ce travail conscient de restriction, de choix et de sauvegarde de certaines activités au détriment d'autres. Une partie de ces déprises se cache sous l'apparente permanence des habitudes ou sous des reprises qui visent à combattre les abandons.*¹²⁶ »

¹²⁵ Caradec V., « L'épreuve du grand âge »..., *op. cit.*, p. 19.

¹²⁶ Mallon I., « Le « travail de vieillissement » en maison de retraite », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 48.

2.2.3 *L'expérience corporelle du vieillissement*

Vieillir, c'est voir son corps changer. La sénescence du corps a non seulement un impact sur les utilisations que l'on peut en faire, mais également sur le regard que nous portons sur nous-même ainsi que celui porté par les autres¹²⁷. Il s'agit d'un des aspects du vieillissement que la sociologie a le plus tardivement étudié, il est pourtant l'aspect le plus visible de ce processus. Dans un texte co-écrit avec Thomas Vannienwenhove, Vincent Caradec¹²⁸ explique que l'expérience corporelle du vieillissement se dessine à travers différentes dimensions. La première, celle qui a été le plus étudiée, nous est imposée de l'extérieur par la société et les individus qui la composent. Ainsi, le sentiment de vieillir naît au fur et à mesure du passage des différents marqueurs chronologiques de l'existence, normés socialement par les politiques publiques sociales et de santé : départ en retraite, courriers d'invitation à effectuer des dépistages... Il se constitue également *via* l'évolution du contexte des relations aux autres qui fait prendre conscience de son âge. L'interactionnisme symbolique a mis en évidence que l'identité personnelle se crée en réaction aux images de soi renvoyées par les autres. Ces interactions sociales peuvent être positives ou négatives, cela n'empêche pas de les craindre l'une et l'autre. Ainsi en va-t-il, pour chacun d'entre nous, de redouter le moment où une jeune personne se lèvera pour laisser sa place dans les transports en commun. Il faut toutefois, nuancer le rôle joué par les interactions avec les autres et ne pas leur accorder un poids excessif en termes d'assignation identitaire. Premièrement, les autres sont multiples, leur regard pluriel, leur interprétation tout autant. Deuxièmement, les personnes, même très âgées, ont tout à fait la latitude de les considérer comme non pertinents : bien souvent le regard des autres ne vient que conforter ce dont on est soi-même déjà convaincu.

De fait, la conscience de son vieillissement naît également et surtout « de l'intérieur », *via* le truchement d'un miroir ou l'apparition d'une incapacité¹²⁹. Selon les deux auteurs cités ci-dessus, l'expression de ce sentiment relève de trois registres : la santé, la beauté et l'énergie du corps, chacun pouvant être décrit positivement ou négativement. Celui qui est très souvent

¹²⁷ Ou comment je regarde les autres et comment me regardent-ils ?

¹²⁸ Caradec V., Vannienwenhove T., « L'expérience corporelle du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015/1, vol. 37, n° 148, p. 83-94.

¹²⁹ Notons que cette conscience intime du vieillissement s'exprime nécessairement à travers un contexte de normes et de valeurs socialement situées.

mobilisé est relatif au corps organique, c'est-à-dire son état de santé et ses capacités physiques. Il s'agit en effet, de marqueurs qu'il est difficile d'ignorer et de masquer, *a fortiori* dans un contexte où les sciences médicales sont omniprésentes, voire omnipotentes dans le domaine. Le deuxième registre relève de l'esthétique de son corps. Souvent les personnes décrivent une forme de surprise : les rides, les cheveux blancs sont venus petit à petit, puis arrive le moment où, seules devant leur miroir, elles ressentent une sorte d'étrangeté, un corps qu'elles ne reconnaissent plus. Le dernier registre concerne la vitalité du corps : « *le sentiment d'être en forme, le fait de ressentir un certain bien-être s'opposent à la fatigue et à la faiblesse énergétique, perçues comme des signes du vieillissement.*¹³⁰ »

Devant ce sentiment, véhiculé par son propre regard et/ou celui des autres, dans une société où la vieillesse est largement dévalorisée, les personnes vont tenter de mobiliser un certain nombre de techniques et de tactiques afin d'éloigner le plus longtemps possible les signes du vieillissement corporel, ce que Vincent Caradec nomme le « travail sur le corps vieillissant » : il est dual, à la fois pratique et symbolique. Pratique à travers différentes techniques médicales, chirurgicales, cosmétiques et médicamenteuses, mais également *via* diverses attitudes ou activités sensées retarder le vieillissement, telles que l'alimentation ou le sport. « *Une même pratique peut [...] se trouver dotée, par ceux qui s'y engagent, de vertus multiples : son action est alors susceptible de s'inscrire dans plusieurs registres. De ce point de vue, les activités physiques et sportives constituent un exemple intéressant. Elles sont, en effet, volontiers considérées comme bénéfiques à la fois pour la santé et la beauté du corps. Cependant, à l'inverse, certaines pratiques sportives peuvent, à partir d'un certain âge, être jugées à risque pour l'intégrité corporelle. De même, leur impact en termes de vitalité et de bien-être fait l'objet d'appréciations contradictoires selon que l'énergie corporelle est considérée comme une ressource susceptible d'être renouvelée grâce à l'activité physique ou, à l'inverse, comme une réserve limitée, qui doit être préservée en évitant tout effort inutile.*¹³¹ » Le travail symbolique du vieillissement s'exprime à travers l'interprétation des transformations corporelles et de leurs signes. Comme ils sont multiples, ils peuvent être intégrés de manière différente, voire contradictoire. Globalement, les personnes usent de deux types de stratégies : soit elles tentent de les contrecarrer en les compensant par des signes positifs non corporels (mémoire, humeur...), soit en se comparant favorablement à autrui.

¹³⁰ Caradec V., Vannienwenhove T., « L'expérience corporelle du vieillissement »..., *op. cit.*, p. 86.

¹³¹ Caradec V., Vannienwenhove T., « L'expérience corporelle du vieillissement »..., *op. cit.*, p. 88.

Toutefois, ces stratégies ont leurs limites et les personnes âgées peuvent s'engager dans un processus de déprise provoquant un cercle vicieux : parce qu'elles n'ont plus l'énergie, les capacités physiques ou qu'elles appréhendent le regard des autres, certaines pourront limiter leur sortie, par exemple, et, de fait, augmenter le risque de limitations fonctionnelles. Ce mécanisme sera d'autant plus délétère que les personnes évoluent dans un environnement physique et social peu favorable. Inversement, pour celles qui bénéficient d'« *entours sociaux* » propices, comme supports pour le maintien de prises à son environnement domestique (soutien familial, amical et professionnel) et extérieur (hauteur des trottoirs, présence de bancs, proximité des commerces, etc.), leur niveau d'activité peut tout à fait rester satisfaisant pour elles.

Enfin, il faut noter que les incidences du vieillissement corporel et les interprétations qu'en font les individus sont différentes selon leur genre. Nous traiterons de cette question plus loin.

2.2.4 Transitions biographiques et (re)-constructions identitaires, un rapport au monde et à soi qui évolue

2.2.4.1 Les transitions biographiques

Les différents changements (corporels, sociaux), conduisent à des modifications identitaires et sont également à mettre en lien avec les transitions biographiques qui jalonnent la vie des personnes qui avancent en âge. Il s'agit de trois grands caps, « *occasions privilégiées d'activation du processus de construction identitaire, ces moments de transition constituent aussi des points d'observation privilégiés du vieillissement.* ¹³² ».

Le départ en retraite a été longtemps considéré, en sciences sociales, comme un passage difficile pouvant engendrer une crise identitaire. Il est vrai que pour les premières personnes ayant pu bénéficier d'une pension, cette dernière période de la vie était souvent courte avec des moyens d'existence relativement limités¹³³. Depuis les années 1970, le contexte est clairement plus favorable en termes de santé, de revenus et de situation de couple (du fait de la nette augmentation de la durée de vie après 60 ans pour les hommes et les femmes). Ces différentes améliorations permettent aujourd'hui aux personnes qui cessent leur activité professionnelle d'envisager leur nouvelle vie sous un angle beaucoup plus positif et d'endosser de nouveaux

¹³² Caradec V., « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*, 2009/3, n° 157, p. 38.

¹³³ Nous n'aborderons pas de manière approfondie les ressources économiques des personnes âgées, champs de recherche à part entière.

rôles, socialement valorisés dans les domaines familial, associatif ou politique. Aussi, le passage à la retraite est-il, généralement et contrairement à ce que l'on pense souvent, plutôt bien vécu. Selon une enquête de l'INSEE, seuls 12 % des retraités considèrent que la fin de la vie professionnelle marque un passage à une période significativement différente dans leur parcours de vie. *« Ce changement n'est vécu de manière négative que pour 4 % des retraités. [...] Les chances de ressentir le passage de la retraite comme une période positive varie surtout en fonction de la situation familiale et de l'état de santé »*. Cette phase est d'autant mieux appréhendée qu'elle se déroule en association avec un certain nombre d'éléments favorables : anticipation de ce moment dans la(es) dernière(s) année(s) de carrière afin de se projeter dans son nouvel avenir, soutien de l'entourage...

Les références identitaires relatives à l'ancien métier disparaissent pour la majorité d'entre eux ; être retraité devient une identité en soi : *« sept retraités sur dix se sentent « retraité tout simplement » et les trois quarts d'entre eux ne citent plus leur profession pour se définir aujourd'hui. [...] Très peu (4 %) s'identifient directement à leur ancienne profession et déclarent se sentir avant tout médecin, instituteurs, vendeuse, plombier, etc.¹³⁴ »*. Toutefois, dans les entretiens¹³⁵, la catégorie des retraités n'est pas revendiquée comme une classe sociale à part entière (un peu plus d'1 %) et laissent place à une assez grande hétérogénéité. *« Ils ont en premier lieu le sentiment d'appartenir à la classe moyenne (37 %), puis à la classe ouvrière (un sur quatre). Ensuite, plus d'un sur dix déclare un groupe professionnel : cadres, travailleurs, fonctionnaires... Si on regroupe l'ensemble des classes sociales revendiquées représentant un groupe professionnel (une profession, une catégorie socioprofessionnelle ou un statut de salarié ou indépendant), les retraités sont aussi nombreux que les actifs à s'y reconnaître (un retraité ou un actif occupé sur trois, contre un chômeur ou une femme au foyer sur quatre). Bien qu'ils n'exercent plus d'activité professionnelle, le rôle social que leur apportait leur travail tient donc encore une place aussi importante que pour les actifs dans la façon dont les retraités définissent leur place actuelle dans la société.¹³⁶ »* Parmi les retraités, les femmes se définissent moins souvent que les hommes par leur ancien métier et cela, toutes choses égales par ailleurs, n'a donc pas de lien direct avec les différences de parcours professionnels.

¹³⁴ Cremer E., « Etre retraité : tourner la page du travail », *Insee Première*, n° 979, juillet 2004, p. 2.

¹³⁵ Cet article s'appuie sur les données de l'enquête « *Histoire de vie – Construction des identités* » conduite par l'INSEE. Elle a été réalisée en 2003 auprès de 8 400 adultes en France métropolitaine.

¹³⁶ Cremer E., « Etre retraité : quelle identité après le travail ? », *Economie et statistique*, n° 393-394, 2006, p. 52.

Une autre étape, beaucoup plus douloureuse, est celle du décès du conjoint. Celle-ci, concerne majoritairement les femmes¹³⁷. Le veuvage, n'est, bien-sûr, pas un état forcément définitif, mais le risque de vivre seul après le décès de son conjoint évolue fortement selon l'âge et le sexe : « *une femme devenue veuve à 45 ans a la même probabilité d'être remariée dix ans après (soit 7 %) qu'un homme veuf à 65 ans : même si le décès de leur mari ne s'est produit qu'à l'orée de leur cinquantaine, les veuves ne refont pratiquement jamais leur vie. La très faible proportion de femmes qui forment une nouvelle union hors mariage renforce ce constat.* ¹³⁸ » Quelles que soient les conditions, le veuvage remet en question et bouleverse l'ensemble des aspects identitaires : « *la phase de deuil n'est plus socialement définie, les marques publiques ont disparu et la mort concerne désormais les seuls proches du défunt. Aussi est-ce à la personne veuve qu'il revient de réorganiser son existence et de reconstruire son identité, à partir de ses ressources personnelles et de celles que lui offre son environnement social.* ¹³⁹ » Au-delà des dimensions psycho-affectives, c'est la totalité du quotidien qu'il faut reconstruire. Chaque activité rappelle le vide qu'a produit le départ de l'autre et nécessite de relever un double défi : réorganiser sa vie courante et trouver un nouveau sens à son existence. Le vécu de cette transition biographique a des incidences très différentes d'un individu à l'autre : « *elles vont du repli sur soi à l'ouverture sur autrui, de la réduction des activités au développement de centres d'intérêt nouveaux, et, d'un point de vue identitaire, du sentiment d'une amputation et d'un affaiblissement de soi à l'expression d'un certain renouveau. Le plus souvent, cependant, les transformations identitaires sont de faible ampleur et c'est la stabilité de l'identité qui prévaut.* ¹⁴⁰ » Cette permanence identitaire dépend fortement de la période dans laquelle s'inscrit le décès du conjoint : plus les personnes sont âgées au moment du veuvage, plus les possibilités d'investissement dans de nouvelles activités ou de nouveaux projets sont difficiles ; de l'entourage et du soutien social dont celui ou celle qui reste peut bénéficier, mais également de son environnement physique et spatial : au domicile, les objets ont une fonction de vecteur de remémoration, ils permettent même d'entrer en véritable discussion avec la personne disparue. Travail rendu d'autant plus difficile quand la santé de la veuve ou du veuf se dégrade et nécessite une hospitalisation, voire une entrée en institution. Les recherches dans le domaine

¹³⁷ « La probabilité de vivre un veuvage, comparée entre les hommes et les femmes de 60 ans et plus, est 2,7 fois plus importante chez ces dernières ». Source : Guibault C., Dal L., Poulain M., « Le veuvage et après », *Gérontologie et société*, 2007/2, vol. 30, n° 121, p. 163.

¹³⁸ Delbès C., Gaymu J., « Le choc du veuvage : vécus masculin et féminin », *Population*, 2002, p. 879.

¹³⁹ Caradec V., « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*, 2009/3, n° 157, p. 40.

¹⁴⁰ Caradec V., « L'expérience sociale du vieillissement »..., *op. cit.*, p. 40.

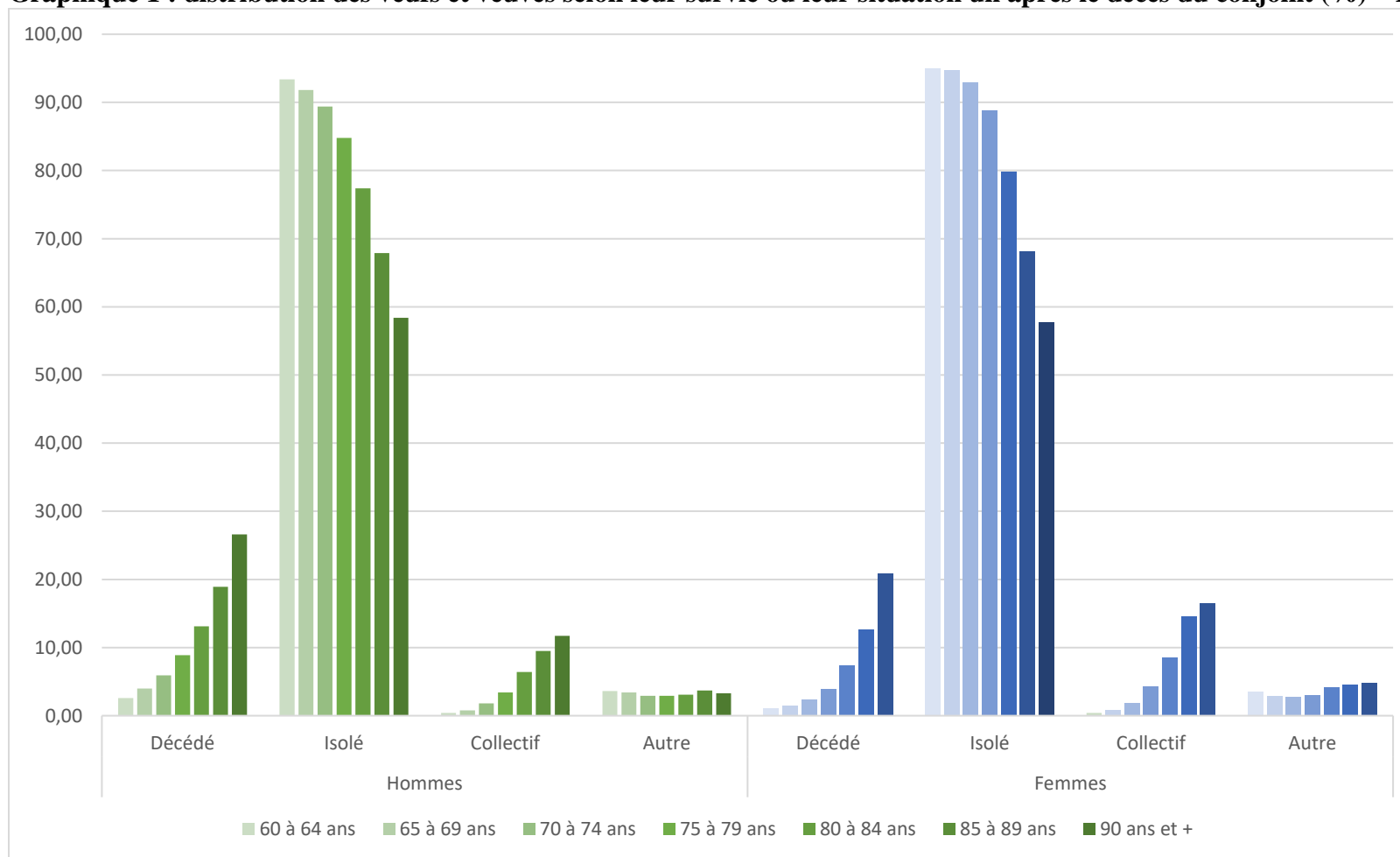
tendent à démontrer que le veuvage induit une surmortalité, notamment chez les veufs, comparée aux personnes mariées : *« les veufs ont une mortalité supérieure à celle des mariés, tout particulièrement au cours de la première année de veuvage, et davantage pour les hommes que pour les femmes, pour les jeunes veufs que pour les personnes plus âgées. Les décès par traumatismes (suicides, accidents de la route...) et ceux attribuables à la consommation d'alcool expliquent pour l'essentiel cette surmortalité immédiate. Au cours des cinq années suivantes, la surmortalité des veufs par rapport aux mariés se réduit très sensiblement. Le sur-risque dû aux morts violentes s'estompe, tandis que l'alcool vient occuper la première place. A plus long terme, ce sont les maladies cardio-vasculaires qui rendent principalement compte de la différence d'espérance de vie entre veufs et mariés, suivies des tumeurs du côté féminin, des décès attribuables à l'alcool et au tabac du côté masculin. ¹⁴¹»* Les femmes, quant à elles, selon une étude conduite en Belgique¹⁴², sont plus nombreuses à entrer en institution¹⁴³.

¹⁴¹ Thierry X., « Le veuvage », *Gérontologie et société*, n° 95, 2000, p. 29.

¹⁴² Guibault C., Dal L., Poulain M., « Le veuvage et après », *Gérontologie et société*, 2007/2, vol. 30, n° 121, p. 163-178.

¹⁴³ Actuellement, à notre connaissance, aucune étude complète ne vient expliquer cette surreprésentation des femmes en institution (comparativement à des hommes ayant les mêmes caractéristiques). Des travaux méritaient d'être engagés à ce sujet.

Graphique 1 : distribution des veufs et veuves selon leur survie ou leur situation un après le décès du conjoint (%) – Belgique, 2007



Source : Guibault C., Dal L., Poulain M., « Le veuvage et après », *Gérontologie et société*, 2007/2, vol. 30, n° 121, p. 163-178.

Enfin, « si le décès du conjoint laisse le survivant généralement dans la peine, à cette peine s'ajoute bien souvent, pour les veuves, une situation de grande précarité. Aujourd'hui, les femmes âgées de plus de 85 ans n'ont pas eu un large accès au monde salarié : au décès de leur mari, elles doivent donc affronter une baisse de revenu dont elles ne connaissent pas bien souvent les limites. [Les veuves expliquent] qu'à leur chagrin [s'ajoutent] les tracasseries administratives en tout genre, la question des droits de succession et l'ignorance du montant [de leur pension].¹⁴⁴». Cette situation plonge ces femmes dans l'inconnu : comment réorganiser son quotidien (*a fortiori* pour celles qui ont longuement pris en charge leur mari malade), avec quelles ressources, pourquoi et pour qui ? Autant de questions, d'insécurités qui peuvent souvent conduire à un repli sur soi. « Ceux qui ainsi comptent « leurs sous » sont assez peu disposés à dépenser sans limite et adoptent des stratégies qui les isolent d'une société de consommation toujours tentante ; le réflexe de dire « non » aux propositions. Cette solitude créée par le manque de moyens est certainement une des plus vicieuses car elle est rarement évoquée : comme si ceux qui la vivent avaient honte d'en faire état. D'où un repli souvent difficile à détecter, tant ceux qui le pratiquent tentent de donner le change en ne se plaignant jamais.¹⁴⁵»

2.2.4.2 Le vieillissement une épreuve au grand âge, une (re)construction identitaire

Le vieillissement, même s'il n'est pas systématiquement synonyme de maladies et de perte d'autonomie, reste souvent une épreuve¹⁴⁶ qui induit des tensions dans le rapport pragmatique au monde, c'est-à-dire dans le domaine du « faire », en termes d'activités, ainsi que nous l'avons vu en amont dans son rapport à soi et au monde. Selon Danilo Martucelli, les individus font face à différentes épreuves tout au long de leur vie. Il s'agit de défis historiques, socialement produits, inégalement distribués. Ils peuvent être analysés d'un point de vue sociétal (*via* la caractérisation d'une tension entre deux principes conflictuels) et selon le vécu des individus, à

¹⁴⁴ Dion M., « L'isolement et la solitude des personnes âgées au prisme du regard démographique », *Gérontologie et société*, 2016, n° 149, p. 61.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 64.

¹⁴⁶ Nous reprenons ici à notre compte les travaux de Danilo Martucelli (voir notamment : Martucelli, D., *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*, Armand Colin, Paris, 2006.) présentés par Vincent Caradec dans son texte : « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3, n° 52, p. 11-37.

travers la manière dont ils « s'y confrontent et les surmontent différemment en fonction des « amortisseurs » sociaux dont ils parviennent à s'entourer¹⁴⁷ ». D. Martucelli décrit différentes épreuves¹⁴⁸. Cependant, pour le sociologue, la liste n'est pas exhaustive et Vincent Caradec propose d'ajouter celle du grand âge en tant que tension duale entre lâcher et tenir : « D'un côté, au fur et à mesure de l'avancée en âge, les « prises » de l'individu sur le monde tendent à s'effriter : il doit abandonner des activités ; certains de ses proches disparaissent ; le monde se transforme. De l'autre, il s'efforce de maintenir certaines de ces prises – voire d'en recréer en s'engageant dans de nouvelles activités et de nouvelles relations et en cherchant à préserver des espaces de familiarité avec le monde. ¹⁴⁹»

Nous postulons que comme tout individu, quel que soit son âge, les personnes âgées évoluent : leur identité (pour soi et pour autrui) se compose et se recompose en fonction des situations dans lesquelles elles se situent. Cependant, le regard qu'elles portent sur elles, ou celui que les autres portent sur elles, n'est pas toujours favorable : dans notre société qui valorise la jeunesse, l'accomplissement de soi, les progressions de carrière, etc., les plus âgés sont *de facto* mis « hors-jeu ».

Aussi, l'épreuve du grand âge et la tension qu'elle induit s'expriment à travers deux principaux registres dans le discours des vieilles personnes, dans la manière dont elles se décrivent et se situent.

D'une part, les individus oscillent entre une référence identitaire ancrée dans le présent (« l'être ») ou dans le passé (« l'avoir été ») et d'autre part, entre un positionnement relatif à la vieillesse, qui les fait se considérer soit vieux (un état) soit en train de devenir vieux (une évolution). Dans le premier registre, il s'agit de déterminer dans quel espace temporel il est possible de se référer, de mesurer une valeur. Chez les plus âgés, elle s'évalue, au présent, à l'aune de ce qu'ils estiment être encore capables de faire. La stratégie la plus fréquemment utilisée est celle du « contraste-ascendant » qui consiste à se comparer avec une ou d'autres

¹⁴⁷ Caradec V., « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 12.

¹⁴⁸ L'empreinte scolaire dont l'épreuve type est la tension entre la sélection et la confiance institutionnelle en soi ; le rapport au travail dont l'épreuve type est la tension entre vertu et récompense ; la relation à l'espace et à la modernité dont l'épreuve type est la tension entre mobilité et enracinement ; la vie de famille dont l'épreuve type est la tension entre obligations morales et fidélité ; l'histoire des individus dont l'épreuve type est la tension entre sens et mouvement ; le rapport au collectif dont l'épreuve type est la tension entre participation et méfiance ; le rapport à l'autre dont l'épreuve type est la tension entre civilité et distance et l'épreuve de soi dont l'épreuve type est la tension entre existence et individualité.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 13-14

personnes de son âge, jugées moins en forme ou moins habiles. Ces points de comparaison investissent parfois de menues tâches quotidiennes, mais elles peuvent aussi revêtir une dimension symbolique forte : celle d'être encore autonome, celle de pouvoir encore rester chez soi. A l'inverse, lorsque les personnes n'arrivent plus à l(les)'accomplir, elles peuvent devenir le signe du franchissement d'une étape dans la vieillesse, voire entériner le statut d'entrée dans la dépendance¹⁵⁰.

Quand les références au présent ne sont pas suffisamment étayées pour soutenir une identité valorisée, les personnes âgées se tournent alors vers leur passé : les grandes ou petites réussites qui ont fait leur fierté ou celle de leur entourage :

« [Vous ne participez pas aux activités de la maison ?] *Non, j'y vais pas trop. J'ai la télé mais je ne la regarde pas. Non, mais moi vous voyez, je me couche, je fais mes mots-croisés, mes sudokus. Mais ça fait travailler... Il faut. Parce qu'on est déjà des vieux machins, mais ça va être de pire en pire si on ne fait rien.* [Et quand il fait un peu beau, vous allez un petit peu dehors?] *Là, depuis ces temps, cela fait un moment que je marche peu.* [Ah oui, vous ne sortez pas ?] *Avant, j'étais une sportive.* [C'est vrai ? Vous faisiez quoi comme sport ?] *Eh bien de la gymnastique. J'ai fait des compétitions à Paris, et tout.* [Ah oui ?] *J'ai même défilé aux Champs-Élysées. Des bons souvenirs.* [J'imagine, oui.] *Je me vois en train de défiler sous les applaudissements de tous les spectateurs. Non, mais de bons souvenirs. Oui, oui. On fait ce qu'on peut, quoi.* »

(Madame Guillet, 90 ans, sans enfant, ancienne secrétaire)

Mais, surtout, leur discours s'oriente vers « l'ancien temps » dont elles louent les nombreuses vertus et valeurs et dont elles se considèrent porteuses. Même si elles ne taisent pas la dureté de leur époque, *a fortiori* en milieu rural, elles portent souvent un regard réprobateur sur la vie d'aujourd'hui. Souvent, leurs propos s'appuient sur ce qu'elles ont vu au journal télévisé : « *à travers les jugements qu'elles portent sur les programmes, les plus âgées réaffirment qui ils sont et ce à quoi ils ont cru et croient encore aujourd'hui.*¹⁵¹ ».

L'autre source de valorisation utilisée est la référence aux succès de ses descendants, signe de la réussite de sa propre existence :

¹⁵⁰ Nous verrons plus loin que l'une des résidentes nous répétera à de nombreuses reprises qu'elle a pu rester chez elle tant qu'elle a pu « *mettre un pied devant l'autre* ».

¹⁵¹ Caradec V., « L'épreuve du grand âge »..., *op.cit.*, p. 25.

« *Chez nous on a beaucoup de gens dans la politique. [C'est vrai ?] Et puis des docteurs, des médecins ! [Vous m'aviez dit, oui, que vos petits-enfants avaient fait de bonnes études.] Oh oui ! Ils ont tous de belles situations. »*

(Mme Vounet, 94 ans, mère de deux enfants, veuve, ancienne commerçante)

De même, la fréquence des visites et la sollicitude des proches contribuent à l'estime de soi puisqu'elles sont la preuve que l'on compte encore pour autrui.

Le second registre de définition de soi se réfère à la manière dont les individus âgés se situent dans le processus de vieillissement. Toutes choses égales par ailleurs, certains vont se considérer comme étant vieux, d'autres comme étant en train de devenir vieux. Les premiers vont avoir tendance à caractériser leur situation actuelle en rupture avec leur vie antérieure. Souvent, ils se réfèrent à un événement (heureux ou malheureux), à une situation leur ayant fait prendre conscience d'être entré de pleins pieds dans la vieillesse : naissance du premier arrière-petit-enfant, hospitalisation, avoir eu dix ans de plus que son père ou sa mère au moment de sa mort, perdre son frère, son conjoint, etc. Il s'agit de sortes de « balises mentales » que les personnes ont déterminées, parfois longtemps à l'avance, comme une(des) caractéristique(s) typique(s) de la vieillesse. Elles sont aussi variées que peuvent l'être chaque représentation qu'aura construite chaque individu au cours de son histoire de vie.

Pour ceux qui s'estiment vieux, la plupart tiennent un discours empreint d'étrangeté vis-à-vis de ce qu'ils sont devenus et ont tendance à décrire un avenir très similaire à leur présent. Certains auteurs pourront analyser leur récit, à travers des interprétations « psychologisantes » ou « pathologisantes », comme étant le signe révélateur d'une forme de triste résignation, ne permettant d'autre horizon que l'attente de la mort. Or, il s'avère que dans les entretiens que nous avons pu conduire, parmi les personnes se disant vieilles, certaines souffrent de dépression alors que d'autres s'accommodent de leur situation. Inversement, celles et ceux qui ne s'estiment pas être encore vieux peuvent se projeter dans l'avenir, mais celui-ci peut être extrêmement angoissant pour eux. Car ce n'est pas tant le fait de se considérer vieux ou non qui peut poser problème, mais le côté (positif ou négatif) vers lequel les personnes ont polarisé leurs représentations de la vieillesse et surtout de quel entourage social, affectif, matériel, etc. elles estiment bénéficier ou non pour soutenir une image valorisée d'elles-mêmes. De fait, les individus font état, dans leur discours, d'une définition subjective, singulière, de soi et celle-ci n'entretient pas de relation automatique avec leur situation « objective », telle que décrite dans

les différentes grilles d'évaluation des professionnels médicaux ou sociaux. Elle s'inscrit dans leur histoire de vie, construite ou reconstruite à travers le récit qu'elles en font.

2.2.4.3 Le vieillissement, un rapport au monde qui évolue

Il en va de même pour le regard que les personnes âgées portent sur le monde qui les entoure : il oscille entre un sentiment d'étrangeté et de familiarité. Ici aussi, les travaux de Danilo Martuccelli nous enseignent que cette forme de tension n'est pas spécifique au grand âge. Il nous invite à nous éloigner des conceptions classiques en sociologie qui visaient à appréhender et analyser la société en supposant « *que les différents domaines sociaux interagissent entre eux, comme les pièces d'un mécanisme ou les parties d'un organisme, et que l'intelligibilité d'ensemble soit donnée justement par leur place dans la totalité [...et serait] parcourue par une logique centrale, plus ou moins invisible ou profonde, dictant l'essentiel de ses caractéristiques historiques.*¹⁵² » Toujours selon cet auteur, nos sociétés sont caractérisées par des désajustements structurels entre l'individu et le système social auquel il appartient, créant un entre-deux ou « *intermonde* » où, en fonction des coercitions présentes et des connaissances et expériences acquises, « *les acteurs cherchent et trouvent, retrouvent, bricolent un large éventail de conduites : la nouveauté côtoie l'archaïsme, la mémoire vive ne se réduit pas à l'organigramme, des formes empruntées à d'autres organisations y sont repérables, les changements laissent des zones d'inertie, et pour dominant que soit un modèle, à un moment donné dans une organisation déterminée, il n'évacue jamais toutes les autres possibilités virtuelles.*¹⁵³ »

De nombreux travaux en sciences humaines ont mis en évidence que, dans leur rapport au monde, les personnes lorsqu'elles avancent en âge ont souvent le sentiment accru de vivre hors du monde et de ne plus vraiment le comprendre, comme s'il leur était devenu étranger. Toutefois, il faut se garder, ici aussi, de toute généralisation simpliste : il est erroné de penser que les individus, passé un certain âge, n'évolueraient plus ou ne s'adapteraient plus aux changements sociaux et que leur vision du monde resterait figée.

Les personnes âgées sont souvent présentées comme des individus qui vivent un isolement de plus en plus important au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Elles seraient également la

¹⁵² Martuccelli D., « Penser l'intermonde, ou comment oublier le problème de l'ordre social », *Revue du MAUSS* 2006/1, n° 27, p. 431.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 433.

catégorie de la population la plus conservatrice en termes de valeurs. Une recherche du CREDOC¹⁵⁴ permet de nuancer cette vision¹⁵⁵.

En trente ans les modes de sociabilité et leurs pratiques des loisirs ont fortement évolué, notamment grâce à la création ou à la démocratisation de ces loisirs et aux moyens dont disposent les individus pour les adopter. « [Les personnes] *participent de plus en plus souvent à une association sportive ou culturelle, se rendent plus souvent au cinéma, dans les bibliothèques, sortent plus souvent au restaurant ou au café. Une enquête récente réalisée pour la Direction Générale des Patrimoines indique même que c'est parmi les sexagénaires que l'on trouve le plus de visiteurs du patrimoine : 66 % visitent chaque année des monuments (contre 57 % dans l'ensemble de la population), 34 % visitent un musée de beaux-arts (contre 23 %) et 20 % visitent des expositions de photos (contre 13 %).* ¹⁵⁶» Un autre indicateur attestant de la modification de leurs pratiques est l'utilisation de la voiture. Elles renoncent plus tardivement à conduire : « *aujourd'hui, on compte encore 60 % de conducteurs d'automobile à 76 ans* ¹⁵⁷ ». Notons que l'utilisation d'un véhicule est primordiale car elle permet non seulement de ne pas restreindre l'environnement physique, mais également l'environnement social : aller voir ses amis, sa famille, faire ses courses, etc. c'est-à-dire tous les champs classiques des relations sociales.

L'autre évolution marquante des trente dernières années consiste dans le renouvellement des représentations sociales chez les personnes de plus de 60 ans et, surtout, une importante convergence de celles-ci avec celles des plus jeunes. Ainsi, les personnes de plus de 60 ans ont

¹⁵⁴ Bigot R., Croutte P., Müller J., « Evolutions des conditions de vie et des aspirations des seniors en France depuis trente ans », *Cahier de recherche*, CREDOC, décembre 2013.

¹⁵⁵ Cette étude vise à décrire et analyser l'évolution des modes de vies et des aspirations des personnes âgées au cours des trente dernières années pour déterminer en quoi elles se distinguent (ou non) du reste de la population et dans quelle mesure on observe des convergences ou des divergences avec les plus jeunes. L'intérêt de cette recherche est de distinguer, dans les évolutions constatées, ce qui relève des effets de l'âge et ce qui relève des effets de génération. Les données sont issues de l'enquête « Conditions de vie et aspirations » du CREDOC. Elle est réalisée en « face à face », en janvier et en juin de chaque année depuis 1978, auprès d'un échantillon représentatif de 2 000 personnes, âgées de 18 ans et plus, sélectionnées selon la méthode des quotas. Ces quotas (région, taille d'agglomération, âge - sexe, PCS) sont calculés d'après les résultats du dernier recensement général de la population et mis à jour grâce à l'enquête emploi et au bilan démographique de l'INSEE. Un redressement final est effectué pour assurer la représentativité par rapport à la population nationale de 18 ans et plus.

¹⁵⁶ *Ibid.*, p.10.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 51

actuellement à peu près les mêmes préoccupations que les autres. : « *Il y a une vingtaine d'années, les personnes de plus de 60 ans étaient particulièrement préoccupées par les problèmes de drogue, d'insécurité et d'immigration. Aujourd'hui, le chômage est devenu leur première inquiétude devant les maladies graves et des sujets comme l'environnement et la pauvreté dans le monde les touchent davantage, rejoignant ainsi leurs cadets. De surcroît, lorsque l'on passe en revue différents risques (peur d'un accident de la route, d'une agression dans la rue, d'un accident de centrale nucléaire, de la guerre, des risques alimentaires, etc.), ils ne sont pas systématiquement plus inquiets que leurs cadets. [...] Leurs opinions sur la famille, le mariage, le travail des femmes, l'homoparentalité ou l'union civile entre deux personnes de même sexe ont fortement évolué : seuls 17 % des sexagénaires pensent aujourd'hui que le mariage est une union indissoluble alors que 41 % partageaient cette conception il y a trente ans ; 63 % estiment que la famille est le seul endroit où l'on se sente bien et détendu (contre 82 % il y a trente ans) ; 66 % considèrent que les femmes devraient pouvoir travailler dans tous les cas où elles le désirent (en opposition à : « elles ne devraient jamais travailler lorsqu'elles ont des enfants en bas-âge » ou « elles ne devraient travailler que si la famille ne peut vivre avec un seul salaire » ou « elles ne devraient jamais travailler »), contre 21 % il y a trente ans ; 48 % sont favorables au mariage homosexuel, contre 38 % il y a cinq ans ; 37 % sont favorables à l'homoparentalité, contre 29 % il y a cinq ans. Globalement, leurs positions restent plus traditionalistes que celles de leurs cadets, mais les changements d'opinions d'une génération à l'autre sont spectaculaires [...].¹⁵⁸ ». Un autre indicateur permet d'apprécier ces évolutions : « depuis le début des années 1980 la fréquentation des lieux de culte est en baisse chez les personnes de plus de 60 ans (y compris chez les 70 ans et plus).¹⁵⁹ ».*

Ainsi, parce que leurs conditions de vie ont profondément évolué : améliorations des ressources financières et matérielles, progrès médicaux induisant un veuvage de plus en plus tardif¹⁶⁰, développement de l'accès aux loisirs, etc., les nouvelles générations de 60 ans et plus sont

¹⁵⁸ Bigot R., Croutte P., Müller J., « Evolutions des conditions de vie..., *op. cit.*, p. 11.

¹⁵⁹ *Ibid.*, p. 89-90

¹⁶⁰ Nous avons insisté plus haut sur les conséquences du veuvage en termes de rupture identitaire et de risque d'isolement. « Aujourd'hui, à 72 ans, on compte 30 % de veufs ; la même proportion était atteinte plus tôt il y a 30 ans, dès 62 ans. L'augmentation de l'espérance de vie a repoussé le moment où l'on devient veuf. En revanche, on vit seul plus tôt aujourd'hui qu'il y a 30 ans, non pas en raison du veuvage, mais parce que l'on reste plus souvent célibataire et parce que l'on divorce plus souvent. », *ibid.*, p. 28.

différentes de celles d'hier ; elles ont eu une autre histoire. Elles sont davantage perméables et conscientes des différentes évolutions qui traversent notre société et l'image du retraité isolé, conservateur et hostile à tout changement mérite d'être interrogée. Une autre étude du CREDOC¹⁶¹, plus ancienne, confirme ces évolutions : en retenant cinq grandes caractéristiques (taille de l'agglomération, diplôme, âge, profession, revenu et sexe), elle démontre de nets changements de tendance. Depuis les années 1980, l'âge et le revenu ont clairement perdu de leur influence sur les opinions, tandis que le lieu de résidence reste totalement stable et se trouve *ex aequo* avec le diplôme et l'âge¹⁶².

Ce sont donc bien le retrait de certains rôles ou activités et la diminution du nombre d'interactions sociales qui en découlaient qui infèrent sur les capacités à « rester à la page ». C'est bien, finalement, le monde qui se détourne des personnes âgées. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'avoir atteint un âge vénérable pour ressentir cette impression.

Dès lors que les personnes ont la possibilité de maintenir un entourage social suffisamment dense et stimulant et qu'elles n'ont pas de pathologie invalidante (notamment cognitive), elles sont tout à fait capables de savoir quel baccalauréat a passé cette année leur arrière-petit-fils ou qui a gagné le dernier télé-crochet : « *La tension entre « éloignement du monde » et « maintien dans le monde » n'est certes pas propre au grand âge. Tout un chacun, en effet, est amené à réaménager son existence en abandonnant certaines activités pour se consacrer à d'autres ; depuis le plus jeune âge, l'individu vit à la fois dans le présent et lesté d'une identité passée ; et, comme nous l'avons souligné, l'étrangeté au monde est inhérente à la condition moderne. Cependant, c'est seulement au grand âge que cette tension devient un enjeu majeur et qu'elle constitue l'épreuve centrale de l'existence, à laquelle se trouvent confrontés un nombre croissant de nos contemporains, appelés à connaître la grande vieillesse.* ¹⁶³»

Afin de contenir ce sentiment d'étrangeté au monde, les personnes âgées peuvent mettre en œuvre différentes stratégies. La première consiste à tenter de lutter contre en maintenant ou développant des activités et des centres d'intérêt en lien avec la société actuelle : emploi des

¹⁶¹ Bigot R., Hatchel G., Ortalda L., « On pense différemment à Paris, dans les zones urbaines et dans le rural », *Consommation et modes de vie*, CREDOC, n° 147, 30 janvier 2001.

¹⁶² Selon cette enquête, entre 1982 et 1999 et relativement à leur influence sur l'opinion des Français, la variable « sexe » a perdu 6 points (40 % en 1999 contre 46 % en 1982), le revenu a perdu 27 points (46 % contre 73 %), la profession a gagné 20 points (53 % contre 33 %), l'âge a perdu 27 points (93 % contre 66 %), le diplôme a gagné 33 points (66 % contre 33 %) et la taille de l'agglomération est restée stable à 66 %.

¹⁶³ Caradec V., « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 31.

nouvelles technologies, utilisation des systèmes d'information (journaux, télévision et radio), etc. En quelques années, les évolutions ont été considérables : en 2015, près de 70 % des personnes de 60 à 75 ans possèdent un ordinateur à leur domicile (soit une progression de 23,8 points en 7 ans) et 70 % disposent d'internet (+ 30 points en 7 ans) contre près de 30 % des plus de 75 ans (soit + 12, 5 points pour la possession d'un ordinateur + 13, 6 points pour l'utilisation d'internet durant la même période)¹⁶⁴. Parmi les 65-74 ans, 51 % d'entre eux envoient et reçoivent des messages électroniques (contre 38 % en 2012)¹⁶⁵, beaucoup se sont équipés afin d'échanger avec les membres de leur famille. Ici aussi, dans ce domaine, ce qui leur permet de garder un meilleur contact avec leur environnement est le maintien d'un réseau social suffisamment étoffé, notamment avec les plus jeunes générations. Celles-ci peuvent jouer le rôle de traducteur, de passeur d'informations.

Pour celles et ceux qui ne disposent pas des ressources nécessaires, la deuxième stratégie consiste à se replier sur un espace familier et sécurisant, celui du domicile et de ses alentours. Le domicile devient, pour reprendre la formule de Bernadette Veysset et de Jean-Paul Deremble¹⁶⁶, un repère et un repaire. Il constitue une référence identitaire et sociale, ou, pour reprendre l'adage : « Dis-moi où tu habites et je te dirai qui tu es ». Ce repère est d'autant plus important pour les plus âgés : « *Sur le plan social, le processus de vieillissement est marqué par une série de ruptures : rupture de la retraite, du départ des enfants, de la mort du conjoint. A chacun de ces événements, la personne âgée perd un des supports de son identité sociale et rejoint le groupe anonyme et uniformisé des « retraités et personnes âgées ». La maison, elle, va rester, signe et symbole de ce que la personne a été, de ce qu'elle est.* ¹⁶⁷ » Dans les entretiens que nous avons conduits, la perte du logement, en entrant en établissement, est très certainement ce qui a le plus affecté les personnes, comme la perte d'une partie essentielle d'elles-mêmes : « *Je travaillais dans la culture avec mon mari. Il est décédé, il y a déjà 20 ans. [Vous aviez une ferme ?] Oui on avait une ferme. On avait tout fait nous-même. [Vous faisiez quoi ? De l'élevage ?] Des vaches, des cochons, des poules, des lapins, un petit peu de tout et puis ça y est. [Racontez-moi. Comment vous êtes arrivée dans cette maison de retraite ?] C'est mon fils qui*

¹⁶⁴ Champ : Ensemble des individus de 15 ans ou plus vivant en France dans un ménage ordinaire.

Source : Insee, enquêtes « Technologies de l'information et de la communication » 2008 à 2016.

¹⁶⁵ Champ : France, particuliers entre 16 et 75 ans. Source : Eurostat, enquêtes « UE – TIC » 2012 à 2015.

¹⁶⁶ Veysset B., Dremble J.P., *Dépendance et vieillissement*, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », Paris, 1989, p. 172.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p.32.

m'a dit de venir ici. Y'a pas à dire, y'a rien à reprocher ici, mais c'est la vie qui n'est pas ben gaie. On n'est pas comme chez soi. Partir de sa maison, vous savez, c'est très dur. »

(Madame Roger, 92 ans, veuve, mère de quatre enfants, ancienne agricultrice)

Il est également un repère spatial : les personnes y habitent souvent depuis de nombreuses années, il leur est familier, elles y ont toutes leurs habitudes, y compris dans l'ensemble de leur gestuelle et de leurs déplacements. Même si certains des sens ont perdu de leur acuité, notamment la vue, à l'intérieur de leur domicile, les personnes peuvent se déplacer pratiquement les yeux fermés, tant la disposition des lieux et les parcours sont inscrits, balisés par mille repères visuels, auditifs et olfactifs, dans leur mémoire et dans leur corps. Aussi, le changement brutal de l'entrée en structure prive les personnes de tous ces jalons construits au fil des années.

Le domicile est enfin un repère temporel car il contient tous les souvenirs et témoignages de soi et de ceux qui comptent ou ont compté¹⁶⁸. L'espace et l'environnement familiers dans lesquels les personnes évoluent leur permettent de fixer leur histoire et les objets qui les composent de faire resurgir les moments, les instants de leur vie. Pour reprendre Bachelard : « *Les souvenirs sont immobiles, d'autant plus solides qu'ils sont mieux spatialisés.*¹⁶⁹ »

Quand les personnes se replient sur leur sphère domestique, afin de se garantir stabilité et sécurité, le domicile devient un repaire, un lieu, une coquille protectrice. Ce processus est souvent accompagné d'une « routinisation » du quotidien, décrite dans les travaux de Jean Bouisson.

La routine, procédé présent chez tous les individus, est essentielle. Tout d'abord, chez les enfants, comme mode primordial du développement cognitif et de la construction des apprentissages. Mais également chez les adultes en tant que mode d'adaptation de leurs rôles, selon les variations des situations sociales, et en tant qu'« outil » de prévision des comportements et attentes d'autrui¹⁷⁰. Ainsi, les routines sont au cœur des interactions sociales,

¹⁶⁸ Aujourd'hui, la plupart des établissements incitent leurs résidents à décorer leur chambre avec des objets, voire des meubles, personnels. Cependant, ce sont généralement les enfants qui les choisissent et il y a souvent un décalage entre ce qu'ils considèrent comme essentiel et ce qui a une véritable valeur aux yeux de leur père ou de leur mère.

¹⁶⁹ Bachelard G., *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, (4^{ème} édition), 1989 [1957], p. 28.

¹⁷⁰ Voir notamment : Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, vol. 1 et 2 Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun, Paris, 1973 et Merton R. K., *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Armand Colin, Paris, 1997.

notamment dans le cadre familial et conjugal, car elles constituent un cadre d'habitudes permettant de simplifier et de fluidifier les relations. Lorsque les individus sont placés dans des situations particulièrement stressantes et déstabilisantes, la routine peut constituer un véritable rempart.

Dans son travail, Jean Bouisson s'est basé sur l'analyse de récits autobiographiques de personnes ayant vécu des expériences extrêmes, qu'il définit comme : « *un bouleversement radical des conditions de vie habituelles, bouleversement dont l'intensité a un aspect démesuré et insupportable, au point de pousser le sujet au bout de ses ressources adaptatives.* ¹⁷¹ » Cette situation conduit à l'émergence du sentiment de vulnérabilité, induisant une perte des repères les plus familiers et se traduisant par un ébranlement identitaire et, la plupart du temps, par un effondrement de l'estime de soi. Les personnes se trouvent alors dans l'impossibilité d'utiliser leurs ressources et leurs expériences antérieures pour faire face et garantir leur sécurité physique et morale, ce qui peut les amener à présenter divers troubles, voire des pathologies. Jean Bouisson décrit quatre types de processus défensifs que développent les individus vivant une situation extrême : « *une régression à des besoins infantiles [...] ; une polarisation de la pensée sur un petit nombre de contenus ou d'activités [...] ; l'installation d'un ordre fixe et rigide dans tout ce qui fait partie de l'univers proche et familial [...] ; le besoin de garantir la permanence et la stabilité de l'identité, en veillant notamment à l'intégrité d'un territoire intime à la périphérie de soi et en se cramponnant à certains objets.* ¹⁷² »

Chez les personnes âgées, les processus d'aménagement et d'adaptation à la vieillesse passent souvent par une routinisation de leur quotidien. La routine peut être, pour certains, source de bien-être en produisant régularité et sécurité. Mais pour d'autres, le cadre dans lequel elles évoluent est devenu tellement restreint et rigide que toute rupture est fortement perturbante, voire dangereuse. La limite est extrêmement mince entre routinisation opérante, en tant que ressource pour le maintien de l'équilibre personnel, et routinisation porteuse de risque et d'angoisse dès qu'elle est brisée. L'auteur a créé une échelle de routinisation du quotidien des personnes âgées en dix items, mise en corrélation avec l'âge et d'autres systèmes de mesures des affects (humeur, dépression, etc.) : « *Les préférences de routinisation [apparaissent] alors comme un prédicateur significatif de la répétition des comportements et des environnements : plus le score des préférences de routinisation était élevé, plus était élevée la probabilité que, quel que soit l'heure ou le jour, le sujet répète les mêmes comportements ou activités dans le*

¹⁷¹ Bouisson J., « Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 110.

¹⁷² *Ibid.*, p. 111-112.

*même créneau horaire et se trouve dans le même environnement.*¹⁷³ ». Selon Jean Bouisson, la mesure de la routinisation du quotidien d'une personne âgée peut être utilisée de manière prédictive en tant que signal d'alerte ou de « *marqueur de vulnérabilité* » alors même que des signes cliniques ne sont pas encore apparus : « *les sujets les plus routinisés ont une plus mauvaise santé subjective et moins de contacts sociaux, notamment avec leur famille, amis ou voisins. Plus ils deviennent dépendants, en outre, pour des activités instrumentales de la vie quotidienne (utilisation du téléphone, utilisation des moyens de transport, gestion du budget etc.), plus ils se montrent anxieux et dépressifs et plus ils ont un score de préférences de routinisation élevé.*¹⁷⁴ ». D'où la nécessité de rechercher à différencier ce que l'auteur nomme une « *routinisation-stratégie* », comme mode d'ajustement et d'adaptation, d'une « *routinisation-processus* ». « *Cette dernière, qui laisse supposer un ensemble de phénomènes consécutifs et évolutifs ordonnés par des dynamiques non intentionnelles, peut malheureusement engager la personne âgée dans une voie sans chemins de traverse ni possibilités de retour la menant, progressivement et inexorablement, vers un amoindrissement de plus en plus dramatique de ses ressources adaptatives et un appauvrissement de ses relations avec autrui. Toute tentative pour rompre le processus serait vouée à l'échec, avec le risque de précipiter le sujet âgé dans une détresse psychologique encore plus grande.*¹⁷⁵»

2.2.4.4 L'entrée en EHPAD : la dernière étape du vieillissement ?

L'entrée en EHPAD constitue une étape critique dans le parcours de vie¹⁷⁶ des personnes âgées. Elle est, pour la majorité des résidents¹⁷⁷, la dernière puisque 82 % d'entre eux quitteront leur établissement d'hébergement pour cause de décès¹⁷⁸. Elle bouleverse l'ensemble des aspects de la vie des personnes, *a fortiori* pour celles et ceux dont les capacités d'adaptation se sont

¹⁷³ Bouisson J., « *Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation* »..., *op. cit.*, p. 118.

¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 119.

¹⁷⁵ *Ibid.*, p. 122.

¹⁷⁶ Nous traiterons plus loin les critères médicaux, sociaux et économiques qui conditionnent l'entrée en établissement.

¹⁷⁷ Rappelons qu'en 2015 seuls 9 % des personnes de plus de 75 ans vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées.

¹⁷⁸ « En 2011, 179 000 personnes ont quitté un EHPAD alors qu'elles étaient en hébergement permanent dans ces établissements. Les séjours correspondants se sont conclus par un décès du résident dans 82 % des cas, un retour à domicile dans 8 % des cas et un transfert vers un autre EHPAD dans 10 % de cas restant. » Source : Fizzala A., « *Les durées de séjour en EHPAD* », Les dossiers de la DREES, mai 2017, n° 15, p. 3.

amoindries au fur et à mesure de l'avancée en âge. Souvent à la suite d'une hospitalisation, peu ou mal préparée, les personnes qui arrivent en structure affrontent des changements radicaux en termes de statut, de rôles et d'activités.

Par définition, les EHPAD ont vocation à couvrir et prendre en charge l'ensemble du quotidien des individus qui y vivent : soins, alimentation, hygiène, entretien, loisirs... Du fait de leur structuration et du type de population accueillie, leur fonctionnement nécessite une organisation du travail et le respect des différentes réglementations afférentes ; ils laissent peu de possibilité aux résidents de choisir ce qu'ils vont faire de leur journée, ni quand, ni avec qui. Globalement, chacun doit se lever, se coucher, se laver, manger aux mêmes heures (à la table qu'il leur a été attribuée) ou participer aux mêmes activités. Le rythme des EHPAD déstructure la plupart des routines que les personnes avaient mises en place à leur domicile. La vie en institution, de par sa nature, induit l'abandon d'un certain nombre de rôles, notamment domestiques : les personnes n'ont plus besoin (ni vraiment la possibilité) de faire leurs courses, de cuisiner, de laver leur linge, de faire leur ménage, d'élever des animaux ou de jardiner. Beaucoup d'établissements proposent ces activités : on essaiera de « maintenir la petite toilette », de confectionner quelques crêpes pour la chandeleur ou de faire pousser quelques radis, etc. Mais, tant les résidents que le personnel ne sont guère dupes quant au caractère souvent factice de ces dernières : le cuisinier n'a nul besoin de ce qui est produit dans le jardin « thérapeutique », les aides-soignantes travailleraient sûrement plus vite si elles faisaient la toilette complète directement et, finalement, pratiquement tout ce que peuvent produire ou réaliser les résidents n'est pas nécessaire au fonctionnement de la structure. Si l'arrêt de certaines corvées ménagères peut constituer une forme de soulagement, il induit une désagrégation de l'emploi du temps quotidien, dont il est difficile de combler le vide par d'autres occupations : « *Ces abandons imposés par l'institution de manière accélérée mettent en évidence une des caractéristiques du vieillissement aux âges élevés : les rôles abandonnés sont rarement remplacés par d'autres.*¹⁷⁹ ». Cette réalité renforce et accentue le sentiment chez les résidents d'être devenus inutiles et un poids pour la société :

« [Ça vous plaît ici ?]

Oh, oui... Oh, ben question de ça, moi je ne me plains ni du service ni de rien. Je suis très bien question du personnel et puis tout. Ce qui a trop changé pour moi, c'est que je

¹⁷⁹ Mallon I., « Le « travail de vieillissement » en maison de retraite », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 48.

me suis retrouvée sans travail, sans rien. On sert à rien. Faudra bien s'y faire. Eh ben ma foi. »

(Madame Farge, 93 ans, veuve, sans enfant, ancienne boulangère)

Beaucoup tentent de maintenir quelques activités ou habitudes, dans la limite de ce que leurs capacités et l'organisation de l'établissement leur permettent, de menues bricoles ou parfois de grandes passions comme la broderie ou la littérature qui ont sous-tendu la vie « d'avant » : « *Les rôles anciens servent de points d'appui, mais faute de pouvoir être joués pleinement, se décrystallisent. Seules une à deux habitudes sont maintenues, de manière métonymique pour l'ensemble du rôle, que le contexte institutionnel recompose. [...] Les rôles se dématérialisent ainsi, faute de lieux où les jouer et d'accessoires pour les soutenir.* »¹⁸⁰ D'aucuns se retranchent alors dans leur mémoire afin d'imaginer comment ils (elles) auraient « arrangé » ce rôti servi à midi ou utilisé tel ou tel produit/technique pour nettoyer les vitres correctement.

L'entrée en établissement bouleverse également les relations sociales qu'entretenaient précédemment les résidents, notamment dans la sphère familiale. Dans ce nouveau cadre, il est complexe de maintenir son statut de parent, grand-parent ou arrière-grand-parent. Vis-à-vis des enfants, dans la grande majorité des cas, ce sont eux qui prennent en charge leur parent : renseignement sur l'établissement, dossier d'inscription, gestion administrative et financière... Nombreux sont les résidents qui nous ont dit ne plus gérer du tout leur argent une fois arrivés en structure : ce que cette dernière n'assure pas, ce sont les enfants qui le prennent en charge :

« Vous savez ce que j'ai craint le plus c'est que chez moi, de faire mon travail, de trafiquer et puis là, d'un seul coup j'ai eu plus rien à faire. Alors là, ça j'y ai craint.

[Qu'est-ce que vous faisiez chez vous que vous ne pouvez pas faire ici ?]

Ah ben je j'entretenais mon ménage. J'avais bien des femmes de ménage, mais malgré tout, je faisais ma lessive, je faisais mon repassage, je faisais tout mon ...j'entretenais toute ma comptabilité, j'entretenais tout mon...mes chèques et tout ce qui s'en suit. Tandis que là, du jour que je suis arrivée là, j'ai eu droit à rien.

[Ah bon ?]

Non, c'est tout mon neveu qui s'occupe de tout, c'est lui qui paye, c'est lui qui machine. Moi je ne m'occupe de rien. »

(Madame Farge, 93 ans, veuve, sans enfant, ancienne boulangère)

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 49-50.

Certains pourront ici estimer que les rôles s'inversent. Nous considérons que les choses sont loin d'être aussi simples. Dans ce que nous avons pu observer, il s'avère que chacun connaît très bien la place de l'autre, quel que soit le niveau de dépendance ou d'incapacité du résident, même si parfois, dans leur discours, certains enfants disent avoir l'impression d'être devenus le parent de leur parent. Ce ne sont pas les statuts ou les rôles de parent ou d'enfant qui se sont inversés (ceux-ci se sont construits pendant 80 ans ou plus) mais le flux de l'aide et du soutien et les conditions dans lesquels ils sont prodigués. C'est justement cette permanence statutaire et symbolique qui rend aussi douloureux aux enfants le fait de voir les forces de leur père ou de leur mère s'amenuiser et de ne plus pouvoir maintenir le même type de relation et/ou de soutien. S'agissant du rôle de grand-parent ou d'arrière-grand-parent, l'entrée en établissement provoque également de grandes modifications. D'une part, les résidents ne peuvent plus se rendre utiles dans les tâches qu'ils pouvaient accomplir à leur domicile et qui consistaient pour beaucoup en la garde et l'accueil des plus petits. D'autre part, les retrouvailles dans ce type de structure sont compliquées du fait de leur architecture et des règles afférentes qui ne permettent pas de maintenir les relations familiales, les moments de vie communes, tels qu'ils étaient vécus précédemment : *« Même lorsque les petits-enfants se réfugient dans la chambre de la personne âgée pour recréer un moment d'intimité familiale et mettre à distance les autres occupants de la maison de retraite, les rôles sont plus difficiles à jouer. Les enfants en bas âge sont difficiles à contenir dans une chambre. »*

Les lieux empêchent par leur exigüité, pour les chambres, ou par leur anonymat, pour les salons, de renouer des relations sereines. Ils obligent à une segmentation des relations familiales, les proches ne pouvant guère être plus de deux ou trois à rendre visite. Les temps de partage sont plus brefs, plus discontinus, plus limités. Et ils s'orientent plus vers la discussion, quand les visites au domicile de la personne âgée permettaient de partager des activités ou se nourrissaient simplement du partage de l'espace. »¹⁸¹ Bon nombre de résidents nous ont dit être désolés de ne même pas pouvoir offrir quelque chose à boire à leurs visiteurs. Les temps routiniers de l'institution nuisent également aux relations familiales. Même si beaucoup tentent d'assouplir les règles, les visites sont très rarement acceptées pendant les soins ou la toilette, difficiles pendant les repas ou la sieste, mal vues pendant les activités, le soir, etc. et laissent finalement peu de marge aux visites pour les enfants ou petits-enfants qui vivent à un autre rythme et abandonnent souvent toute idée de visite impromptue. D'ailleurs, de nombreux résidents ont tellement intégré la routine de l'établissement, parce qu'elle sécurise et

¹⁸¹ Mallon I., « Le « travail de vieillissement »..., *op. cit.*, p. 50 - 51.

rassure, qu'ils finissent par rouspéter lorsqu'un de leur proche arrive sans avoir prévenu et les « oblige » à devoir quitter le goûter d'anniversaire ou l'après-midi loto. Ceux-là mêmes qui, auparavant, à leur domicile, auraient probablement été ravis de voir arriver à l'improviste leur petit-fils ou fille qui passait par là. Les temps de convergence entre la vie dans et hors de l'établissement étant peu nombreux, les visites se font plus rares, leur contenu est moins dense, plus convenu et formel.

Un autre rôle que beaucoup perdent en entrant en établissement est celui du soutien matériel et surtout financier. Les différents travaux conduits à propos des solidarités intergénérationnelles démontrent une très grande diversité des aides et services fournis entre les membres d'une famille. Elles concernent la sphère domestique (tâches ménagères, bricolage, soins), les transferts financiers (appuis ponctuels, prêts, donations), les aides matérielles et les services relationnels (garde d'enfant, prêt de voiture, caution bancaire, dons en nature), etc. « *Ces échanges mobilisent l'ensemble des générations et sont le plus souvent réciproques, à l'exception remarquable des flux financiers, plutôt descendants (des parents aux enfants ou des grands-parents aux petits-enfants).* »¹⁸² Or, les coûts de l'hébergement¹⁸³ en structure médicalisée obèrent les ressources des résidents et ont souvent raison de toutes leurs économies (vente de la maison comprise) et obligent certains enfants à financer une partie de ces frais : « *Voici ce qui vient aggraver la culpabilité des personnes très âgées déjà largement mises à mal par leur situation : culpabilité d'être devenues « dépendantes », à la charge des autres ; culpabilité fortement appuyée par le discours ambiant de coûter cher à la société ; culpabilité enfin d'entraîner leurs enfants dans des situations financières délicates alors même que le patrimoine lorsqu'il existe, est souvent largement entamé. Il est vraisemblable que la transmission du patrimoine ne fera plus partie des valeurs dominantes pour les générations à venir, mais elle était l'une des fiertés essentielles pour les « âgés » d'aujourd'hui qui [...] dans une culture très terrienne, avaient su, grâce à leur travail et volontiers leurs privations,*

¹⁸² Pin S., « Les solidarités familiales face au défi du vieillissement », *Les Tribunes de la santé*, 2005/2, n° 7, p. 45.

¹⁸³ En 2011, le reste à charge (hors aide sociale à l'hébergement) est en moyenne de 1 758 € euros par mois et « trois résidents sur quatre sont dans l'impossibilité de financer leurs frais de séjour à partir de leurs seules ressources « courantes » ». Source : Fizzala A., « Dépendance, qui paye quoi ? », Les dossiers de la DREES, mars 2016, n°1, p. 36.

*augmenter de manière souvent bien modeste, mais pourtant capitale à leurs yeux, le capital à transmettre. »*¹⁸⁴

Dans ce contexte de déstructuration des statuts et des rôles que détenaient les personnes avant leur entrée en établissement, maintenir une identité stable et valorisante est un véritable défi, d'autant plus qu'elles pénètrent dans un environnement inconnu, hébergeant d'autres individus qui, pour une grande partie d'entre eux présentent des incapacités physiques et mentales sévères : « *Ces personnes constituent une triple menace pour les résidents encore valides. Tout d'abord, elles sont l'image de ce qu'elles craignent devenir. Ensuite, en vivant dans le même établissement, le risque d'être confondu avec elles. Enfin, les situations de co-présence avec ces personnes qui ne parviennent plus toujours à respecter les règles de base des interactions sont potentiellement problématiques.* »¹⁸⁵ La présence de l'ensemble des futurs possibles permet de mesurer sa propre vieillesse et conduit les uns et les autres à adopter différents comportements allant de la plus sincère compassion au mépris le plus redoutable. Quoi qu'il en soit, la protection de soi et le maintien de son identité entraînent quasi systématiquement une mise à distance de ceux dont l'état général est fortement dégradé et se traduit le plus souvent par un retrait sur son espace privé et ainsi, un isolement. Isolement qui conduit inmanquablement à un repli sur soi et ses souvenirs, où beaucoup finissent par constater qu'ils sont arrivés au bout de leur vie parce qu'ils n'ont plus réellement de prise sur elle et qu'ils n'arrivent plus à en éprouver le sens.

2.3 Les différents types de populations âgées en milieu rural

Ainsi que nous l'avons traité précédemment, notamment en nous appuyant sur les travaux de Jean-François Léger, les différents types de populations âgées sont globalement répartis selon des logiques liées à des spécialisations économiques anciennes et actuelles du territoire français. Les zones historiquement dominées par l'activité agricole ou industrielle accueillent majoritairement les retraités au capital économique le plus faible tandis que les aires urbaines

¹⁸⁴ Pfitzenmeyer P., *Prendre soin du grand âge. Un défi pour une société plus juste*, L'Harmattan, Paris 2010, 79-80.

¹⁸⁵ Caradec V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 2ème édition, Armand Colin, Paris, 2010 [2008], p. 112.

et les zones à potentiel touristique captent ceux au capital économique le plus élevé. Ces disparités économique-spatiales créent des zones de pauvreté chez les plus âgés : en 2016, les trois départements comptant la part la plus importante de pauvreté pour les plus de 75 ans¹⁸⁶ (20 % et plus) sont tous trois des départements à dominante rurale, dont la population est éloignée d'un centre urbain¹⁸⁷, soit la Haute-Corse (23,8 %), la Creuse (20,6 %) et la Lozère (20 %).

Si on observe les vingt départements français dont la part de personnes âgées de 75 ans et plus considérées comme pauvres est la plus élevée, la majorité d'entre eux sont également classés dans les catégories à dominante rurale :

¹⁸⁶ Le taux de pauvreté représente la proportion d'individus d'une classe d'âges appartenant à des ménages dont le niveau de vie, c'est-à-dire le revenu disponible (après transferts, impôts et prestations sociales) par unité de consommation (UC), est inférieur au seuil de 60 % de la médiane du revenu disponible par UC de l'ensemble de la population de cette classe d'âges. Source : INSEE, Filosofi 2012.

¹⁸⁷ Typologie mise au point par l'OCDE à partir de données fournies par Eurostat qui reprend la méthode de carroyage des communes selon leur densité et vise à classer les régions rurales européennes (NUTS3, ce qui correspond en France aux départements). Elle se fait en quatre étapes. La première étape identifie les communes rurales selon la densité de population. Une commune est dite rurale si sa densité de population est inférieure à 150 habitants au km². La deuxième étape classe les régions selon la part de la population habitant des communes rurales. Ainsi, une région est :

- à dominante rurale, si plus de 50 % de la population habite une commune rurale ;
- à dominante urbaine, si moins de 15 % de la population habite une commune rurale ;
- intermédiaire, si de 15 % à 50 % de la population habite une commune rurale. La troisième étape est basée sur la taille des centres urbains.

Ainsi : une région classée dans la catégorie « à dominante rurale » est reclassée dans la catégorie « intermédiaire » si elle a un centre urbain d'au moins 200 000 habitants qui représente moins de 25 % de la population départementale ; une région classée dans la catégorie « intermédiaire » est reclassée dans la catégorie « à dominante urbaine » si elle a un centre urbain d'au moins 500 000 habitants qui représente moins de 25 % de la population départementale. Enfin une région à dominante rurale est qualifiée de « proche d'un centre urbain » si au moins la moitié de la population de la région habite à moins de 45 minutes en voiture d'un centre urbain d'au moins 50 000 habitants ; sinon elle est qualifiée d'« éloignée ».

Tableau 5 : France 2016, taux de pauvreté des 75 ans et plus selon la typologie urbain/rural des régions européennes, pour les vingt départements les plus pauvres.

Département	Taux de pauvreté des + 75 ans par ordre décroissant %	Typologie urbain/rural des régions européennes
Haute-Corse	23,8	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Creuse	20,6	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Lozère	20,0	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Corse-du-Sud	18,4	Intermédiaire
Aude	17,7	Intermédiaire
Gers	17,5	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Cantal	16,8	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Tarn-et-Garonne	16,1	Dominante rurale, population proche d'un centre urbain
Pyrénées-Orientales	15,8	Intermédiaire
Aveyron	15,6	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Lot-et-Garonne	15,2	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Corrèze	15,0	Dominante rurale, population proche d'un centre urbain
Dordogne	15,0	Dominante rurale, population proche d'un centre urbain
Ariège	14,6	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Lot	14,5	Dominante rurale, population éloignée d'un centre urbain
Haute-Loire	13,6	Dominante rurale, population proche d'un centre urbain
Vaucluse	13,6	Intermédiaire
Charente	13,5	Dominante rurale, population proche d'un centre urbain
Hérault	13,4	Intermédiaire
Gard	13,2	Intermédiaire

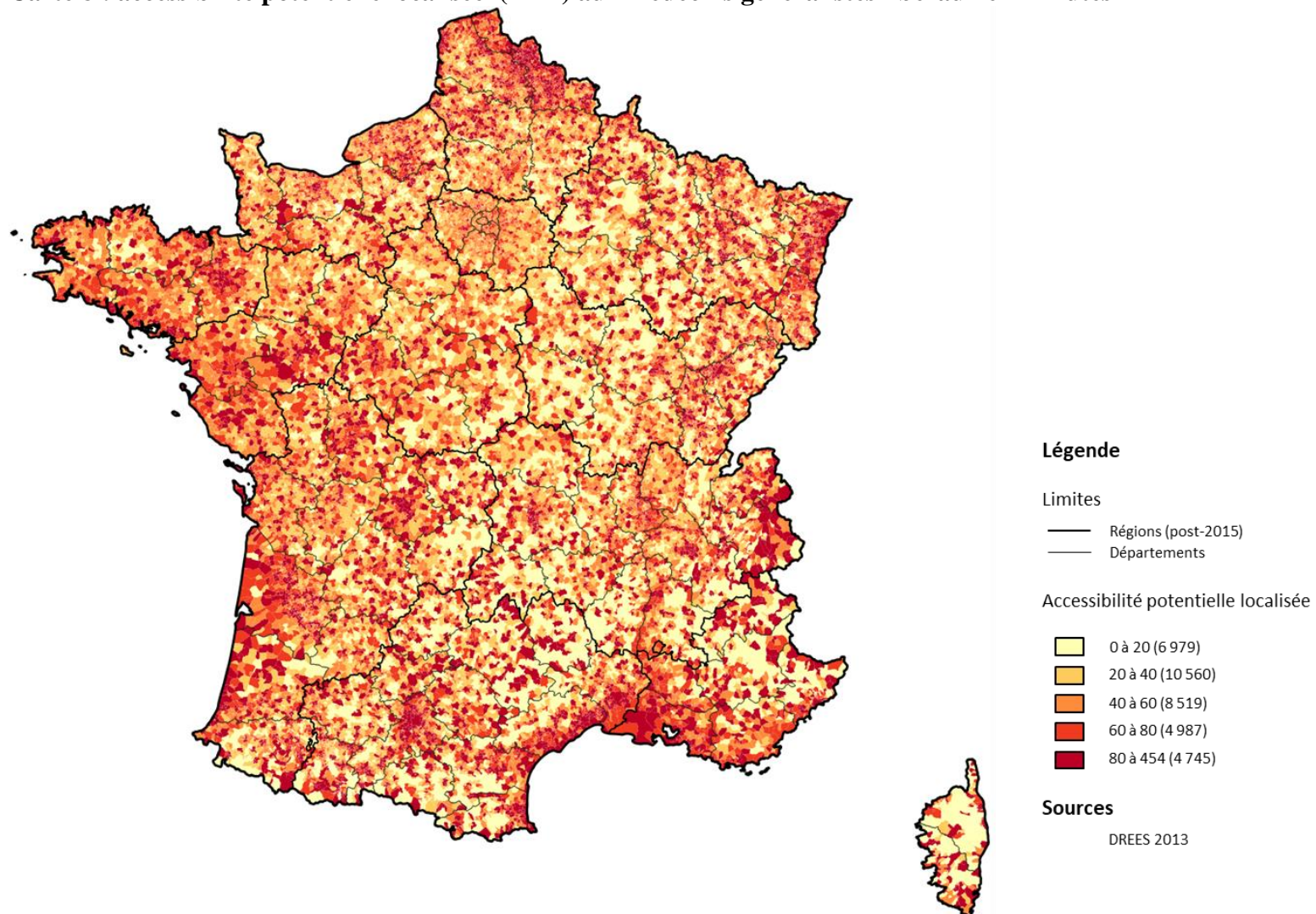
Source : INSEE, *Filosofi* 2012 (taux de pauvreté) et Eurostat, OCDE, 2007 (typologie urbain/rural des régions européennes).

2.3.1 Des disparités selon l'accès aux services

Les conséquences pour les personnes âgées de cette répartition spatiale (avec une concentration des individus au capital économique le plus faible dans les zones les plus rurales) peuvent induire des difficultés accrues, car on observe des disparités importantes en termes d'accès aux services, dont voici quelques exemples cartographiés¹⁸⁸.

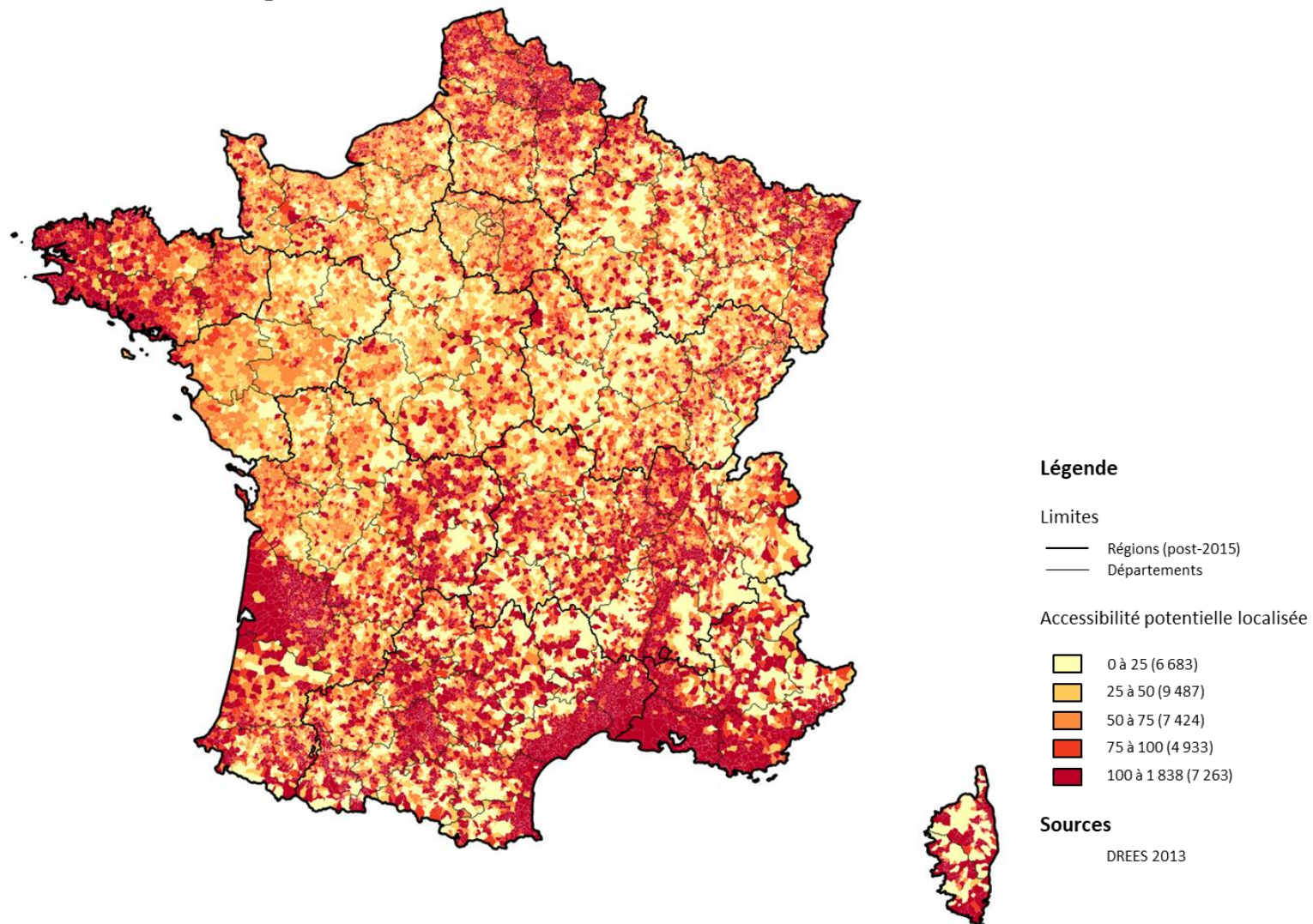
¹⁸⁸ Les trois cartes qui suivent ont été traitées par David Valageas, Laboratoire Georges Chevrier, UMR CNRS 7366, Université de Bourgogne-Franche-Comté.

Carte 8 : accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux en minutes



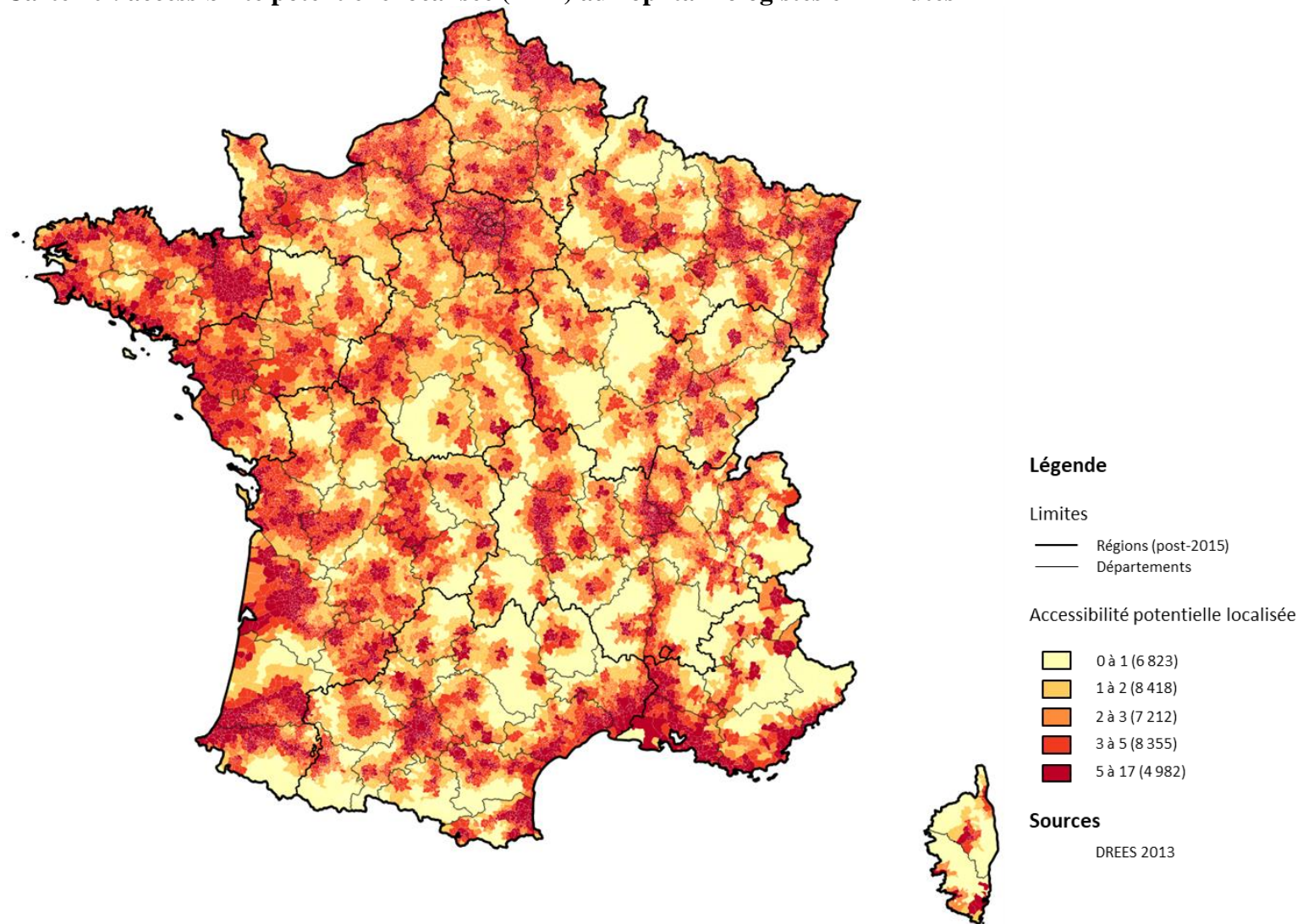
Source : DREES (SNIR-AM 2013, CNAM), INSEE RP 2012- Unité : Equivalent temps plein pour 100 000 habitants. Légende : intervalle en minutes ; (nombre de communes).

Carte 9 : accessibilité potentielle localisée (APL) aux infirmiers libéraux en minutes



Source : DREES (SNIIR-AM 2013, CNAM), INSEE RP 2012- Unité : Equivalent temps plein pour 100 000 habitants. Légende : intervalle en minutes ; (nombre de commune).

Carte 10 : accessibilité potentielle localisée (APL) aux ophtalmologistes en minutes



Source : DREES (SNIIR-AM 2013, CNAM), INSEE RP 2012- Unité : Equivalent temps plein pour 100 000 habitants. Légende : intervalle en minutes ; (nombre de commune).

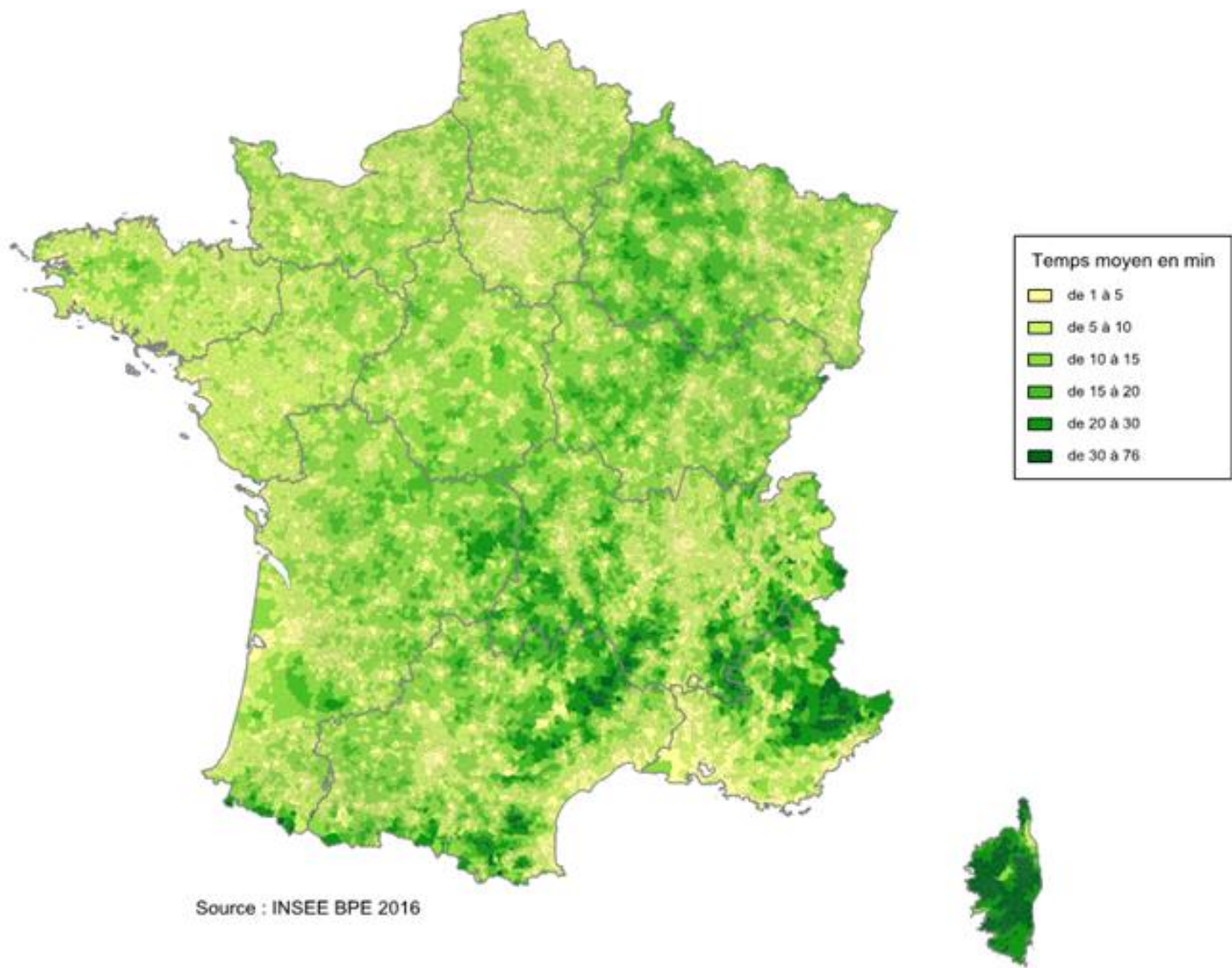
Afin d'observer de manière croisée l'accès à différents services de la vie quotidienne, l'INSEE, l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France et le CGET (Commissariat général à l'égalité des territoires) ont élaboré différents « paniers de services et d'équipement de la vie de tous les jours ¹⁸⁹», permettant de calculer un temps moyen d'accès à ces derniers. Un de ces paniers est destiné aux « séniors ». Celui-ci correspond aux équipements destinés plus spécifiquement aux personnes âgées de 65 ans ou plus. Il est centré sur la santé et les services : médecin, pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, urgences, opticien, cardiologue, infirmier, kinésithérapeute, podologue, ambulances et taxis, hébergement pour personnes âgées, soins à domicile et services d'aide pour personnes âgées, bassin de natation, boulodrome, court de tennis, plateau extérieur ou salle multisports, cinéma. Or, si on observe le temps d'accès à ces services en fonction de la densité de population on constate un désavantage net pour les personnes âgées vivant dans des communes rurales :

¹⁸⁹ « Le « panier de la vie courante » comprend 22 équipements ou services. Ceux-ci ont été choisis en fonction de la proximité, de la mobilité qu'ils impliquent, de l'importance qui leur est donnée au quotidien et de leur fréquence d'usage. Ils comprennent une grande partie des équipements de la gamme dite de proximité. »

Source : INSEE définition.

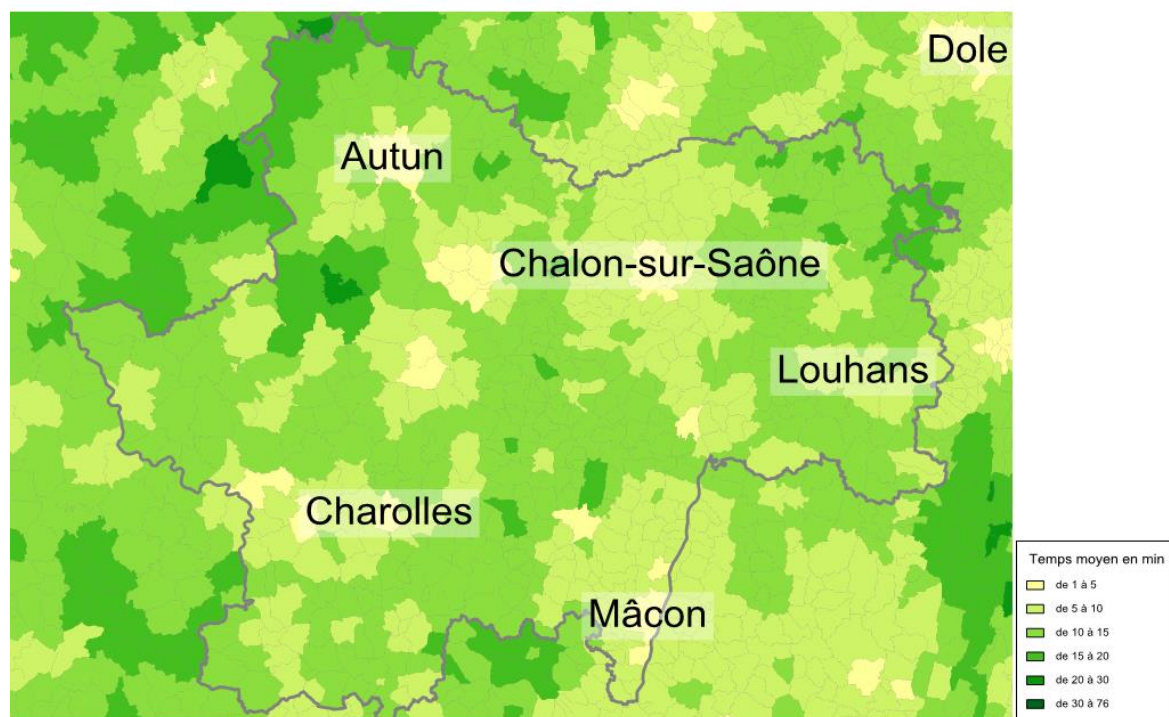
Consulté le 04 février 2017 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908098#encadre3>

Carte 11 : temps d'accès aux équipements de panier « sénior » par commune (2016) France métropolitaine



Pour une meilleure lisibilité, cette carte est déclinée ci-dessous au niveau départemental afin de comparer temps d'accès aux services et densité de population. On note alors que les zones faiblement peuplées sont nettement désavantagées en termes d'accès aux services spécifiques aux plus âgés¹⁹⁰ :

Carte 12 : temps d'accès aux équipements de panier « sénior » par commune (2016) Saône-et-Loire

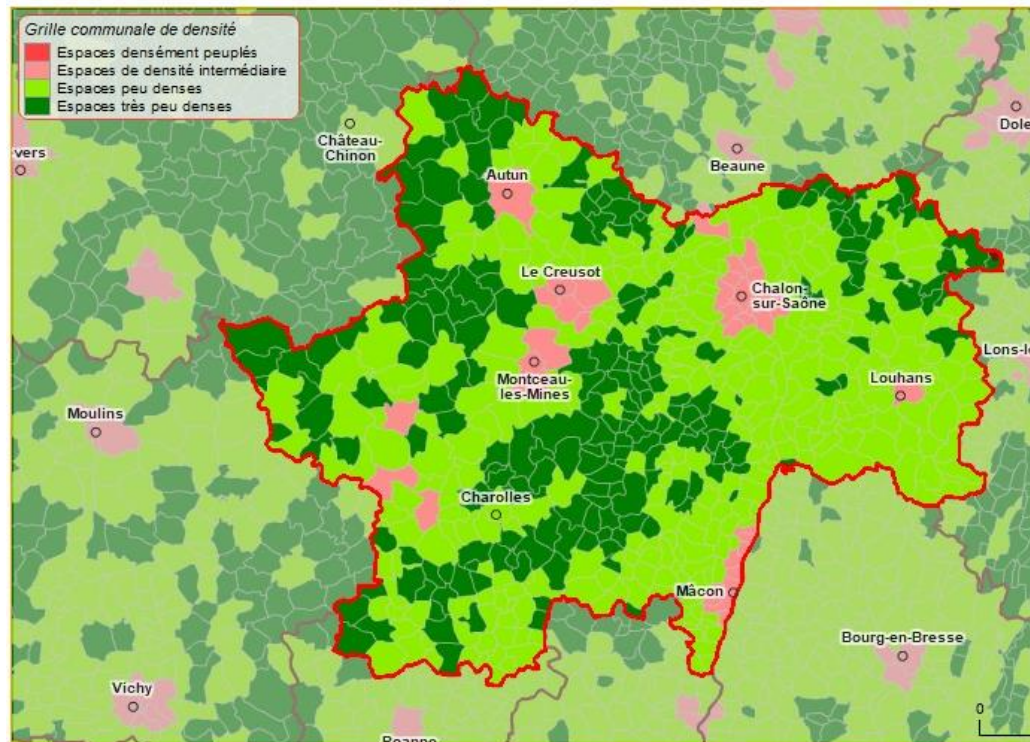


Source : INSEE BPE 2016

¹⁹⁰ Nous verrons plus loin que ce désavantage est moins important pour les communes rurales disposant d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (cf. partie « 2.4.3 Des conditions spécifiques d'exercice de son activité professionnelle »).

Carte 13 : densité de population des communes (2016) en Saône-et-Loire

Grille communale de densité - source : INSEE, 2015



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Ainsi pour certains territoires ruraux les difficultés sont cumulées : ils comptent une faible densité de population avec une part importante de personnes âgées et avec des temps d'accès supérieurs à la moyenne. Ces disparités territoriales créent des zones de vulnérabilité plus importantes, notamment pour les personnes âgées, en termes de risques de fragilité sociale et de fragilité médicale : plus elles vivent dans des zones peu densément peuplées, plus elles sont éloignées de tous les services qui leur sont nécessaires au quotidien.

2.3.2 Des disparités selon le type d'attache

La vieillesse est loin d'être un processus homogène : le sexe, l'origine sociale, les revenus, l'état de santé, le type de résidence, l'architecture familiale, etc. ont une influence de plus en plus marquée sur les personnes à mesure qu'elles avancent en âge.

S'agissant de l'étude de celles et ceux qui résident en milieu rural, un autre facteur est prépondérant : celui de l'attache à ce type de territoire. Une enquête ethnographique¹⁹¹, menée dans deux départements français, a permis de distinguer trois types de résidents âgés : « *Les anciens habitants toujours demeurés sur place, pour la plupart anciens agriculteurs, artisans ou indépendants ; les natifs du pays revenus habiter les lieux de leur enfance, après une carrière qui les en a écartés plus ou moins loin et plus ou moins durablement ; les nouveaux résidents, venus s'installer aux alentours de la retraite, parfois après des années de villégiature estivale*¹⁹². ». De cette origine dépendront les ressources matérielles, symboliques et affectives mobilisables, mais également la manière dont elles pourront être mobilisées.

L'homogénéité sociale et culturelle basée sur l'interconnaissance entre tous les membres d'une même collectivité n'existe plus. L'espace rural français apparaît plus aujourd'hui comme une

¹⁹¹ Voir : Gucher C. (dir.), Mallon I., Roussel V., Guillot M., Mollier A., Boisseau S., *Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?*, rapport pour le Groupement d'intérêt scientifique (GIS) et l'INSERM, 2007.

¹⁹² Mallon I., « Le milieu rural isolé isole-t-il les personnes âgées ? », *Espace populations sociétés*, 2010, p. 109.

mosaïque de lieux de coexistences d'habitants aux modalités d'appartenance diversifiée¹⁹³. En reprenant les travaux de Yannick Sencébé, on peut distinguer quatre formes d'appartenance¹⁹⁴ qui tiennent compte de deux pôles entre lesquels les individus se positionnent¹⁹⁵ : entre l'attachement (en référence au besoin d'identification, d'affiliation et de sécurité) et la distanciation (en référence aux valeurs de liberté, de projet et d'épanouissement personnel).

Dans le premier type, « *l'attachement comme destin social* », le pôle d'attachement est prédominant : « *Le lieu où l'on vit renferme toutes les sphères d'affiliation. [...] L'entretien des liens passe par la proximité et le temps long. Le lieu est parcouru, travaillé, connu en ses moindres parties de façon topologique et généalogique. On est ainsi à la fois partie prenante et dépendant du lieu que l'on construit et qui nous construit, avec d'autres.*¹⁹⁶ ». Dans le deuxième, « *d'ancrage comme choix* », les individus constituent un certain nombre de ressources (matérielles et symboliques) leur permettant de s'inscrire dans un parcours social et géographique choisi. La présence, voire l'engagement, y sont volontaires, tout en se préservant la possibilité d'en partir temporairement ou définitivement (de « jeter ou de lever l'ancre »). Le troisième, que l'auteur nomme « *la tension entre l'ici et l'ailleurs* », est caractérisé par un attachement au lieu d'origine et un engagement volontaire ou contraint dans des liens sociaux, professionnels construits ailleurs. Cette situation peut engendrer des ambivalences, des tensions identitaires. Enfin, le dernier, « *détachement comme injonction sociale* ». Ici, ce qui fait sens est uniquement inscrit dans le présent : « *Les lieux sont des occasions-supports pour tisser des liens, et les liens sont des points d'appui pour s'appropriier ou fréquenter de nouveaux lieux. L'engagement de la personne se fait de façon à la fois plus intense mais plus réversible. On appartient aujourd'hui complètement à une communauté de projet, d'activité, de style de vie..., que l'on quittera bientôt. On peut parler ici d'une appartenance labile, en ce qu'elle est définie*

¹⁹³ Voir les travaux de Françoise Guérin-Pace :

Guerin-Pace F. (dir), Samuël., Ville I., En quête d'appartenance. L'enquête Histoire de vie sur la construction des identités, Collection Grandes enquêtes, Les éditions de l'INED, Paris, 2009.

Guerin-Pace F., « Sentiment d'appartenance et territoires identitaires », *L'Espace géographique*, 2006/4 Tome 35, 2006, p. 298-308.

Guerin-Pace F., Guermond Y., « Identité et rapport au territoire », *L'Espace géographique*, Tome 35, 2006, p. 289-290.

¹⁹⁴ Sencébé Y., « Multi(ples) appartenances en milieu rural », *Informations sociales*, n° 164, 2011, p. 36-42.

¹⁹⁵ Ce positionnement n'est pas statique mais dynamique selon les situations et les périodes de la vie d'un individu.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 37.

*par l'inscription dans le temps présent. L'individu vit alors dans un présent permanent. Cette ouverture du présent peut, selon les personnes, être source d'incertitude ou d'opportunités.*¹⁹⁷»

Ces types différents d'appartenance sont à mettre en lien avec des échelles de temps et d'espace selon que les personnes sont originaires ou non du territoire et qu'elles y vivent de façon permanente ou non¹⁹⁸. Les processus et logiques d'appartenance se déclinent selon les expériences singulières évolutives. Dans le prolongement de Norbert Elias¹⁹⁹, Yannick Sencébé propose de définir la notion d'appartenance en référence au concept de « configuration » de liens et de lieux reliant chaque individu à la société et donc au(x) territoire(s) dans lesquels il évolue. « *Selon cette perspective, il n'y a pas "multi-appartenance", mais des formes différentes d'appartenance, selon les individus. Ces différences reflétant à la fois des "styles de vie" (mode d'articulation entre lieux et liens) et des hiérarchies sociales (degré de maîtrise de la mobilité).* »²⁰⁰»

Les façons de vieillir sont également le reflet de cette diversité en milieu rural : « *Leurs pratiques sociales, leurs manières d'être solidaires, d'entrer en relation avec leurs proches ou encore de penser son vieillissement, ne sont pas identiques et révèlent la diversité des parcours de vie.* »²⁰¹ ». Pour les personnes qui se sont installées au moment de la retraite, l'éloignement géographique de leur famille ne leur permet pas de pouvoir compter régulièrement sur elle. Fréquemment, elles revendiquent le fait de ne pas être une charge pour leurs enfants. Cette réalité les a alors souvent conduites à anticiper plus en amont leur vieillesse. Elles font donc plus facilement appel à des prestataires extérieurs avec lesquels elles ont des rapports plus consuméristes et sur lesquels elles peuvent porter parfois un regard critique. Souvent ces personnes ont prévu une dernière migration pour se rapprocher de leurs enfants ou pour bénéficier d'un accompagnement de meilleure qualité à leurs yeux, lorsqu'elles devront affronter de manière accrue des difficultés de santé et de perte d'autonomie.

Pour les personnes âgées ayant toujours vécu sur place, le vieillissement s'opère principalement en s'appuyant sur leur entourage local : leur famille en priorité, puis le voisinage. Cette

¹⁹⁷ Sencébé Y., « Multi(ples) appartenances..., *op. cit.*, p. 40.

¹⁹⁸ Sencébé Y., « Les manifestations contrastées de l'appartenance locale », in Sylvestre J-P. (dir.), *Agriculteurs, ruraux et citadins. Les mutations des campagnes françaises*. Dijon, Educagri CNDP-CRDP, 2002, p.293-310.

¹⁹⁹ Elias N., *Qu'est-ce que la sociologie ?*, La Tour d'Aigues, éd. de l'Aube, 2^{ème} traduction, 1991, [1970].

²⁰⁰ Sencébé Y., « Les manifestations contrastées..., *op. cit.*, p. 298.

²⁰¹ Gucher C., « Le vieillissement des populations et des territoires au prisme d'une ruralité transformée », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 16.

solidarité passe au quotidien par des aides de la famille (le conjoint, les enfants quand ils sont disponibles...), des voisins, des commerçants, des agents des services publics (avec la possibilité d'aménager la règle générale), de services d'aide à domicile, du médecin en cas de problèmes de santé... Il convient de répondre aux tracas et soucis quotidiens liés au vieillissement dans une vision somme toute « naturelle », sans leur donner trop d'importance. Ce n'est que lorsque cette aide quotidienne n'est plus possible que l'assistance de professionnels est envisagée. Les intervenants sont alors plus choisis en fonction de critères de proximité et de connaissance préalable que de prise en compte de leur savoir-faire. Dans cette perspective, le vieillissement (associé à certaines difficultés) est considéré comme une étape normale ou naturelle, avec laquelle il faut composer²⁰².

2.3.3 Des disparités qui induisent des vieillissements contrastés

2.3.3.1 Des conditions de vieillissement plutôt moins bonnes en milieu rural

Cette conception « naturaliste » rejoint les conclusions de l'étude épidémiologique *AMI*²⁰³, consacrée à une cohorte de mille retraités agricoles, dont l'objectif principal est d'identifier les spécificités et les inégalités de santé entre les milieux rural et urbain. Cette recherche fait état d'une population rurale globalement en moins bonne santé que la population urbaine (elle-même étudiée dans le cadre de l'étude *3 Cités*) pour ce qui concerne les différents aspects sensoriels, physiques et cognitifs. Les prévalences de la dépendance²⁰⁴ observées, mais surtout les prévalences standardisées²⁰⁵ sont en moyenne deux fois plus élevées pour les personnes de l'échantillon *AMI* que pour celles de *3 Cités* : 64,6 % (contre 48,0 %) pour la mobilité ; 24,2 % (contre 10,8 %) pour les IAD (activités instrumentales de la vie courante) ; 5,7 % (contre 1,3

²⁰² Gucher C., « Vieillir en mémoires paysannes : des lieux, des liens, continuité et permanence de sens et d'usages », *Gérontologie et société*, n° 130, 2009, p. 107-125.

²⁰³ L'étude *AMI* (Approche multidisciplinaire intégrée) est lancée en 2007 par le groupe AGRICA, en association avec la Mutualité de Santé Agricole et l'Institut Fédératif de Recherche en Santé Publique (IFR 99), et menée par le Centre de recherche INSERM de l'université de Bordeaux.

²⁰⁴ La dépendance dans les activités de la vie quotidienne a été évaluée dans l'étude *AMI* à l'aide de quatre échelles : évaluation de la mobilité, IADL (Activités instrumentales de la vie quotidienne), ADL (Activités de base de la vie quotidienne) et une évaluation du confinement des personnes.

²⁰⁵ La standardisation est une méthode de calcul qui permet de tenir compte des spécificités d'un échantillon (en général la structure par âge et par sexe) afin notamment, de pouvoir effectuer des comparaisons avec un autre échantillon ou une population globale. Dans l'échantillon *AMI*, les femmes sont sous-représentées par rapport à la population générale, d'où une prévalence de la dépendance qui augmente systématiquement après standardisation (les femmes étant significativement plus touchées que les hommes par la dépendance).

%) pour les ADL (activités de base de la vie quotidienne) et 14,1 % (contre 8,1 %) pour le confinement. La différence est encore plus marquée entre les femmes des deux échantillons :

Tableau 6 : comparaison de la dépendance entre AMI et 3Cités (régressions logistiques ajustées sur l'âge, le sexe et le niveau d'études)

Dépendance	Cohorte	Odds ratio	Odds ratio	Odds ratio
		Total	Hommes	femmes
Mobilité	AMI	1,89	1,67	2,16
IADL*	AMI	1,53	1,21	1,96
ADL**	AMI	2,39	1,57	3,51
Confinement	AMI	1,08	0,88	1,27

*Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante : téléphoner, faire ses courses, gérer son budget, ses médicaments... **Echelle d'Activités de base de la vie quotidienne : s'habiller, faire sa toilette, s'alimenter, se déplacer...

Source : Etude AMI, résultats du rapport final 2013

Lecture : La prévalence de la dépendance aux IADL chez les femmes de l'échantillon AMI est deux fois supérieure (1,96) à celle des femmes de l'échantillon 3 Cités.

Cependant, l'étude fait part d'une discordance assez nette entre les données objectives et subjectives de santé. L'analyse des critères objectifs fait état d'une population, globalement en moins bonne santé que les autres personnes du même âge (34 % des individus présentant aux moins 4 pathologies), d'une prévalence plus importante des démences, de déficiences visuelles, de pathologies cardiovasculaires et de dépendance.

2.3.3.2 Un ressenti plutôt meilleur

D'un autre côté, le ressenti des personnes interrogées est nettement plus positif. En effet, l'une des caractéristiques de cette population est la part très importante de personnes satisfaites de leur vie, malgré des conditions matérielles, sanitaires et sociales parfois difficiles. En 2012, près de 70 % des personnes déclarent être satisfaites et 43 % très satisfaites de leur vie actuelle (contre par exemple seulement 49 % au sein de la cohorte *Paquid*²⁰⁶) et seulement 4 % se

²⁰⁶ L'étude *Paquid* est une étude épidémiologique ayant comme objectif de décrire l'évolution des fonctions cognitives afin d'identifier les signes prémonitoires et les facteurs de risque de la démence et d'étudier la dépendance du sujet âgé, ses facteurs de risque et ses conséquences.

Ce projet a débuté en 1988, auprès d'une population de sujets vivant à domicile dans deux départements du Sud-Ouest de la France, la Gironde et la Dordogne. 3 777 sujets âgés de 65 ans et plus ont participé à l'étude.

considèrent insatisfaites. Cette satisfaction de la vie ne semble pas être influencée par l'âge, ni le niveau d'études : 69,5 % chez les 65-74 ans, 68,8 % chez les 75-84 ans et 64,8 % chez les 85 et plus²⁰⁷.

Les résultats sont similaires lorsqu'on interroge les personnes au sujet de la manière dont elles évaluent leur état de santé : la moitié des participants estime être en bonne ou très bonne santé, chez les personnes de 85 ans et plus.

Dans les hypothèses développées par cette étude et permettant d'expliquer ce taux de satisfaction, l'environnement global en milieu rural²⁰⁸ pourrait avoir une incidence importante : les personnes bénéficient, en général, de plus d'espace et d'un rythme de vie plus agréable et moins stressant. Elles sont à l'abri de certaines pollutions atmosphériques ou sonores. Elles peuvent également compter sur un tissu social, souvent plus développé qu'en ville, ce qui permet, pour partie, de réduire le risque d'isolement social et affectif. Du point de vue de leurs pratiques quotidiennes, les personnes de la cohorte continuent d'effectuer des tâches proches de leur ancienne activité professionnelle : elles élèvent quelques animaux, continuent de jardiner pour leur consommation personnelle. Cela leur permet d'une part, de maintenir une activité physique²⁰⁹ et d'autre part, de consommer des produits frais et variés.

Toutefois, cette relative « bonne » acceptation de la vieillesse et de ses misères, plus ou moins grandes, a bien évidemment ses limites. Les personnes âgées, même originaires « du coin » et bien intégrées localement, perdent au fur et à mesure leur réseau social. Les membres de leur génération disparaissent petit à petit. Leur réseau d'entraide s'amenuise et le voisinage, même

²⁰⁷ Cette série de chiffres est obtenue en regroupant les cotations des personnes se considérant comme plutôt/tout à fait satisfaites *versus* les cinq autres possibilités de réponses (assez, moyennement, peu, très peu et pas du tout).

²⁰⁸ Voir également l'enquête du CREDOC : la proportion d'individus qui jugent « bon » l'état de l'environnement dans leur région était de 65 % dans les communes rurales, de 52 % dans les communes urbaines et périurbaines et de 33 % à Paris et dans les communes de l'agglomération parisienne. (Bigot R., Hatchel G., Ortalda L., « On pense différemment à Paris, dans les zones urbaines et dans le rural », *Consommation et modes de vie*, CREDOC, n° 147, 30 janvier 2001.).

²⁰⁹ Aujourd'hui démontré, « le caractère néfaste de l'hypoactivité sur la qualité du vieillissement a mobilisé l'attention de nombreux chercheurs. Cette notion entre désormais dans la modélisation du vieillissement pathologique comme un facteur venant aggraver les effets conjoints des pertes physiologiques et des maladies. Cela est particulièrement vrai de la fragilité où polypathologie et hypoactivité se mêlent pour précipiter le passage d'un niveau minimum requis d'une fonction au stade de l'insuffisance. » Mourey F., « Le corps en mouvement et les limites de la stimulation », in Pfitzenmeyer P., Mourey F., Mazen J-N., Ancet P., *Vieillir dans la dignité. Un combat pour demain*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p. 179.

si l'on sait pouvoir compter sur lui, doit tout de même être gardé à bonne distance afin qu'il ne soit pas trop intrusif, ni témoin de la dépendance qui s'installe.

Les accidents de la vie, déjà déstabilisants lorsqu'on bénéficie d'un entourage proche, peuvent conduire à de véritables traumatismes physiques et psychologiques pour des personnes âgées vivant en milieu rural isolé : pannes de chauffage ou d'électricité, chutes qui ne seront découvertes que tard le lendemain par le facteur. L'avancée en âge peut alors être à l'origine d'une grande vulnérabilité et l'entrée en établissement, maintes fois reportée, peut finalement constituer une sorte de délivrance pour ceux qui ont fini par vivre comme de véritables reclus : « *Pour les retraités ayant occupé de vieilles bâtisses au confort sommaire, il s'agit enfin de bénéficier d'un minimum de commodité. L'institutionnalisation de la vieillesse y est encore perçue comme une solution de bon sens « quand les jambes ne portent plus ». Cette dernière étape du cycle de la vie n'est pas un choix de vie, elle est avant tout une solution pratique.* ²¹⁰».

Conclusion

Traiter du vieillissement est pour le moins ambivalent : alors qu'il est, normalement, une bonne nouvelle pour chacun d'entre nous²¹¹, lorsqu'il est abordé du point de vue collectif, ce processus, prend des dimensions nettement plus négatives : « *Qui se plaint, pour lui et les siens d'un tel état de fait ? Si au XVIII^e siècle un individu de 20 ans avait déjà enterré huit membres de sa famille proche, aujourd'hui, il n'est pas rare de voir cinq générations cohabiter. Ce recul de l'âge au décès, cet allongement de la durée de vie, qu'individuellement nous pensons bien plaisant, prend un autre relief quand il est considéré collectivement. Si nous sommes heureux de la présence, au réveillon de Noël, de l'arrière-grand-mère de 95 ans, qui « a encore toute sa tête », il n'en va pas de même quand les uns des journaux évoquent la réforme des retraites,*

²¹⁰ Pages A., « Des figures de pauvreté aux formes d'accompagnement du vieillir en milieu agricole et rural », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 70.

²¹¹ « [...] une femme née en France en 1820 décédait en moyenne à 41 ans ; une femme née en France en 2005 peut espérer vivre en moyenne 84 ans. Ainsi, en moins de deux siècles, ce sont 43 ans d'espérance de vie que les femmes ont gagnés. » (Dion M., « Le processus de vieillissement d'une population », in Pfitzenmeyer P., Mourey F., Mazen J-N., Ancet P., *Vieillir dans la dignité. Un combat pour demain*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p. 315.) Il nous semble que ces chiffres sont une excellente nouvelle pour chaque jeune fille née en 2005.

le manque de places en institutions pour personnes âgées, la part des vieux dans la société, etc. ²¹²»

Or, et malgré ce que le sens commun et bon nombre de travaux scientifiques nous laissent penser, le vieillissement n'est pas un processus linéaire et uniforme de rétrécissement et d'affaiblissement de la vie, fait de pertes successives et irréversibles. Il est toutefois difficile d'échapper à cette vision, à plus forte raison pour les personnes âgées auxquelles on répète en permanence qu'elles doivent « bien vieillir ». Selon Pierre Pfitzenmeyer, il « *résulte de multiples facteurs intriqués les uns aux autres, se compensant souvent mutuellement, ces facteurs relevant schématiquement de trois domaines : [les] caractéristiques génétiques de l'individu qui participeraient pour un tiers dans le déterminisme du vieillissement ; [les] multiples facteurs stochastiques, c'est-à-dire dus au hasard qui seront impliqués dans les mécanismes de régulation, de compensation et de réparation plus ou moins efficaces [qui] interviendraient également pour un tiers ; [l'] ensemble des facteurs environnementaux que rencontre l'individu tout au long de sa vie pour un tiers. Ces constatations entraînent modestie et optimisme : il n'est à aucun moment possible de déterminer précisément la durée de vie potentielle d'un individu : quel que soit son âge, des mécanismes de compensation peuvent survenir à tout moment pour ramener l'individu dans un état de stabilité lui permettant de vivre à nouveau en équilibre avec son environnement.* »²¹³

Tout individu est un être plastique, capable d'évoluer même à l'extrême fin de sa vie. Aussi, les personnes âgées, en vieillissant, tentent-elles de prévenir ou, à défaut, de limiter les abandons consentis ou contraints en essayant, autant que possible, de les juguler à des aspects ou dimensions non essentiels de leur existence. Par l'étude des discours et l'observation des résidents âgés en établissement nous avons pu discerner les efforts, le travail quotidien dont ils font preuve, entre déprise et reprise, abandon et réajustement, adaptation et réadaptation. Ce qui nous a marquée est la conscience et la lucidité dont la plupart font preuve vis-à-vis de leur situation, au-delà des premières paroles convenues. Petit à petit ils renoncent à certaines activités, à certains rôles afin de préserver autant que possible ce qu'ils considèrent comme fondamental pour eux et pour leur entourage (nous avons également été frappée par les efforts que les personnes âgées produisent pour ne pas présenter une image trop dégradée auprès de

²¹² Dion M., « Le vieillissement en chiffres », in Cohen J., Mourey F., *La rééducation gériatrique*, Lavoisier-Médecine, Paris, 2014, p. 2.

²¹³ Pfitzenmeyer P., *Prendre soin du grand âge. Un défi pour une société plus juste*, L'Harmattan, Paris 2010, p. 41.

leurs proches, même à la toute fin de leur vie). Ce travail de vieillissement et d'acceptation de sa vieillesse s'opère à un rythme singulier, individuel, fait d'évolutions continues et de ruptures franches. En établissement, il est nettement orienté par la présence des autres résidents, plus dégradés, et de la mort. Ce contexte pousse la plupart des personnes au repli dans leur chambre et vers leur passé, afin d'essayer de maintenir une stabilité dans un monde qui leur est radicalement étranger (vie en collectivité, prépondérance du soin, de l'hygiène, etc.) et qui les dépouille pour partie de leurs appuis et leurs repères identitaires. Pour pouvoir continuer d'accepter à vivre et maintenir un sens, un but à leur existence, elles doivent puiser fortement dans leurs ressources personnelles, familiales et amicales. Celles qui en sont dépourvues n'ont alors, bien souvent, plus d'autre choix que d'attendre que la mort survienne.

3. Les hébergements pour personnes âgées

3.1 L'évolution de l'hébergement et de la prise en charge des personnes âgées

Il nous a paru indispensable de retracer l'historique des établissements pour personnes âgées, dont on retrouve des traces depuis l'Antiquité, afin d'éclairer nos propos suivants.

Ces structures ont été traversées par de profonds changements, y compris durant les XX^e et XXI^e siècles : les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) d'aujourd'hui n'ont plus grand chose à voir avec les hospices du début du XIX^e siècle. Pourtant, il faut noter que les institutions sociales ont une permanence dans le temps : alors même qu'elles sont le reflet des évolutions d'une société, faisant preuve d'une relative perméabilité et plasticité, elles perpétuent un certain nombre d'invariants relatifs à des représentations sociales elles-mêmes relativement pérennes. « *Le recours à l'histoire permet d'interroger la pertinence actuelle des représentations sociales attachées aux maisons de retraite, mettant en évidence les renouvellements des fonctions assumées par les établissements, qui a des conséquences importantes sur la prise en charge des résidents.*²¹⁴ » De plus, cette approche constitue un outil propre à distinguer ce qui relève de l'inertie des institutions ou de nos conceptions et pratiques contemporaines. L'objectif ici, n'est pas de faire œuvre d'historien mais bien de tenter de décrire les contours d'une histoire et d'apprécier dans quelles mesures les discours et les modalités d'organisation sont à l'image d'une forme de permanence des représentations sociales liées à ce type d'institution et aux acteurs en présence : les individus âgés, leur famille, les professionnels, la place des établissements dans l'activité sociale, etc.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes a toujours posé un problème à la plupart des sociétés humaines. Pour répondre à cette nécessité quatre solutions s'offrent à elles : soit le vieillard bénéficie du soutien familial, soit de celui de la collectivité dans laquelle il vit. Si ces deux premières alternatives sont défailtantes, il ne reste plus alors que le recours à la mendicité et, en dernière alternative, la mort volontaire (ou non)²¹⁵. Etudier l'histoire de la prise en charge

²¹⁴ Mallon I., *La récréation d'un chez-soi par les personnes âgées en maison de retraite*, Thèse de doctorat : sociologie, Université Paris 5, 2001, p. 95.

²¹⁵ Cette dernière « option » est loin d'être anecdotique, y compris dans nos sociétés contemporaines. D'aucuns ont déjà connaissance des Inuits qui jusque dans les années 1970 pratiquaient le suicide assisté de manière ritualisée quand les plus âgés estimaient être inutiles et à la charge de leur communauté (pour plus de précisions, voir : Jean Baechler, *Les Suicides*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, 2^e édition 1981 (tr. angl. 1979, all. 1981) ; nouvelle édition, Paris, Hermann, 2009). Cet exemple « exotique » ne doit pourtant pas occulter la réalité, y compris dans notre

des personnes âgées revient à observer notre société et la manière dont elle perçoit et soutien ceux qui nécessitent assistance.

Première remarque : l'histoire des structures d'hébergement pour personnes âgées est indissociable de celle de l'hôpital, lequel trouve ses origines aussi dès l'Antiquité. Deuxièmement, jusqu'à très récemment, l'hébergement de ce type de population était très souvent concomitant avec d'autres catégories que l'on qualifierait aujourd'hui de « vulnérables » : les sans-famille, les indigents, les fous, les infirmes... C'est-à-dire tous ceux qui cumulaient pauvreté et incapacité de travail. La spécialisation de structures propres à héberger les personnes âgées de manière systématisée ne s'est faite que très tardivement.

3.1.1 Une longue histoire ancrée dans l'Antiquité

Dans l'Antiquité, deux modèles vont se développer, l'un issu de la culture romaine, l'autre byzantine.

Les Romains disposaient de plusieurs types de structures : les *asclepéions*, les *valetudinaria*, les *pauperae gymnasia*, les *gérontochia* et les *ricoveri*. Les *asclepeions* étaient des temples dévolus au culte d'Asclépios²¹⁶ où les personnes pouvaient venir pour une nuit. Les prêtres interprétaient leurs rêves ; ils n'avaient donc pas pour mission d'héberger durablement les personnes. Les *valetudinaria* furent créés au II^e siècle. Ils sont considérés comme les premiers « hôpitaux occidentaux ». Sorte d'infirmeries de campagne, ils avaient pour vocation d'accueillir et de soigner les vétérans, les infirmes et certains esclaves. Les *pauperae gymnasia* sont plus intéressantes pour notre sujet car elles sont une forme d'ébauche des maisons de retraite actuelles. Ces structures accueillait les indigents, les impotents et les malades, c'est-à-dire tous « ceux qui présentaient l'infirmitas, cet état de faiblesse physique, sociale ou

société française actuelle : le taux de suicide des personnes âgées est très important (au total 28 % des suicides ont concerné des personnes âgées de plus de 65 ans). Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge. Pour 100 000 habitants, l'incidence du suicide par âge, en France, en 2011, se répartit comme suit :

	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85-94 ans
Incidence du suicide	6,4	12,2	20,9	26,4	22,3	20,6	29,6	40,3

Source : ministère des Affaires sociales et de la Santé (Données CépiDc-Inserm 2011). On considère que ces chiffres sont en dessous de la réalité du fait d'une minoration dans le repérage et la déclaration (arrêt de la prise médicamenteuse, ou au contraire sur médication, honte de la famille, etc.).

²¹⁶ Asclépios (Esculape en latin) est le dieu gréco-romain de la médecine, fils d'Apollon et de Coronis. Ancêtre mythique des Asclépiades, une dynastie de médecins dont Hippocrate est le plus illustre.

*morale*²¹⁷ ». La population accueillie était très hétéroclite : s’y mêlaient les malades, les infirmes, les faibles, les fous, les vieux (*decrepitatus*) et aussi les voyageurs. Les *gerontochia* peuvent également être associées à nos établissements contemporains car elles étaient destinées à l’accueil des vieillards pour de longs séjours. A la fin de l’Empire romain, naissent, avec la religion chrétienne, les *ricoveris* ou maisons pour vieillards.

Dans l’empire byzantin, également sous l’impulsion des chrétiens, se développent les structures d’aide et d’hébergement aux plus démunis. « *A partir du IV^e siècle, elles se multiplièrent et se spécialisèrent en : xenocheion (typiquement l’hôpital byzantin), ptôcheion ou ptôchotropheion (hospice des pauvres), pandocheion (hospice des pèlerins), gerontokomeion (hospice des vieillards), brephotropheion (hospice des enfants abandonnés) et nosokomeion (hôpital pour les malades).*²¹⁸ ». Les *gerontokomeion* perdurèrent plusieurs siècles. Leur capacité d’accueil était très réduite et permettait d’héberger environ vingt-cinq personnes âgées handicapées et ne pouvant plus travailler. Des soins étaient dispensés par des personnels dédiés qui pouvaient faire appel à un médecin « de ville » si nécessaire. Si son état de santé le requérait, la personne âgée pouvait être hospitalisée le temps nécessaire, puis regagner son établissement. Les résidents bénéficiaient d’un régime alimentaire allégé, à base de pain, d’huile d’olive, de vin, de légumes et de fromage, et d’un peu d’argent pour leur dépense d’habillement. Les soins d’hygiène y étaient dispensés régulièrement. Des offices religieux étaient également inclus dans le rythme quotidien. Finalement, rien de très différent du quotidien d’une personne âgée hébergée en EHPAD actuellement...

3.1.2 Le Moyen Âge (V^e - XV^e siècle), une époque peu favorable aux plus démunis et aux plus âgés

La première période du Moyen Âge s’accompagne de l’expansion du christianisme avec ses préceptes de charité et d’hospitalité. Ce culte et les principes qui en découlent vont avoir une incidence sur toute l’histoire des établissements d’accueil et d’hébergement des personnes âgées. En Occident, les maisons hospitalières (*hostis*), initialement créées pour recevoir les voyageurs et les pèlerins, accueillent en nombre croissant les pauvres et les malades. Clovis, le

²¹⁷Martin J.P., « Histoire des structures d’accueil pour personnes âgées en France. 1. De la préhistoire au Moyen Âge », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 181/182, janvier-février 2012, p. 47.

²¹⁸ *Ibid.*, p. 48.

roi des Francs, les institue lors du concile d'Orléans en 511 : chaque évêque doit alors réserver un quart des revenus de son église à l'accueil des pauvres et au financement de(s) la maison(s) hospitalière(s) de son évêché. Celles-ci avaient la double vocation d'accueillir les vieillards et les indigents et de dispenser des soins aux malades. Construites à l'extérieur des villes, elles permettaient également de juguler pour partie les risques d'épidémies. Ces établissements se dotèrent de salles spécifiques au soin et de moyens de traitement (jardin des simples, matériel dédié...) qui peuvent paraître archaïques aujourd'hui mais qui sont les prémices de la médecine moderne.

Le Moyen Âge reste une période très troublée durant laquelle s'enchaînent les guerres, les pandémies et les famines ; elle fût indubitablement redoutable pour les plus âgés. Dans ce contexte, les maisons hospitalières sont submergées par une population de miséreux, d'affamés et de malades (peste, lèpre, dysenterie...). Néanmoins, elles sont souvent à la tête d'un patrimoine financier et immobilier important qui est au mieux mal géré, au pire, victime de fraudes et de malversations. Beaucoup de legs et de dons sont en effet captés par les évêques pour leur propre compte et cela malgré plusieurs conciles leur rappelant leur devoir de charité et d'assistance. Au court de son règne, Charlemagne tentera de réorganiser l'assistance, notamment en obligeant les chanoines à assister les évêques dans leur tâche. Les monastères devinrent non seulement des lieux d'hébergement mais également de recueil, de compilation et de diffusion des savoirs médicaux.

A partir du XI^e siècle, les structures d'accueil et d'hébergement se diversifient, leur nombre s'accroît de manière conséquente, notamment dans les villes, en vue de répondre à des besoins spécifiques : la croissance démographique, accompagnée d'une augmentation proportionnelle des malades et des infirmes, l'essor des voies de communication et des déplacements des populations amplifient la transmission des maladies. Les infirmeries se développent dans les monastères et sont tenues par des infirmiers et des moines médecins. « *L'abbaye de Citeaux compta ainsi quatre-vingts lits en 1194 (la surface de l'infirmerie couvrait 1 240 m²), et disposait d'une chambre des infirmes et d'une maison du pharmacien, celle de Cluny, soixante-dix lits. L'accueil des riches et des pauvres se faisait dans des locaux différents.* ²¹⁹ ». Leur capacité d'accueil peut sembler *a priori* modeste, mais elle est trompeuse car chaque lit pouvait compter trois à cinq personnes pour une surface d'environ vingt mètres carré.

²¹⁹ Martin J.P., « Histoire des structures d'accueil pour personnes âgées en France. 2. Du Moyen Âge au XVI^e siècle », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 184, avril 2012, p. 152.

Il faut noter que les progrès médicaux en Occident restent assez minimes, contrairement au développement en Orient et particulièrement dans le monde arabe. L'hôpital médiéval occidental relève plus « *de l'application de la vertu théologale de la charité, plutôt que de l'intention d'appliquer un traitement adéquat aux diverses maladies* »²²⁰. De plus, la gestion des structures continue, tout au long du Moyen Âge, d'être gangrénée par la corruption malgré des rappels à l'ordre royaux et pontificaux réguliers. Quand les dons et legs ne sont pas prélevés au bénéfice des ecclésiastiques, ils sont détournés dans le but de financer les guerres et les croisades. Toutes ces difficultés laissent les établissements parfois dans un état catastrophique, avec des besoins toujours croissants. Une hiérarchie s'établit dans certaines structures, mais elle n'est pas au bénéfice des vieillards : priorité aux femmes plutôt qu'aux hommes et aux enfants plutôt qu'aux vieux.

Dans ce contexte s'opère un début de laïcisation des hôpitaux avec leur mise en gestion aux communes. Ce mouvement s'amplifie jusqu'au XVI^e siècle avec la promulgation, par Henri II, des officiers royaux aux directions hospitalières en 1543. Le financement est toujours assuré par les legs et les dons des fidèles en quête d'accomplir leur devoir de charité, mais également par une taxe, dite « droit des pauvres », instaurée en 1551, pour rééquilibrer le budget des établissements²²¹. Dans le même temps ce mouvement amène une redéfinition des missions hospitalières, qui vont se centrer graduellement sur le soin.

Le XVI^e siècle voit également l'essor des Hôtel-Dieu dans lesquels se développent les notions de convalescence et de réhabilitation. Ils furent progressivement ouverts dans toutes les grandes villes de France, avec pour vocation initiale d'isoler les malades infectés afin de limiter la propagation des épidémies.

3.1.3 Le grand enfermement ?

Avec la faillite de la gestion ecclésiastique, c'est tout le système d'assistance charitable qui est mis en difficulté et qui laisse un nombre de plus en plus important de mendiants et de vagabonds dans les rues. Cette situation crée un problème majeur de sécurité dans les villes. Surtout, l'Etat souhaite éradiquer la mendicité au cœur des villes car cette forme « d'oisiveté » est considérée à l'époque comme source de tous les vices. Dans ce but, Louis XIV crée l'Hôpital général :

²²⁰ Starobinski J., *Histoire de la médecine*, édition Rencontre, Lausanne, 1965, p.67.

²²¹ Fosseyeux M., « Les premiers budgets municipaux d'assistance. La taxe des pauvres au XVI^e siècle », *Revue d'histoire de l'Église de France*, tome 20, n°88, 1934, p. 407-432.

« Cette institution nouvelle se compose de cinq maisons, la Salpêtrière, Bicêtre, La Pitié, Scipion et la Savonnerie ; elle est placée sous la direction de vingt-six gouverneurs laïcs, soumis à la tutelle de deux chefs, le premier président du Parlement de Paris et son procureur général, à l'époque Pomponne de Belière et le surintendant Fouquet. Elle a pour objectif de rassembler les pauvres qui errent dans les rues de la capitale et se livrent à la mendicité à la porte des églises.²²² ». Cette population a l'obligation d'entrer dans les hôpitaux. Cependant, l'Hôpital général n'a pas vocation à héberger tous les mendiants. Ils sont classés en différentes catégories : « Il y a tout d'abord ceux qui par vice ou par fainéantise se livrent sur la voie publique à la quête et sollicitent l'aumône ; ces derniers considérés comme parias sont tout d'abord exclus de mesures que propose l'Hôpital général. A l'inverse, ceux que la guerre ou les troubles économiques ont privé de moyens d'existence et qui se trouvent, au regard de la société, en danger du fait d'une situation qu'ils subissent, ces bons pauvres sont intéressés au premier chef par son établissement. L'édit distingue cependant plusieurs catégories de « bons mendiants », les valides autrement dit les adultes en état de travailler et les autres, enfants ou vieillards mais également les incurables, pourvu que leur mal ne soit pas contagieux. »²²³ Ils y sont conduits par une police, « Les Archers des Pauvres », dédiée à cet effet et ayant une triste réputation.

Le nombre de personnes ainsi internées était élevé : à Bicêtre 4 000 hommes, dont 3 200 pauvres âgés de plus de 60 ans, et 800 détenus ; « La Salpêtrière, en octobre 1676, accueillait 3 699 femmes, dont des vieilles vénériennes, des scorbutiques, des épileptiques, des folles, des infirmes de naissance, des impotentes, grabataires, paralytiques, 250 couples de vieillards indigents, des femmes débauchées (dans la zone dite maison de force), mais aussi 1 600 tricoteuses, lavandières, fileuses, couturières qui participaient par leur travail à l'entretien de l'ensemble des résidents, en échange de leur hébergement.²²⁴ ». Selon les catégories et toujours afin d'éviter toute forme d'oisiveté et de corriger tout penchant aux vices, on assigne des travaux aux valides, on envoie les enfants en apprentissage ; quant aux incorrigibles on leur inflige la correction ou la prison. On peut imaginer facilement ce que ce type d'établissement pouvait engendrer comme condition d'hébergement, notamment pour les plus âgés et les plus

²²² Sainte Fare Garnot N., « L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? », *Histoire, économie et société*, Année 1984, Volume 3, Numéro 4, p. 535.

²²³ *Ibid.*, p. 536-537.

²²⁴ Martin J.P., « Histoire des structures d'accueil pour personnes âgées en France. 2. Du XVI^e siècle au XIX^e », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 185, mai 2012, p. 203.

faibles. La violence et la maltraitance dans cette véritable cour des miracles y étaient monnaie courante.

Ainsi, à cette période on distinguait l'Hôpital général, qui « accueillait » les orphelins, les prostituées, les mendiants, les vénériens, les malades mentaux et autres « incurables », et l'Hôtel-Dieu, qui recevait les pauvres atteints de maladie curables, qui, s'ils n'en décédaient pas, étaient renvoyés une fois « guéris ». La part des personnes âgées dans ces deux types de structures y était significative. A titre d'exemple, en 1776, à l'hôpital de Dijon les places étaient réparties de la façon suivante : pour un total de quatre cent soixante-quatre lits, soixante pour les hommes vieux, quatre-vingts pour les femmes vieilles, cinquante pour les jeunes garçons, cent pour les jeunes filles, neuf pour les incurables, dix pour les fous, quarante-six pour les hommes malades, trente-six pour les femmes malades, treize à trois places pour les passants, dix à trois places pour les femmes passantes et dix à trois places pour les soldats.²²⁵ Toujours pour la ville de Dijon et selon les estimations de Christine Lamarre, la population âgée institutionnalisée à l'hôpital représentait le tiers des vieillards indigents de la ville²²⁶. Nous verrons plus loin que les Hôtel-Dieu devinrent progressivement des hospices, où les plus âgés devinrent très largement majoritaires.

Au sujet des conditions de vie, Marie-Claude Dinet-Lecomte²²⁷ nous propose de replacer leur analyse dans le contexte de l'époque : « *Notre propos n'est pas de les nier mais de les nuancer en les replaçant dans un double contexte ; d'abord celui de la pénurie ambiante où les efforts de prise en charge et le dévouement du personnel méritent relecture ; ensuite dans une approche culturelle du temps long vécu à l'hôpital, nous avons intérêt à rappeler l'ambivalence de la vie communautaire, à la fois gage de sécurité et source de sociabilité mais souvent redoutée car vécue comme une privation de liberté.*²²⁸ » Toujours selon cet auteur, et en s'appuyant sur deux types de sources (documents administratifs et témoignages personnels) : « *L'évaluation des conditions sanitaires et morales dans la majeure partie des établissements à la fin du XVIII^e et au début XIX^e siècle, ne permet pas de conclure à la nocivité du*

²²⁵ Source : Bolotte M., « Les hôpitaux et l'assistance dans la province de Bourgogne au siècle dernier de l'Ancien Régime », Association bourguignonne des Sociétés savantes, Dijon, 1968, p. 37.

²²⁶ Lamarre C., *L'hôpital de Dijon au XVII^e siècle*, Ed. Dominique Gueniot, Langres, 2005.

²²⁷ Dinet-Lecomte M.C., « La place des personnes âgées dans les hôpitaux à la fin du XVII^e siècle », in Marec Y. et Réguer D. (dir.), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, PURH, Rouen, 2013.

²²⁸ *Ibid.*, p. 237.

*système.*²²⁹ » Certes, les hôpitaux sont des lieux de promiscuité, d'insalubrité et de carences alimentaires, mais ils ne présentent rien de vraiment pire que ce qu'ont connu toute leur vie les personnes hébergées et issues des catégories les plus modestes. Autrement dit : « *La place réservée aux personnes âgées dans les hôpitaux à la fin du XVIII^e siècle n'est pas enviable. Par rapport à la pénurie ambiante et à l'absence d'un traitement véritablement différencié en leur faveur, il n'y a pas lieu de s'en étonner, ni de s'en offusquer à la manière des détracteurs de l'hôpital. Même s'ils paraissent dérisoires, les efforts pour recevoir davantage de vieux, de les coucher un seul par lit, de développer des infirmeries... bref d'assurer le minimum vital en période de crise témoignent d'une volonté de prise en charge d'une majorité de vieillards pauvres, invalides et isolés qui risqueraient de mourir dans la rue ou dans un taudis sans secours.* »²³⁰. Les témoignages de l'époque (correspondances, legs et plus rarement les journaux d'infirmerie ou de pensionnaires) démontrent un réel souci de faire au mieux tant pour les conditions d'hébergement que pour l'administration des soins²³¹.

Tout au long du XVIII^e siècle, les conditions d'hébergement ne se modifient guère. La population accueillie est de plus en plus nombreuse et coûte de plus en plus cher à l'Etat sans que celui-ci puisse imposer les établissements du fait du caractère inaliénable des biens hospitaliers depuis le 1^{er} Concile d'Orléans en 511.

3.1.4 La période révolutionnaire

La Révolution française éclate et ses instigateurs doivent faire face à des structures souvent délabrées et surchargées. Surtout, elles sont considérées comme allant à l'encontre d'un des principes révolutionnaires qui vise l'abolition de la charité au profit des droits pour tous. Dans ce but, la primauté est donnée à l'aide à domicile, y compris pour les soins médicaux. L'assistance aux plus âgés devient une priorité qui vise à venir en aide à « *ceux à qui l'âge ou les infirmités ôtent tout moyen. Ainsi durant les premières années de la période révolutionnaire, différentes dispositions sont prises en faveur des aînés, la constitution du 24 juin 1793*

²²⁹ Dinet-Lecomte M.C., « La place des personnes âgées dans les hôpitaux à la fin du XVII^e siècle »..., op. cit., p. 237.

²³⁰ *Ibid.*, p. 241.

²³¹ Pour les hôpitaux de Blois et de Dijon, la durée moyenne de séjour est de trois ans avec un tiers des décès durant la première année (Source : Dinet-Lecomte M.C.).

*prévoyant même de conférer la nationalité française à l'étranger qui adopterait de vieilles gens.*²³² »

En 1794, l'Etat nationalise les hôpitaux. Dans le même temps, il vend près des trois quarts du patrimoine hospitalier, sécularise les biens du clergé et fait fuir une grande partie du personnel religieux, provoquant le chaos dans des structures déjà très fragiles et précaires. Le nouveau régime hésitera un temps à les fermer purement et simplement, ces établissements étant estimés contraires aux principes fondamentaux de liberté, d'égalité et de fraternité ; il y renoncera finalement faute de solution transitoire. Très rapidement l'Etat se désengagera devant le gouffre financier que représentent ces structures et remet la gestion hospitalière aux municipalités, dans un premier mouvement de « décentralisation » : le 7 octobre 1796, la loi crée les hospices civils communaux gérés par une commission administrative qui établit pour sa commune une liste des indigents admissibles, en particulier les vieillards. On peut noter que la relation très étroite entre les municipalités et ce type d'établissement s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui, puisque le maire est toujours Président du conseil d'administration de ou des EHPAD de sa commune. Alors que les hôpitaux sont municipalisés, sont créés les « domiciles de secours », le 15 octobre 1793. Réservés aux habitants de la commune (depuis plus de deux ans) ils étaient financés par des taxes locales. On peut y voir là-aussi des similitudes avec la situation actuelle : la plupart des établissements pour personnes âgées priorisent les « locaux » dans leur liste d'admissions. Le projet révolutionnaire étant de créer un système de soin, non plus basé sur la charité mais sur l'assistance, les médecins y prendront une place de plus en plus prépondérante. Ils vont grandement participer à un effort de rationalisation et d'efficacité des soins qui, jusqu'alors, n'étaient pas la priorité.

3.1.5 Au XIX^e siècle, naissance de la gériatrie

Le XIX^e siècle est une période de changement profond de la société française : industrialisation, exode rural, développement démographique et accroissement de l'espérance de vie. L'ensemble de ces facteurs crée mécaniquement une augmentation du nombre de personnes âgées et, notamment, de celles isolées sans soutien familial. Cela conduira à l'amorçage de l'évolution de leur prise en charge et de leurs conditions de vie.

²³² Marec Y., « La prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations sociales depuis la fin du XVIII^e siècle », *Histoire des sciences médicales*, tome XLVII, n° 4, 2013, p. 555.

La laïcisation des structures se poursuit, ce qui ne va pas sans heurt avec les autorités religieuses. Les hospices accusent une réputation calamiteuse. D'une part, du fait de leur faible niveau de médicalisation et des soins thérapeutiques limités et d'autre part, parce que ces lieux accueillent, pour leur fin de vie, tous les vieillards indigents et isolés. Parallèlement les hôpitaux développent (notamment à la fin du XIX^e siècle) des thérapeutiques innovantes et efficaces ainsi que des mesures en faveur de l'hygiène, créant une distinction encore plus grande avec les hospices.

Pour pallier le manque de places et les conditions inadaptées pour les personnes âgées (à l'origine d'une surmorbidity), surtout dans les grandes villes, naît le principe du placement à la campagne. La commune de Dijon fût la première à mettre en œuvre ce système. En plaçant les vieillards à la campagne, elle créa le principe de la famille d'accueil pour personnes âgées. Basé sur le « modèle » suisse qui organisait des sortes de ventes de vieillards, ou de mise à l'encan, devant les portes de l'église : les vieux étaient remis à ceux qui acceptaient de s'en occuper pour la rente la plus modique. En plus d'apporter une solution à la saturation des établissements, ses promoteurs y voyaient un moyen efficace d'obliger à une plus grande prévoyance tout en garantissant une place aux plus nécessiteux. Elle visait ainsi à faire fuir des établissements les soi-disant infirmes qui continuaient de travailler à l'extérieur ou ceux dont on considérait que leur famille avait les ressources pour s'en charger : « *Le placement définitif dans une campagne éloignée devait être une incitation pour le vieillard à refuser l'abandon, à rester libre chez lui en sollicitant la charité individuelle, familiale ou religieuse, quitte à appeler au secours la justice pour obliger ses enfants à la dette alimentaire*²³³ ». Dans le même temps et pour des motivations identiques, les règles d'admission se durcirent, notamment dans les hôpitaux parisiens. Il est en effet important de ne pas oublier qu'à cette époque la prise en charge de la dépendance repose sur un système de prévoyance assurantiel individuel, lui-même basé sur des principes relatifs à la morale issue de la culture chrétienne qui distingue les mauvais et les bons pauvres. « *Dans la société du XIX^e siècle, où la solidarité entre générations demeure essentiellement une affaire privée s'exerçant à l'intérieur de la famille, la vieillesse prend les contours exacts du patrimoine familial détenu*²³⁴ » Pendant toute cette période, la politique vieillesse de l'Etat va osciller entre deux pôles. Les vieux posent un problème dans la

²³³ Martin J.P., « Histoire des structures d'accueil pour personnes âgées en France. 4. Le XIX^e siècle », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 186, juin 2012, p. 253

²³⁴ Guillemard A.M., « La vieillesse et l'Etat. Chapitre 1. A la découverte d'une politique de la vieillesse », Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, *Bulletin de liaison*, n°9, mars 1981, p. 5.

structuration de l'assistance qui se base sur une qualification des publics : ils ne peuvent relever de l'hôpital car la vieillesse n'est pas une maladie, ni des mendiants car nombreux sont ceux qui sont tombés dans la misère du fait de leur incapacité de travailler plus longtemps. Aussi, dans ce contexte, l'assistance portée aux vieillards, notamment leur hébergement en hospice, est un pis-aller qui permet par opposition la promotion de la prévoyance individuelle et patronale : « *L'image repoussoir diffusée par l'hospice d'une vieillesse déchuée et abandonnée, parce qu'imprévoyante, apparaît comme un des instruments de l'entreprise intense de moralisation de la classe ouvrière menée durant le XIX^e et le début du XX^e par la bourgeoisie.*²³⁵ »

Au XIX^e siècle les vieux vivent toujours dans des institutions où se mêlent toutes les populations d'indigents et d'incurables. Cependant, une prise en compte des difficultés spécifiques à leur âge commence à émerger : à la Salpêtrière on tente de loger les plus âgés au rez-de-chaussée ou dans les étages inférieurs car plus faciles d'accès et souvent mieux chauffés. Les personnes entièrement grabataires étaient, elles, remontées dans les combles. Cette stratification architecturale a perduré jusqu'à la fin du XX^e siècle et existe encore dans certains vieux hôpitaux français. Les travaux effectués par Mathilde Roussigneux-Meheust²³⁶ sur l'hospice parisien des Ménages nous permet d'avoir une vision originale des structures d'hébergement de l'époque : ouvert en 1801, il est réservé aux couples mariés ou aux veufs de plus de 60 ans. Les critères d'admission y sont très stricts et basés sur un rapport de moralité des futurs pensionnaires qui doivent produire plusieurs certificats de bonne conduite. Une fois installés, ceux-ci jouissent d'une relative autonomie et d'une certaine vie privée : nombreux sont ceux qui continuent de travailler à l'extérieur, les couples bénéficiant d'une chambre où ils peuvent prendre leur repas. Toutefois, les règles communes sont extrêmement strictes et les contrevenants peuvent être sévèrement punis : « *L'existence collective est réglée par un texte constamment enrichi d'interdits qui encadre les gestes, les habitudes, l'hygiène et surtout le temps des vieillards.*²³⁷ ». Pour autant, les résidents semblent y trouver une forme de compromis : « *Si les conditions de vie, les contraintes, et la plus grande étant de supporter la vieillesse des autres et les habitudes de certaines d'individus que l'on n'a pas choisies, vivre*

²³⁵ *Ibid.*, p. 9.

²³⁶ Roussigneux-Meheust M., « Vieillir entre soi, Expériences, espaces et sociabilités des vieillards à l'hospice parisien des Ménages au XIX^e siècle », in Marec Y. et Réguer D. (dir.), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, PURH, Rouen, 2013.

²³⁷ Roussigneux-Meheust M., « Vieillir entre soi, Expériences, espaces et sociabilités des vieillards à l'hospice parisien des Ménages au XIX^e siècle », ..., *op. cit.*, p. 247.

et mourir à l'hospice des Ménages peut apparaître comme un choix qui semble satisfaire une population de plus en plus nombreuse. L'hospice des Ménages n'est pas un espace d'enfermement pour l'essentiel de la population qui y vit, d'autant que les critères d'admission qu'il pose, déterminent une population de bons pauvres. ²³⁸»

C'est aussi au cours du XIX^e siècle, véritable apogée du « scientisme », que naît la gériatrie en tant que science médicale. Les débuts de ce siècle marquent une période charnière dans l'évolution de cette discipline. « *Les vieillards vont alors commencer à faire l'objet d'observations médicales systématiques et l'on assiste à la naissance d'une méthode anatomo-clinique qui envisage le problème du vieillissement sous un angle nouveau. [...] Dès lors et pendant près d'un siècle, attitudes novatrices et opinions traditionnelles vont s'interpénétrer.* ²³⁹ ». La laïcisation des hôpitaux, avec l'ascendance des autorités sanitaires sur les religieux, et les établissements, comme Bicêtre et la Salpêtrière, fournissent un terrain d'étude spécifique aux médecins : Jean-Martin Charcot²⁴⁰ rédige un ouvrage dédié à cette population. Celui-ci est à destination des Ecoles de médecine et est organisé en dix-huit leçons. La première traite des caractères généraux de la pathologie sénile, les suivantes sont relatives à différentes pathologies considérées comme spécifiques aux vieillards. Seules trois grandes catégories sont abordées : l'état fébrile, les rhumatismes et la goutte. Les travaux de Claude Bernard visent à adapter les thérapeutiques, notamment les doses médicamenteuses, et Albert Blum²⁴¹ édicte les premières règles de la chirurgie gériatrique. L'ensemble de ces travaux restent souvent limités quant à leur portée thérapeutique et sont principalement circonscrits « *au monde de la misère, à l'aliénation et à l'image emblématique de la femme hystérique et névrosée.* ²⁴²» Ils constituent néanmoins les premières recherches empiriques et systématiques d'envergure permettant de sortir d'une médecine principalement spéculative où le médecin ne se contente plus d'observer et de conseiller mais aussi d'analyser, de traiter et si possible de guérir.

L'Etat légifère sur l'organisation et le bon déroulement de la nouvelle mission des hôpitaux : apporter des soins à tous ceux qui en ont besoin. La loi du 7 août 1851 instaure la distinction

²³⁸ *Ibid.*, p. 256.

²³⁹ Pollet G., « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIX^e siècle : sociogénèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, 2001/3, n° 34, p. 40.

²⁴⁰ Charcot JM., *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, A. Delahaye, Paris, 1874.

²⁴¹ Blum A., *Opérations chez les vieillards*, Archives générales médicales, Paris, 1892.

²⁴² Pollet G., « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit... », *op. cit.*, p. 41.

entre l'hôpital, chargé de soigner les malades et l'hospice pour les vieillards et les infirmes. La loi du 15 juillet 1893 instaure l'assistance médicale gratuite aux malades et aux femmes enceintes.

Il faut noter ici que les plus âgés sont loin d'être une des principales préoccupations de l'époque car la problématique majeure de la fin du XIX^e siècle reste la surmortalité infantile. La première loi qui les évoque est celle du 14 juillet 1905, relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables. Toutefois, ce texte ne traite que du financement et non de la prise en charge ou de la façon dont doivent être gérés les établissements.

3.1.6 Du début du XX^e siècle à nos jours

Le XX^e siècle est une période charnière qui enregistre de nombreuses évolutions relatives à la prise en charge des personnes âgées. Tout d'abord, celle de l'institutionnalisation de la vieillesse avec un abandon progressif de la notion de vieillard indigent au profit d'une nouvelle catégorie : celle de retraité. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le changement de leur image est accompagné d'une évolution et d'une diversification terminologique les définissant : indigent, incurable, vieillard, retraité, personne âgée, sénior, personne âgée dépendante, etc. La législation suit cette progression²⁴³ et la création de l'assurance du risque vieillesse en est le reflet. Enfin, avec la disparition du terme d'indigent, la spécialisation des établissements se parachève : les hospices sont définitivement dédiés à l'accueil de la vieillesse, la prise en charge médicale revenant aux hôpitaux.

La nation française, républicaine et laïque, porte sur les vieillards un nouveau regard. En affirmant notamment le droit à l'assistance médicale, cette population va pouvoir bénéficier d'une amélioration significative de sa prise en charge matérielle et financière. Le 14 juillet 1905 est votée la loi relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables. Elle restera en vigueur jusqu'en 1953. Les réticences libérales de l'époque seront contournées par le biais du médical et en arguant que la responsabilité des individus ne peut leur échoir en cas de maladie, infirmité ou vieillesse : « *Cette approche permet de développer un système qui renforce la logique d'assistance dans le cadre d'une sorte de pacte républicain entre l'Etat et le citoyen, alors que s'affirment les idées solidaristes.*²⁴⁴ ». Toutefois, cette loi peine à se mettre

²⁴³ Voir en annexe 6 : « Quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques de la vieillesse ».

²⁴⁴ Marec Y., « La prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations sociales depuis la fin du XVIII^e siècle », *Histoire des sciences médicales*, tome XLVII, n° 4, 2013, p. 558.

en place correctement : en reconnaissant aux personnes de plus de 70 ans, dépourvues de ressources suffisantes, une aptitude légale à l'assistance, son application entraîne une forte affluence de vieillards aux portes des hospices qui ne peuvent leur être fermées dès lors qu'ils correspondent aux critères fixés par la commission d'assistance municipale. La crise des années 1930 va conduire à une supplantation de la commune au profit du département en tant qu'unité de base responsable de l'action sociale.

L'ordonnance de 1945, portant sur l'organisation de la Sécurité sociale, finalise le processus engagé et entérine le principe de solidarité. La généralisation des retraites crée une nouvelle catégorie sociale car les retraités ne sont plus assimilés aux autres catégories d'assistés : « *une nouvelle étape de vie s'interpose entre la maturité et le grand âge. Elle se caractérise par la situation commune d'inactivité pensionnée qui lui donne son identité et la rend identifiable. [...] La retraite se prend sur la base de critères formels (âge chronologique ou durée d'activité) et non plus en fonction de la capacité fonctionnelle de l'individu.*²⁴⁵ » La retraite donne une base commune à un ensemble de personnes que rien ne rapprochait auparavant.

A cette période on assiste également au développement des structures dédiées aux vieillards. Les maisons de retraite sont créées en 1958 : « *Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite.*²⁴⁶ »

Toutefois, la réelle prise de conscience du processus de vieillissement de la population et de ses conséquences ne vient que très tardivement en France. Entre 1945 et 1960, les efforts de l'Etat vont principalement se concentrer sur l'organisation d'une garantie des moyens d'existence des travailleurs âgés. C'est le secteur agricole (tant pour les salariés que pour les indépendants) qui mettra le plus de temps à instaurer son système de retraite, pour des raisons plurielles.

Il faudra attendre le rapport de Pierre Laroque de 1962 pour que l'Etat mette en place une politique globale en direction des personnes âgées. Ce texte peut être considéré comme exemplaire car il dépasse très largement le cadre administratif attendu dans ce type de document et propose une approche générale avec des propositions coordonnées relatives au milieu de vie du groupe âgé : habitat et cadre de vie, emploi, santé et ressources. Il représente un tournant dans les politiques publiques dédiées aux personnes âgées, notamment en distinguant les problématiques et les besoins selon les différentes étapes du vieillissement : pauvreté, voire

²⁴⁵ Guillemard A.M., « La vieillesse et l'Etat... », *op. cit.*, p. 11.

²⁴⁶ Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.

grande pauvreté, de certains retraités, mauvaises conditions de logement (tant à leur domicile qu'en établissement), etc. Surtout, pour la première fois, il pose la question de l'intégration sociale et du maintien de l'autonomie : « *L'émergence de la question du mode de vie de la vieillesse s'accompagne d'une conception nouvelle de la prise en charge de cet âge de la vie, qui s'oppose en tous points à celle qui prévalait antérieurement. [...] Une nouvelle stratégie globale et préventive est donc substituée à une action sociale qui s'exerçait à la marge des politiques de retraite, en opérant des prises en charge individuelles, partielles et curatives. [...] Avec la promotion du nouveau mode alternatif de prise en charge, la vieillesse se détache de son horizon de pauvreté et d'incapacité de travail. Une nouvelle naturalité de l'âge transparait, qui peut se lire dans l'apparition du vocable de « troisième âge » [...] D'immobile et dépendante, la vieillesse devient active, autonome, responsable. Elle est une nouvelle tranche d'existence vouée aux loisirs, au développement de soi, et non plus phase ultime faite de misère et de déchéance.*²⁴⁷ » La médecine suit cette évolution en opérant un passage entre une prophylaxie strictement curative et un nouveau modèle orienté vers la prévention. L'accent est mis sur le maintien des personnes dans leur lieu de vie, comme condition à la prolongation de leur autonomie. La nouvelle politique vieillesse vise une conception globale qui « *suppose une conception d'ensemble d'un programme d'action dont les différents éléments sont interdépendants et s'appuient les uns sur les autres pour modifier la situation des personnes âgées.*²⁴⁸ » Elle s'intéresse à l'ensemble de la population âgée et constitue également à ce titre une rupture avec les époques précédentes qui ne traitaient que des vieux pauvres et démunis. Aujourd'hui, avec le processus de gérontocroissance (notamment aux âges très élevés), toutes les attentions sont désormais tournées vers la vieillesse dépendante. La vieillesse est bien souvent conçue comme une difficulté, tant au niveau social, économique que médical. Au XX^e siècle, le secteur de l'hébergement va se construire de manière plutôt anarchique jusqu'au début des années soixante-dix. Avec le premier choc pétrolier, le chômage augmente de manière importante conduisant à une forte réduction du nombre de cotisants et à un déséquilibre du système de la protection sociale. C'est également le début d'une nouvelle ère démographique, avec une baisse de la fécondité et un accroissement fort de l'espérance de vie. La loi du 30 juin 1975 va séparer le monde médico-social du sanitaire et organiser l'offre dans

²⁴⁷Guillemard A.M., « Les politiques de la vieillesse », in *Le continent gris. Vieillesse et vieillissement*, Communication, 1983, p. 110.

²⁴⁸ Guillemard A.M., « La vieillesse et l'Etat... », *op. cit.*, p. 26.

l'ensemble du territoire français. Elle va surtout fixer des critères pour la création des structures car, jusqu'à cette date (à l'exception des instituts médico-éducatifs), quasiment aucune autorisation n'était nécessaire. Seules certaines normes techniques étaient requises pour obtenir des financements de l'assurance maladie. Enfin, elle programme la disparition progressive des hospices au profit d'établissements mieux adaptés aux besoins gérontologiques.

Au cours de ces années, le sort réservé aux plus âgés dans les institutions apparaît de plus en plus indigne pour la collectivité. Les notions de prise en charge plus « humaine » et de « meilleure qualité » de vie pour les personnes âgées deviennent plus évidentes. La rationalisation des coûts des services publics a également grandement participé à la mise en place progressive des évaluations et de la contractualisation entre les financeurs et les gestionnaires.

En 1997, le 24 janvier, est imposé aux établissements accueillant des personnes âgées de signer une convention tripartite pluriannuelle avec l'Etat et le président du Conseil général qui doit définir les conditions de fonctionnement, du point de vue financier, mais aussi concernant la qualité de la prise en charge et les soins aux personnes. Ce principe sera réaffirmé dans le cadre de la réforme de la tarification, en 1999, et engagera les structures dans une démarche d'amélioration continue des prestations. Il s'agit bien là de passer à une logique d'évaluation du rapport entre le coût et l'efficacité d'un service, ce qui est loin d'aller de soi dans un secteur qui, comme nous l'avons rappelé plus haut, est issu d'une longue histoire basée sur la charité et pour lequel les contingences économiques n'ont pas toujours été prioritaires. La loi du 2 janvier 2002 parachève cette évolution en plaçant le résident au centre du dispositif.

L'étude de l'historique des établissements pour personnes âgées est vraiment très éclairante pour comprendre les motifs de leur mauvaise image actuelle : cohabitation avec d'autres populations de nécessiteux, faiblesses des techniques médicales, locaux peu adaptés, mouroirs, etc. On comprend d'autant mieux les réticences que peuvent avoir les personnes âgées pour s'y inscrire, d'autant plus qu'elles ont l'âge d'avoir connu les hospices du début du XX^e siècle.

Surtout, cette remise en perspective historique nous permet de remarquer à quel point les problématiques de ces types de structures sont récurrentes : institutionnalisation des personnes par défaut, faute d'autres moyens, rareté des ressources, désengagement de l'Etat dans les périodes de crises, difficultés des personnels à travailler dans de bonnes conditions malgré leur

dévouement. Notre période contemporaine²⁴⁹ ne fait que poursuivre le même mouvement : études des personnes âgées sous l'angle de leur poids économique, prédominance au maintien à domicile et au soutien familial, décentralisation des compétences de l'Etat vers les départements et les communes, etc. Finalement, alors que les élus politiques et les médias, qui les relaient, découvrent depuis seulement quelques années le phénomène, il semblerait que la « gestion » de nos vieux ait toujours posé problème.

²⁴⁹ Voir annexe 4 : « Quelques grandes étapes et faites marquants des politiques publiques en France »

3.2 Aujourd'hui, une pluralité d'accueil, liée à une évolution importante de la législation, elle-même reflet de profondes mutations sociétales

3.2.1 Evolutions des structures et de la prise en charge

3.2.1.1 Le développement de la gériatrie

A partir des années 1960, la vieillesse est redéfinie en tant que nouvelle catégorie des politiques publiques et ne concerne plus uniquement les vieux indigents. Elle fait dorénavant l'objet de politiques économique, sociale et sanitaire spécifiques, visant la lutte contre la dépendance et, notamment depuis ces deux dernières décennies, la préservation de l'autonomie, mais également une gestion des coûts. Le système français est passé d'un référentiel assistanciel social, principalement à destination des plus démunis, à un référentiel économique-clinique de protection pour un public plus large. Ce modèle comprend des aides financières et matérielles pour les personnes évaluées dépendantes physiquement et/ou psychiquement. Il se base sur des formes de contractualisation avec l'Etat et implique la mobilisation des personnes elles-mêmes et de leur entourage.

Les conditions de vie des personnes hébergées ont suscité la réprobation de la sphère civile et politique à la fin des années 1960. Les établissements ont dû successivement s'engager dans « *des processus d'« humanisation de l'accueil » des structures publiques (maisons de retraite et anciens hospices) dans les années 1970, d'amélioration des « prestations » de soin et d'hébergement dans les années 1980, et de « préservation des libertés et de l'autonomie sociale» des individus depuis la fin des années 1990.*²⁵⁰ ». Les évolutions, en termes de modernisation des locaux et d'amélioration de la vie quotidienne des personnes hébergées, ont conduit à la mise en œuvre de règles déontologiques et de protocoles standardisés et/ou labellisés dites « bonnes pratiques », édictées par les services de l'Etat. Cette impulsion des services publics a produit une augmentation du nombre de places et une diversification des types de structures et de leurs modalités d'hébergement²⁵¹.

²⁵⁰ Thomas H., « Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, 2005/4, n° 72, p. 37.

²⁵¹ Les sources de recensement relatives aux établissements sont suffisamment diversifiées et précises pour permettre une analyse longitudinale : « *La première, FINESS, est exhaustive sur son champ depuis les années 1980. Tous les établissements qui ont accueilli des personnes entre 1980 et aujourd'hui, qu'ils soient actuellement*

La transformation majeure de ce système de protection est la place qu'occupe à l'heure actuelle le suivi sanitaire en structure et à domicile. Comme nous l'avons vu en amont, les établissements se sont longtemps principalement « limités » à l'hébergement et à l'entretien des plus démunis jusqu'à leur mort. Actuellement, notamment du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées et par conséquent de celles atteintes de pathologies spécifiques, telles que la maladie d'Alzheimer, les structures ont grandement évolué vers une approche médicale de leur public. L'entrée en établissement est aujourd'hui conditionnée par un niveau de dépendance et de types de pathologies, créant une nouvelle catégorie de personnes hébergées, en intégrant, du fait de ces critères, les populations des classes moyennes, voire supérieures. Nous verrons plus loin que cette catégorie, homogène d'un point de vue légale, appréhende de manière très différenciée son entrée puis la vie en structure selon son niveau de ressources économiques, sociales et culturelles. Ces évolutions ont conduit à un développement de la gériatrie, accompagné d'un processus de légitimation en l'instaurant en tant que spécialité²⁵².

ouverts ou fermés, sont présents. Les transformations de FINESS conduisent à privilégier une approche par nombre d'établissements et non par nombre de places.

La seconde source historique est un recensement réalisé par une association, l'Office central des œuvres charitables, à la fin du XIX^e siècle [...] L'ensemble des établissements charitables, et notamment ceux qui deviendront les établissements sanitaires et médico-sociaux, y est décrit.

Les fichiers départementaux, sous format PDF, sont mis à disposition par la Bibliothèque nationale de France (BNF). Les informations relatives à 2 420 hôpitaux, hospices ou asiles, classés dans la catégorie « Vieillesse » sont minutieusement numérisées [...] Ces fichiers ne sont pas disponibles pour tout le territoire : le fascicule de l'Hérault a été égaré, les départements d'Alsace-Moselle, qui n'étaient alors pas rattachés à la France, n'ont pas été enquêtés.

Les données départementales de population issues de précédents recensements, mises à disposition sur le site de l'INSEE, sont la dernière source historique. Les plus anciennes données utilisées datent de 1896. Ces données n'ont pas fait l'objet de traitements particuliers, si ce n'est pour reconstituer les données de population, souvent présentées par âge et par sexe, sur les fichiers distincts. » Ramos-Gorand M., *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine*, Thèse de doctorat : géographie, Université Paris-Est-Créteil, 2015, p. 37.

²⁵² La formation en gériatrie est dispensée dans le cursus général en faculté de Médecine depuis 2001. L'enseignement pratique est organisé dans le cadre des stages hospitaliers rendant obligatoire le passage dans les services de médecine interne ou de gériatrie. Jusqu'en 2004, deux diplômes post-doctorat permettaient une formation spécifique : le diplôme de capacité en gérontologie, obligatoire pour les médecins qui souhaitent exercer une activité gériatrique reconnue (praticien hospitalier, médecin coordonnateur, activité au sein d'un réseau gérontologique) et le diplôme d'études spécialisées complémentaire de gériatrie (DESC de groupe 1), créé en 1988. Ce dernier disparaît à la rentrée universitaire 2004-2005. A partir de cette date, le DESC de gériatrie appartient au groupe 2, ce qui lui confère un caractère qualifiant exclusif. La gériatrie accède ainsi à un statut de

L'approche gériatrique se base sur une clinique qui vise à différencier les formes pathologiques des formes naturelles de la senescence. L'étiologie du patient intègre, outre des données physiologiques, des données psychologiques, économiques, sociales et environnementales en tant que source potentielle ou vecteur d'aggravation de pathologies : *« Le spécialiste de cette maladie de l'âge sait déceler les facteurs de risques sociaux (isolement familial ou géographique, faiblesse des revenus et du patrimoine, niveau socio-culturel bas associé à des pratiques de prévention limitées en matière de santé tout au long de la vie, etc.), causes de pathologies spécifiques. L'activité diagnostique est envisagée comme appelant une technique particulière du médecin qui établit un rapport de proximité, empreint d'empathie, dans le colloque singulier avec le patient âgé. Elle repose sur un savoir-faire nosographique pour un patient présentant des symptômes propres relevant d'une nomenclature et d'une étiologie originales. Les diagnostics s'énoncent dans une terminologie savante propre, désormais enseignée dans le cadre de diplômes universitaires et centrée sur la présentation de « cas cliniques ». La gériatrie se veut de surcroît porteuse d'une thérapeutique adaptée reposant sur l'appréhension « globale », à la fois médicale et sociale, du patient âgé et de son « entourage ».*²⁵³ »

Cette spécialité, très récente dans l'histoire médicale, s'est initialement construite à travers une culture « de terrain » acquise dans les services engorgés de médecine générale, de moyens et de longs séjours. Longtemps considérée comme une discipline de relégation, son développement s'est accéléré depuis vingt ans : mise en place de thérapeutiques spécifiques médicamenteuses ou non, notamment pour faire face à l'accroissement important du nombre de personnes souffrant de maladies neurodégénératives.

Le développement de la gériatrie s'est également traduit dans les structures et services avec la création de « filières » gériatriques complètes visant une mise en coordination des réseaux dits « de ville » et le secteur hospitalier : *« La position de la gériatrie s'est ainsi consolidée en affichant conjointement cette double compétence de médecine hospitalo-universitaire de pointe et de médecine générale, humaniste, sociale et de proximité, oscillant entre pratiques curatives*

spécialité reconnue. Actuellement plusieurs diplômes d'université (DU) et diplômes interuniversitaires (DIU) permettent d'acquérir des connaissances complémentaires vis-à-vis du patient âgé : cardiogériatrie, néphrogériatrie, oncogériatrie, maladies neurodégénératives, psychogériatrie, soins palliatifs, éthique, etc.

²⁵³ Thomas H., « Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, 2005/4, n° 72, p. 41.

et palliatives. Elle vise à proposer une protection médicalisée, standardisée et globale du vieillard, envisagé comme un patient spécifique à domicile comme à l'hôpital. »²⁵⁴ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées ont suivi cette évolution en intégrant tant les pratiques que les personnels du secteur sanitaire. Autrefois lieux réservés aux religieuses et aux femmes de salles, les EHPAD salarient aujourd'hui une très grande diversité de professionnels de formations différentes : infirmiers, gériatres, médecins coordonnateurs, kinésithérapeutes, orthopédistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, neurologues, aides-soignants, animateurs, psychologues, etc.

3.2.1.2 Du logement-foyer aux résidences autonomie

La seule exception dans ce mouvement de médicalisation des structures fût la création des logements-foyers. Ils sont créés au cours des années 1970. La prise en charge des personnes âgées s'est toujours articulée autour de deux pôles : le domicile et l'hébergement collectif pour les plus faibles ou les plus démunis. Les logements-foyers, nés, de la Loi-cadre sur l'urbanisme du 7 août 1957, tendant à favoriser la construction de logements et les équipements collectifs, visent à promouvoir une alternative ou un entre-deux entre les deux modèles principaux, dans un contexte de pénurie de logements et d'un parc existant inadapté aux personnes âgées. Ils relèvent initialement du code de la construction et de l'habitation.

Le nom même de ce type d'établissement résulte du rapprochement de deux cultures à travers deux termes, symbolisant l'un, l'hébergement collectif de nature sociale ou médico-sociale, l'autre, l'autonomie et l'intimité. En effet, les personnes rejoignant un logement-foyer recherchent avant tout un domicile où elles peuvent reproduire en partie leur cadre antérieur, avec la capacité de recevoir, de cuisiner après avoir fait leurs courses à proximité. Un lieu leur permettant de pallier la solitude et l'insécurité, avec la possibilité de faire appel à des services d'aide à la vie quotidienne (restauration collective, transport, aide administrative, animation, etc.). Des services communs, certes, mais avec la liberté de choix. Ils sont destinés à des personnes autonomes n'ayant besoin d'aide que de manière ponctuelle. Ils ont donc une vocation principalement sociale.

La plupart des logements-foyers ont été construits sous l'impulsion de la volonté d'une commune, avec une prise en charge de la gestion et de l'administration du bâti et des personnels dédiés, *via* notamment les centres communaux d'action sociale. Ces établissements connaissent

²⁵⁴ Thomas H., « Le « métier » de vieillard... », *op. cit.*, p. 43.

une croissance rapide : en 1979, la France métropolitaine comptait 1 640 structures et 2 150 en 1988. Soit pour la même année, 27 %²⁵⁵ du total des places des structures pour personnes âgées²⁵⁶. Ils sont essentiellement urbains puisqu'en 1988, 84 % d'entre eux étaient situés dans des communes comptant 2 000 habitants ou plus. Ils offrent ainsi la possibilité aux personnes de maintenir leur réseau social de proximité.

La majorité des constructions est réalisée entre 1966 et 1986²⁵⁷ puis elles se sont quasiment arrêtées, au profit de structures visant à prendre en charge des personnes très âgées ayant besoin d'assistance médicale technique ou humaine quotidienne. Les services d'Etat se détournent des logements-foyers pour répondre à un enjeu démographique et sanitaire lié au vieillissement important de la population française, tant en termes de durée que de nombre de personnes concernées. Cet accroissement significatif du nombre des plus âgés s'accompagne d'une augmentation importante de personnes nécessitant des soins et un accompagnement quotidien²⁵⁸.

3.2.1.3 Une législation qui tente d'accompagner le vieillissement de la population

Pour faire face à ce défi, l'Etat engage différentes vagues de réformes²⁵⁹ et de plans d'accompagnement, dont de nombreux sont en direction des structures d'hébergement. Ces évolutions s'articulent autour de différents axes : amélioration des modalités d'accueil, médicalisation, accès aux droits et à la citoyenneté. Elles s'accompagnent de modifications de la réglementation et de la terminologie dédiée : les hospices deviennent des maisons de retraite

²⁵⁵ Contre 15 % en 2011 et 14,5 % en 2015. Source : DRESS, données FINISS et données enquête EHPA corrigées par les ARS.

²⁵⁶ D'Autume A., « Logements-foyers : équipements, activités, clientèle au 31 décembre 1985 », *Documents statistiques*, n°55, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, juin 1988.

²⁵⁷ Les logements-foyers étaient au nombre de 2 241 en 2011 et 2 267 en 2015. Source : DREES, données FINISS et données enquête EHPA 2011 corrigées par les ARS.

²⁵⁸ Voir « 2.1 Données sociodémographiques générales », p. 37.

²⁵⁹ Pour plus de détails voir annexe 4 : « Quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques de vieillesse »

puis des EHPAD²⁶⁰. La loi n° 75-535 du 30 juin 1975²⁶¹, relative aux institutions sociales et médico-sociales, donne la possibilité aux établissements d'hébergement pour personnes âgées d'inclure des sections de cure médicale et ainsi obtenir des financements de l'Assurance Maladie. En 1997, le 24 janvier, sont mises en place des modalités de conventionnement (dite une convention tripartite pluriannuelle) entre l'Etat et le président du Conseil général qui visent définir les conditions de fonctionnement, du point de vue financier, mais aussi concernant la qualité de la prise en charge et des soins aux personnes. Ce principe sera réaffirmé dans le cadre de la réforme de la tarification, en 1999, et engagera les structures dans une démarche d'amélioration continue des prestations. Il s'agit bien là de passer à une logique d'évaluation du rapport entre le coût et l'efficacité d'un service, ce qui est loin d'aller de soi pour les professionnels de ce secteur. La loi du 2 janvier 2002²⁶² parachève cette évolution en plaçant le résident au centre du dispositif. Cette loi donne une définition, jusque-là absente, de l'action sociale et médico-sociale. Sa principale nouveauté réside dans le fait qu'elle précise et assoit les droits fondamentaux des usagers. Elle fixe également les outils précis à mettre en place dans les structures. Ainsi, dans cette nouvelle conception, l'usager n'est plus uniquement assisté mais aussi acteur de ce qui lui est proposé. La loi lui assure protection, mais également une aide adaptée à ses besoins personnels ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. Cette double garantie de protection et d'autonomie n'est pas évidente dans sa mise en place : elle peut même, d'une certaine manière, être considérée comme paradoxale. Un accompagnement individualisé passe, au regard du législateur, par une évaluation individualisée et régulière des personnes. Celle-ci doit se faire avec une équipe pluridisciplinaire afin que l'ensemble des dimensions (médicale, sociale, affective...) soit pris en compte. Il est à noter ici que les établissements sont tenus de s'engager dans des évaluations internes et externes, respectivement tous les cinq et sept ans. La loi a prévu des outils afin de garantir l'application de ces différents droits précités.

²⁶⁰ Les EHPAD relevant plus particulièrement de notre champ d'étude feront plus loin l'objet d'une partie spécifique.

²⁶¹ Voir en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?idSectionTA=LEGISCTA000006103117&cidTexte=JORFTEXT000000699217&dateTexte=19860107>

(consulté le 31 juillet 2016)

²⁶² Voir en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460>

(consulté le 31 juillet 2016)

Le plan pluriannuel « Solidarité-Grand-Age » (2007-2012), suivi du plan « Alzheimer » (2008-2012) ²⁶³ constituent également des étapes importantes. Le second insiste sur la nécessité d'une prise en charge globale des malades d'Alzheimer et de leur entourage et d'une meilleure organisation du système médico-social autour de ces personnes. Il est décliné en quarante-quatre mesures relatives au soutien aux aidants, au maintien à domicile, à l'accueil en établissement, à l'intégration des intervenants et à la recherche. Destinées au départ à un type de pathologie spécifique (la maladie d'Alzheimer), les mesures ont eu des répercussions dans l'ensemble du secteur. S'agissant des établissements, ce plan a permis la création et/ou le développement de solutions de répit et d'appui aux familles et aux professionnels : accueil de jour, hébergement temporaire, Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA), Unité d'hébergement renforcé (UHR), Unité cognitivo-comportementale (UCC) et petites unités expérimentales, amélioration de la prise en charge thérapeutique et médicamenteuse, formation des personnels, etc.

Dernièrement, la loi 2015-1776, relative à l'adaptation de la société au vieillissement²⁶⁴, adoptée le 28 décembre 2015, accorde clairement la priorité à l'accompagnement à domicile. Ce faisant, elle donne un nouveau souffle aux logements foyers, renommés « résidences autonomie », et renforce leur rôle dans l'offre d'habitat intermédiaire entre le domicile et l'institution pour personnes âgées autonomes et semi-autonomes. Les logements-foyers étant bien souvent restés à la charge d'associations et des collectivités territoriales ²⁶⁵ sont devenus vétustes, très coûteux en énergie et inadaptés à leur population de résidents. La loi prévoit principalement deux types d'actions : la création d'un forfait autonomie, destiné à financer des dépenses non médicales visant à préserver l'autonomie des personnes, et une aide à l'investissement pour les travaux de modernisation.

²⁶³ Voir en ligne : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf (consulté le 31 juillet 2016).

²⁶⁴ Voir en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D496C182170538237EE85B8539FDF89B.tpdila11v_1?cidTexte=JORFTEXT000031844584&categorieLien=id (consulté le 31 juillet 2016).

²⁶⁵ Pour un total de 2 267 logements-foyers en 2015, on compte, 1 543 logements-foyers publics, 632 logements-foyers privés à but non lucratif et 92 logements-foyers privés à but lucratif. Source : DREES, données FINES et données enquête EHPA 2011, corrigées par les ARS.

3.2.1.4 Le secteur privé lucratif

La diversification des types de structures ces trente dernières années s'est accompagnée d'un développement significatif de l'investissement de groupes privés à but lucratif dans le secteur. Le secteur public reste encore très majoritaire, mais, cependant, la raréfaction des dotations de l'Etat, tant pour les établissements publics qu'associatifs, a induit une place de plus en plus grande au secteur privé et tel qu'on peut le noter dans le tableau ci-dessous :

**Tableau 7 : Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places installées, selon la catégorie détaillée d'établissements.
Situation aux 31 décembre 2007, 2011 et 2015**

Catégorie d'établissements et statut juridique	Nombre de structures au 31 décembre			Places installées au 31 décembre			Evolution 2011/2015 (en %) ²⁶⁶		Evolution 2007/2015 (en %)	
	2007	2011	2015	2007	2011	2015	Nombre de structures	Nombre de places	Nombre de structures	Nombre de places
EHPAD	5 278	7 206	7 400	405 720	565 540	600 380	2,7	6,2	40,2	48,0
EHPAD privés à but lucratif	1 247	1 673	1 769	86 810	117 820	132 430	5,7	12,4	41,9	52,6
EHPAD privés à but non lucratif	1 619	2 210	2 287	115 630	159 610	171 750	3,5	7,6	41,3	48,5
EHPAD publics	2 412	3 323	3 344	203 280	288 110	296 200	0,6	2,8	38,6	45,7
<i>dont EHPAD publics hospitaliers</i>	-	1 179	1 187	-	128 680	129 700	0,7	0,8	0	0
<i>dont EHPAD publics non hospitaliers</i>	-	2 144	2 157	-	159 430	166 500	0,6	4,4	0	0
Logements-foyers	2 428	2 241	2 267	121 240	108 680	109 250	1,1	0,5	-6,6	-9,9
Logements-foyers privés à but lucratif	-	83	92	-	3 620	4 040	10,8	11,6	-	-
Logements-foyers privés à but non lucratif	-	617	632	-	29 820	29 610	2,4	-0,7	-	-
Logements-foyers publics	-	1 542	1 543	-	75 240	75 590	0,1	0,5	-	-
EHPA non EHPAD	1 618	337	338	88 780	9 570	8 500	0,2	-11,2	-79,1	-90,4
EHPA privés à but lucratif	-	104	62	-	2 710	1 680	-40,6	-38,0	-	-
EHPA privés à but non lucratif	-	180	205	-	5 190	5 010	13,8	-3,5	-	-
EHPA publics	-	53	71	-	1 670	1 810	34,2	8,4	-	-
Unités de soins de longue durée *	875	625	596	66 440	34 720	33 860	-4,6	-2,5	-31,9	-49,0
Autres **	103	71	0	1 810	1 280	0	0	0	0	0
ENSEMBLE	10 302	10 481	10 601	683 990	719 790	751 990	1,1	4,5	2,9	9,9

* Établissements de soins longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

** Résidences d'hébergement temporaire (catégorie inexistante en 2015) et établissements expérimentaux (classés dans les EHPA en 2015).

Lecture : Au 31 décembre 2015, 7 400 EHPAD disposent de 600 380 places d'accueil.

Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour; France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) Sources : DREES, Enquêtes EHPA 2007, 2011 et 2015.

Il est important de noter que le secteur privé ne suit pas les mêmes logiques que les deux autres. Comme celui-ci ne dépend pas directement des financements publics, il n'est pas strictement tributaire des directives des services d'Etat ou des collectivités territoriales.

Aussi, pour leurs implantations géographiques, la volonté n'est pas de se rendre accessible à toute la population ni de garantir une couverture homogène. Historiquement, les structures privées se sont installées près des lieux de villégiatures, notamment près des côtes de la Méditerranée, d'abord dans la région de la Côte-d'Azur, puis celle du Languedoc et enfin la partie Sud Atlantique (Aquitaine et Poitou-Charentes). On trouve également une concentration des établissements dans les grandes agglomérations telles que Paris ou Lyon.

La clientèle visée est également spécifique, tant quant à ses revenus qu'à son niveau de dépendance : « Dans le secteur public, une grande majorité des EHPAD sont sous habilitation totale (93 %), alors que ce n'est le cas que de 4 % des EHPAD privés à but lucratif. Près de six EHPAD privés lucratifs sur dix n'ont aucune place habilitée à l'aide sociale. Dans le privé non lucratif, 91 % des établissements disposent de places habilitées et les trois quart en totalité²⁶⁷. »

Tableau 8 : Répartition des résidents au 31 décembre 2015 selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement (%)

Catégorie d'établissement	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total	NR*
EHPAD	17,6	36,6	17,1	20,0	5,3	3,4	100,0	1,0
EHPA	3,5	12,5	14,3	26,5	14,4	28,8	100,0	8,3
USLD	40,2	41,9	9,9	6,5	1,1	0,4	100,0	1,4
Logements-foyers	0,2	1,4	4,0	17,2	16,1	61,2	100,0	20,9
Ensemble	16,4	32,4	15,2	19,1	6,5	10,4	100,0	3,5

Lecture • La proportion des résidents en GIR 1 à 4 dans les EHPAD est de 91,3 % au 31 décembre 2015.

Champ • Établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Source • DREES, enquête EHPA 2015. * Part des résidents dont le GIR n'est pas renseigné.

L'enquête EHPA révèle également des différences significatives quant au taux d'encadrement :

²⁶⁷ Muller M., « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », *Les Dossiers de le DREES*, n° 20, 2017, p. 8.

Tableau 9 : Taux d'encadrement moyen par catégorie d'établissements. Situation aux 31 décembre 2011 et 2015

Catégorie d'établissements et statut juridique	2011			2015		
	Nombre de personnels	Effectifs en ETP	Taux d'encadrement (%)	Nombre de personnels	Effectifs en ETP	Taux d'encadrement (%)
EHPAD	385 940	336 640	61,1	433 250	377 100	62,8
EHPAD privés à but lucratif	70 590	62 860	53,3	81 890	73 570	55,6
EHPAD privés à but non lucratif	105 120	89 100	55,8	119 250	101 880	59,3
EHPAD publics	210 230	184 680	64,1	232 120	201 650	68,1
<i>dont EHPAD publics hospitaliers</i>	<i>94 330</i>	<i>81 330</i>	<i>63,2</i>	<i>101 180</i>	<i>85 340</i>	<i>65,8</i>
<i>dont EHPAD publics non hospitaliers</i>	<i>115 890</i>	<i>103 350</i>	<i>64,8</i>	<i>130 940</i>	<i>116 310</i>	<i>69,9</i>
Logements-foyers	19 050	14 550	13,4	18 500	14 460	13,2
Logements-foyers privés à but lucratif	510	400	11,0	690	500	12,5
Logements-foyers privés à but non lucratif	4 950	3 570	12,0	5 080	3 660	12,3
Logements-foyers publics	13 580	10 580	14,1	12 730	10 300	13,6
EHPA non EHPAD	4 980	4 010	41,9	4 030	3 250	38,3
EHPA privés à but lucratif	1 300	1 070	39,4	690	590	35,0
EHPA privés à but non lucratif	2 550	2 030	39,2	2 430	1 910	38,2
EHPA publics	1 130	910	54,4	910	750	41,4
Unités de soins de longue durée *	39 680	31 310	90,2	44 260	34 960	103,2
Autres **	680	490	38,0	0	0	0,0
ENSEMBLE	450 320	386 990	53,8	500 050	429 770	57,2

* Établissements de soins de longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.

** Résidences d'hébergement temporaire (catégorie inexistante en 2015) et établissements expérimentaux (classés dans les EHPA en 2015).

Lecture : Au 31 décembre 2015, 433 250 personnes étaient employées en EHPAD pour un volume de travail équivalent à 377 100 ETP.

En moyenne, le taux d'encadrement de ces établissements s'élevait à 62,8 %. Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour. France métropolitaine + DROM (hors Mayotte). Sources : DREES, enquêtes EHPA 2011 et 2015.

Enfin, ce secteur se distingue vis-à-vis de sa structuration. Bien que les établissements publics et à but non lucratif tendent, eux-aussi, à se regrouper, ceux du privé à but lucratif sont actuellement gérés par une petite poignée de groupes : « [...] fin 2011, un tiers des EHPAD privés à but lucratif est rattaché à un groupe de plus de cent établissements. Fin 2014, la concentration du secteur est plus grande encore : trois groupes dominent le marché, avec plus de 190 établissements chacun. ²⁶⁸»

3.2.1.5 L'hébergement pour personnes âgées : un secteur disparate et souvent inadapté

Les évolutions réglementaires, impulsées par un niveau d'exigence croissant du public, ont permis une amélioration très significative des conditions d'hébergement (suppression progressive des chambres double, installation de douche et de sanitaires dans chaque chambre, amélioration de l'accessibilité, etc.) et de l'accompagnement des personnes (formation du personnel, amélioration des connaissances et des pratiques thérapeutiques et médicamenteuses, développement des outils de contractualisation des prestations, etc.). Aux termes de l'enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au 31 décembre 2015, 728 000 personnes âgées résidaient dans 10 600 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) pour un total de 752 000 places, représentant un taux global d'occupation de 96 %.

Cependant, le secteur de l'hébergement des personnes âgées, notamment des personnes âgées dépendantes, reste très complexe, voire hermétique, disparate et encore inadapté à plusieurs titres malgré un effort constant d'amélioration.

La planification des besoins reste difficile du fait de la multiplicité des autorités de tutelle et des opérateurs et de l'éclatement du pilotage national ou territorial. La Caisse nationale d'assurance-maladie intervient essentiellement dans des fonctions de contrôle des critères du financement des EHPAD ; la définition des politiques d'hébergement des personnes âgées dépendantes dépend à la fois des compétences de l'État et des collectivités territoriales. L'État définit, met en place et pilote les politiques nationales en matière d'hébergement par l'intermédiaire de la Direction générale de la cohésion sociale et de la Direction générale de

²⁶⁸ Ramos-Gorand M., *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine*, Thèse de doctorat : géographie, Université Paris Est Créteil, 2015, p. 253.

l'hospitalisation et des soins, auxquelles peuvent s'associer la Direction générale de la santé et la Direction générale de la sécurité sociale. Pour la déclinaison territoriale de ces politiques, l'État s'appuie sur les préfets, sur les directions déconcentrées ou sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Pour tenter d'améliorer la planification des besoins, divers leviers ont été mis en place : en termes d'hébergement des personnes âgées en perte d'autonomie, le plan « Solidarité-Grand-Age » a permis la création annuelle de places d'accueil de jour, de places d'hébergement temporaire supplémentaires et de places médicalisées en EHPAD ; le plan « Alzheimer » a ouvert la possibilité de créer ou d'identifier des unités adaptées pour les patients souffrant de troubles comportementaux au sein des EHPAD. Suite à un rapport de la Cour des comptes, l'Etat a demandé une amélioration de l'articulation des outils de planification et de programmation médico-sociale : les agences régionales de santé (ARS) doivent définir et mettre en œuvre une planification de leurs actions au moyen d'un projet régional de santé (PRS), soumis pour avis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, aux collectivités territoriales et au représentant de l'Etat en région. Le PRS est composé d'un plan stratégique régional de santé qui fixe les orientations et les objectifs de santé pour la région ; trois schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ; des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas. Ainsi, le schéma régional d'organisation médico-sociale et son programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), doivent être élaborés par le directeur général de l'ARS, après consultation de la commission de coordination dédiée au secteur médico-social et avis des présidents des Conseils généraux. Les PRIAC visent à une amélioration de la programmation de l'adaptation et de l'évolution de l'offre d'établissements et de services médico-sociaux. Etablis pour cinq ans, ils dressent au niveau régional, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services médico-sociaux. Les départements exerçant une compétence de principe dans le domaine de l'action sociale en faveur des personnes âgées jouent également un rôle essentiel en matière de planification et de coordination puisqu'ils définissent tous les cinq ans des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Ces derniers projettent tous les besoins du territoire dans le champ de l'action sociale. Ils comprennent un volet indépendant : le schéma gérontologique. Les régions ont la responsabilité de la planification sanitaire et, plus particulièrement, du suivi des plans régionaux pour la santé publique et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour les soins hospitaliers.

3.2.1.6 Les financements

Toutefois, la concertation entre les Conseil départementaux et l'ARS reste difficile, notamment en termes de transmission de données permettant l'articulation de leurs orientations. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, en mettant en place des agences régionales de santé (ARS) avait pour objectif de réduire ces difficultés en permettant un rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social²⁶⁹. Mais les ARS sont relativement « jeunes » dans leur constitution actuelle et elles doivent faire face, depuis 2016, à une forte réorganisation due à la fusion des régions. En outre, les portages politiques locaux ne facilitent pas toujours les relations entre ces deux principaux acteurs de la planification. En outre, le secteur souffre du manque de lisibilité des financements. Comme dit plus haut, depuis 1997, l'article L. 313-12 du Code de l'action sociale et des familles fixe les conditions de conventionnement destinées à assurer, entre les établissements, une plus grande égalité des coûts de prises en charge et une amélioration globale de la qualité de cette prise en charge dans les unités de soins de longue durée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Pour pouvoir accueillir des personnes âgées dépendantes, ces établissements doivent signer une convention de cinq ans avec le président du Conseil départemental et le directeur général de l'ARS. Cette convention, basée sur un cahier des charges établi par arrêté ministériel, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement du point de vue financier et budgétaire, mais également en termes d'objectifs de qualité de la prise en charge des personnes âgées. Sa signature établit une tarification de coûts tarifs journaliers qui alimentent trois sections budgétaires distinctes et hermétiques, dont les charges et les produits sont calculés et arrêtés séparément, chaque section devant être équilibrée :

- un tarif hébergement, défini annuellement par le président du Conseil départemental, à la charge du résident, lequel peut bénéficier totalement ou partiellement d'une prise en charge par l'aide sociale départementale, laquelle pourra être remboursée au titre de l'obligation alimentaire ou d'une récupération sur succession. Ce tarif comprend l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la

²⁶⁹ Voir en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité des amortissements des coûts mobilier et immobilier (construction ou travaux d'aménagement) ;

- un tarif soins, défini annuellement par le directeur général de l'Agence régionale de santé, financé par l'Assurance maladie, sous forme d'une dotation globale, versée directement aux établissements. Le tarif soins comprend les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques, les prestations paramédicales liées à l'état de dépendance et les dépenses de dispositifs médicaux non individualisés ;

- un tarif dépendance, défini annuellement par le président du Conseil départemental, à la charge du résident qui peut bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon son degré de dépendance. Il comprend l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie.

« Le budget des établissements doit intégrer les trois sections tarifaires de manière distincte et étanche ce qui conduit à réserver le résultat de chaque section exclusivement à cette dernière et à interdire toute compensation entre sections, les excédents éventuels pouvant être néanmoins affectés à la réduction des charges d'exploitation ou au financement de l'investissement. Par ailleurs, si les postes des dépenses sont majoritairement rattachés à une seule section tarifaire, aucune charge d'exploitation ne peut s'imputer à la fois sur la section dépendance et sur la section soins, à l'exception des rémunérations des aides-soignants et des aides médico-psychologiques réparties à hauteur de 30 % sur la section dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins. De même, les rémunérations des agents des services hospitaliers sont réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement. [...] Le partage de la prise en charge des salaires des aides-soignants et des aides médico-psychologiques à raison de 70 % sur le tarif « soins » (pris en charge par l'assurance maladie) et de 30 % sur le tarif « dépendance » (pris en charge par le département) représente un facteur de complexité et de blocage, dans un contexte de contraintes financières pour les conseils généraux, induisant chez ces derniers des refus ou des retards de signature des conventions. ²⁷⁰»

²⁷⁰ Rapport d'information n° 2647 du 23 juin 2010 de la Commission des Affaires Sociales, relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, p. 56-57. Consultable en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp> (Consulté le 02 août 2016)

Cette situation conduit à une iniquité et à une inadaptation de l'offre d'hébergement pour un territoire.

D'une part, les tarifs des établissements d'hébergement ont fortement augmenté du fait d'une forte pression foncière, de la hausse des coûts de construction et de contraintes des services publics en matière de normes. *« Ce même constat a été dépeint de façon plus détaillée par la mission de Mme Christine Branchu, inspectrice de l'IGAS, laquelle a notamment indiqué que le poids de l'amortissement immobilier pouvait varier de 10 % à 30 % selon la localisation géographique de l'établissement, sa date de construction ou les coûts de cette dernière et la mise à disposition gratuite ou non d'un terrain par une collectivité territoriale ou hospitalière. »*²⁷¹

Le choix qu'opèrent les personnes âgées et/ou leur entourage se fait bien souvent dans l'urgence, suite à une chute puis à une hospitalisation, rendant le retour à domicile impossible. Cela mène les personnes à entrer dans la première structure disposant d'une place libre, alors même que le coût total à la charge de celles-ci ne correspond pas à leur possibilité de financement. Les principaux investissements, en termes de créations de places, se font actuellement dans le secteur lucratif alors qu'ils ont un taux d'occupation plus faible. *« Il apparaît en effet qu'au cours de ces toutes dernières années, l'offre d'hébergement a commencé à ne pas correspondre à la demande, se portant de manière générale, mais surtout en milieu urbain, vers des constructions neuves apportant un grand confort hôtelier mais imposant des tarifs que de très nombreux clients potentiels jugent hors de portée. »*²⁷² Ainsi, de plus en plus de personnes âgées s'installent en urgence dans des établissements privés à but lucratif dans l'attente d'obtenir une place moins chère dans le secteur public ou associatif. Cela induit deux déménagements pour des personnes très âgées, à la santé fragile, et conduit nécessairement à des effets délétères.

Enfin, bien que les besoins aient été clairement identifiés, pour la personne âgée et pour le répit de sa famille, l'offre en termes d'hébergement temporaire reste largement insuffisante. Les difficultés recensées sont les mêmes que celles identifiées pour l'hébergement permanent : faiblesse de l'articulation entre les différents acteurs, manque de lisibilité permettant une

²⁷¹ Rapport d'information n° 2647 du 23 juin 2010 de la Commission des Affaires Sociales relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, p. 60. Consultable en ligne : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp> (Consulté le 02 août 2016)

²⁷² *Ibid.*, p. 62.

planification territoriale efficiente, complexité des financements, hétérogénéité des modalités d'accès et des coûts restant à la charge des personnes, etc. Selon un rapport de la CNSA en 2010 : « *Les écarts des moyennes de prix constatés [en accueil de jour sont de] 22 euros dans le secteur public autonome, 26 euros dans le secteur public hospitalier, 30 euros dans le privé non lucratif et 31 euros dans le privé lucratif. [...] et en hébergements temporaires de [...] 45 euros dans le secteur public hospitalier, de 48 euros dans le secteur public autonome, de 51 euros dans le secteur privé non lucratif et de 79 euros dans le secteur privé lucratif.* ²⁷³ »

L'ensemble de ces difficultés a conduit l'Etat à élaborer des programmes de travaux dont certains ont abouti à la promulgation de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Elle prévoit notamment, pour le domaine qui nous intéresse : une réforme de la tarification des EHPAD afin de simplifier l'allocation des financements et de donner davantage de transparence à leurs tarifs et à leurs coûts, notamment pour le « reste à la charge » des résidents et de leurs familles ; une réaffirmation des outils et procédures garantissant le plein exercice des droits des personnes hébergées ; une sécurisation du modèle des résidences services en distinguant la gestion des copropriétés de celle des services individuels, dont le paiement sera désormais conditionné à leur utilisation pour les nouvelles structures ; un plan de réhabilitation et de forfait autonomie pour le logements-foyers et enfin par la promotion d'une meilleure articulation entre domicile et hébergement collectif, secteur sanitaire et médico-social.

3.2.2 Les établissements pour personnes âgées comme lieu de vie et d'intimité ?

Ces détours historiques, législatifs et administratifs nous permettent de constater que les établissements pour personnes âgées, en tant qu'institutions totales²⁷⁴, sont le reflet des évolutions qui ont sous-tendu notre société contemporaine. Le processus principalement à l'œuvre est celui de l'individualisation, tant dans les représentations liées aux structures que vis-à-vis des acteurs concernés : les résidents sont aujourd'hui considérés comme des acteurs conscients et responsables. Dans les textes réglementaires et législatifs que nous avons pu étudier, la priorité au maintien à domicile revient de manière récurrente, voire systématique :

²⁷³ Rapport d'information n° 2647 du 23 juin 2010..., *op. cit.*, p. 62-63.

²⁷⁴ Nous utilisons ici le terme d'institution totale dans une relative proximité de la définition goffmanienne, dans le sens où les établissements pour personnes âgées sont des lieux de travail pour certains et de vie pour d'autres, selon des modalités explicites et précises. Nous écartons cependant le terme de réclusion qui, à l'heure actuelle, nous semble ne pas refléter une réalité plus complexe.

vieillir chez soi, dans les meilleures conditions possibles. On peut mettre en relation ce parti pris avec les évolutions qui s'opèrent à partir de la fin des années 1960 et qui visent à remettre en cause le poids des institutions politiques et sociales et l'assignation de rôle et de statut prédéterminés. Les individus aspirent à de nouvelles modalités de vie, tant du point de vue familial, personnel que professionnel, et, surtout, ils souhaitent les maîtriser individuellement. Au cours des années 1980, ce mouvement s'intensifie, d'autant que les grands modèles politiques s'épuisent au profit de pratiques individualisées basées sur des réseaux de marchés : consommation et esprit d'entreprise sont les maîtres mots de cette période. Plus globalement, on assiste à un mouvement qui tend à replacer les sujets au cœur des institutions : l'élève est au cœur de son apprentissage, l'utilisateur ou le client au centre des structures et des services.

A ce titre, il faut noter le rôle indéniable qu'a joué l'expansion du secteur privé lucratif dans les établissements pour personnes âgées. Avec la généralisation des systèmes de retraite et les moyens matériels qui en découlent, les vieux deviennent une catégorie de consommateurs à part entière. En considérant la population âgée aisée comme des clients potentiels, les groupes commerciaux ont promu un modèle radicalement différent, notamment en termes de prestations hôtelières. Ils ont par ce biais très largement contribué à instaurer de nouvelles normes de confort et de services individualisés.

Le mouvement d'individualisation sera beaucoup plus tardif dans la globalité des établissements car ce sont des structures relativement fermées et héritières d'une longue tradition politique et sociale, associées à un traitement collectif et souvent coercitif d'une population de miséreux.

Aujourd'hui, ce processus est présent aussi bien dans la place accordée aux résidents et à leur famille, que dans l'organisation de la vie collective ou les choix actuels d'un point de vue spatiale et architectural. En créditant les personnes âgées en institution du droit à l'autonomie et aux choix qui en découlent, notre société leur accorde, par principe, un nouveau statut : celui de sujets libres, capables de décider par eux-mêmes et pour eux-mêmes : « *la valorisation des capacités des personnes par les professionnels participe à la qualité de vie. La promotion de l'autonomie consiste à donner les moyens aux résidents de prendre l'initiative de la demande, de la rencontre et de ne pas être « objet » de l'accompagnement mais « sujet », participant aux attentions qui les concernent.*²⁷⁵ » Ce qui bien-sûr, on le verra plus loin, est souvent complexe

²⁷⁵ ANESM, « Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, ANESM, Saint-Denis, juin 2011, p. 41.

à matérialiser au sein de structures qui, par définition, se révèlent être assez contraignantes dans leur gestion quotidienne. Les termes qui ont sous tendu la plupart des réformes relatives aux établissements sont ceux d'humanisation et de qualité de vie²⁷⁶. Nous l'avons vu en amont, les conditions de vie des personnes, au regard de la société contemporaine, étaient devenues inadmissibles socialement et politiquement. Aussi, l'humanisation, telle qu'énoncée par les différents décrets et circulaires, veut promouvoir « *le concept de personnalisation en tant que pierre angulaire de la qualité de vie dans la mesure où il implique que chaque projet d'accompagnement soit basé sur les attentes de la personne et non seulement sur ses besoins*²⁷⁷. » Sa mise en œuvre a fortement influencé les habitudes et les conditions de travail des professionnels. Elle s'est structurée autour de trois axes principaux : placer le résident, en tant qu'acteur, au cœur de son hébergement et de son accompagnement ; réorganiser la vie quotidienne et collective et adapter l'architecture et l'implantation des bâtiments.

3.2.2.1 Vers un projet de vie en structure d'hébergement ?

Des trois axes présentés ci-dessus, il s'agit probablement de celui qui a eu le plus d'impact dans le quotidien des personnes (résidents et professionnels). De vieux incapables, les personnes âgées deviennent, à travers la réglementation (par exemple la circulaire du 26 octobre 1978²⁷⁸), des citoyens, acteurs de leur vie en établissement. Elle cherche à se défaire d'anciens usages et pratiques qui visaient simplement à garder des personnes afin de simplifier la gestion de cette population. Pour cela, il faut s'adapter à de nouvelles modalités, activistes, participatives et basées sur des principes de citoyenneté, d'accès aux loisirs, au maintien de son activité physique, qui sont à l'époque assez éloignées de la conception qu'ont la plupart des personnes retraitées et hébergées (*a fortiori* lorsqu'on est originaire du monde rural...). L'ensemble de ces nouveaux préceptes, bien qu'à volonté humaniste, se base sur une conception binaire du

²⁷⁶ La qualité de vie est définie par l'OMS comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. » Whoqol Group (Geneva), « Study protocole for the World Health Organization projetc to develop a quality of life assesement intrument », *Quality of life research*, vol. 2, 1993, p. 153.

²⁷⁷ « Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, juin 2011, p. 6.

²⁷⁸ Circulaire « Aide et action sociales en faveur des personnes âgées et disposition connexes ». Voir en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&fastReqId=914806636&idSarde=SARDOBJT000007106049&page=4> (consulté le 03 août 2016)

vieillesse : pour bien vieillir les résidents doivent maintenir leur activité, ne pas se replier sur eux-mêmes et participer à la vie collective. Cette dimension volontariste va s'estomper dans les textes à partir des années 1990-2000, au profit d'un renforcement du droit à la vie privée (protégé par l'article 12 de la déclaration universelle des Droits de l'Homme). Cette expression juridique englobe à la fois le respect de l'intimité de l'usager, la protection de son domicile, de son image, le droit à l'exercice de sa sexualité et de sa religion. Dès lors, la place est laissée à un réel libre choix des personnes que la loi du 2 janvier 2002 va tenter d'instituer à travers la contractualisation entre la structure d'hébergement et son résident, vis-à-vis de l'ensemble des prestations et services dont il peut bénéficier. Elle fixe pour ce faire, les documents contractuels nécessaires à son application :

- Le livret d'accueil, dont le contenu est précisé dans une circulaire d'application, a principalement pour objectif de présenter la structure d'accueil, notamment dans ses aspects de vie quotidienne. Lui sont annexés deux autres documents, à savoir : la charte des droits et liberté de la personne accueillie et le règlement de fonctionnement ;
- Le règlement de fonctionnement est établi après avoir été validé par les différentes instances de l'établissement (le Conseil de Vie Sociale, le Comité Technique d'Etablissement et le Conseil d'Administration). Il permet de fixer les règles de la vie en collectivité au sein de la structure. Ainsi, notamment parce qu'il est reconnu comme citoyen à part entière, l'usager devra s'y conformer et assumer ses devoirs afin de garantir la sécurité de chacun ;
- Le contrat de séjour (ou document de prise en charge individualisé) est un document de prise en charge individuel, élaboré avec la personne accueillie. Il définit les objectifs, la nature des prestations et les coûts éventuels. Il est censé être remis à la personne dans les quinze premiers jours et signé dans le mois de son accueil, puis révisé tous les ans. Ce document est le fil conducteur de l'élaboration d'un projet de vie du résident, basé sur son histoire, ses aspirations, ses volontés et ses capacités et en cohérence avec le projet de l'établissement.

Afin de garantir l'accès aux droits des personnes, les structures sont tenues d'informer et de consulter, à travers différentes instances que sont *a minima* le Conseil de la vie sociale et le Conseil d'établissement. Dans ce même objectif, la loi a introduit un tiers : la personne de confiance. Cette personne est désignée librement par le résident qui peut la solliciter pour l'accompagner dans ses démarches, assister à ses entretiens afin de l'aider à prendre ses décisions et de s'assurer que celles-ci seront respectées. Elle peut en outre être le dépositaire de ses directives anticipées. Une autre évolution significative a été la réforme de la réglementation

relative à la protection des majeurs. Votée en 2007 et mise en application en 2009²⁷⁹, elle vise à assurer un meilleur respect des droits essentiels des personnes protégées. Elle instaure trois principes : la nécessité (mesure de protection uniquement en cas d'altération des facultés mentales avec suppression de la curatelle pour prodigalité) ; la subsidiarité (mesure de protection uniquement si aucun autre dispositif plus léger n'est possible) et la proportionnalité (mesure proportionnelle et individualisée à la situation de la personne). Elle crée également une nouvelle catégorie de professionnel, devant justifier du diplôme d'Etat requis. Enfin, elle met fin aux mesures de protection à vie, chacune devant être révisée tous les cinq ans. Cette volonté d'individualiser, de prioriser les choix des personnes a été nettement réaffirmée dans la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Cependant, sa mise en œuvre reste ardue dans les établissements. D'une part, comme nous le détaillerons plus loin, la population hébergée reste majoritairement issue des classes populaires et a entre 85 et 95 ans. Comme nous l'avons dit plus haut les valeurs de promotion de leur autonomie, d'accès au libre choix, d'épanouissement personnel, souvent associées à des pratiques « psychologisantes » sont issues de la culture post 1968, véhiculées principalement par la classe intellectuelle dirigeante. Des concepts qui demeurent bien éloignés de la culture des résidents d'EHPAD, même aujourd'hui.

D'autre part, ce mouvement d'individualisation se heurte fréquemment à des formes de résistance des personnels, souvent lié à des pressions de la famille des résidents. La culture sanitaire et hygiéniste qui a régi ces structures depuis leur création est encore très prégnante. Les institutions se doivent, au-delà d'offrir un lieu d'hébergement, de fournir un cadre favorisant de préservation, voire de retour à l'autonomie. Or cette autonomie reste évaluée à l'aune de critères principalement médicaux de pathologie et de dépendance²⁸⁰. Ces grilles de classement permettent de définir individuellement les besoins d'une personne. Cependant, elles catégorisent de fait les résidents en « creux » vis-à-vis de leurs manques, leurs handicaps et

²⁷⁹ Voir en ligne :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000430707&categorieLien=id> (consulté le 3 août 2016)

²⁸⁰ Les résidents sont évalués à travers deux grilles : la grille AGGIR (autonomie gérontologique groupes iso-ressources) qui classent les personnes de 6 à 1 (1 étant le plus grand degré de dépendance) et la grille pathos. Le modèle PATHOS évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Ces deux classements, une fois pondérés avec l'ensemble de la population hébergée, permet de définir les crédits financiers accordés à une structure.

leurs maladies. L'approche est fonctionnaliste et conduit les personnels à une prise en charge de compensation des déficiences. Elle crée de ce fait une relation asymétrique et qui, dans bien des cas, priorisera les aspects médicaux, parfois à l'encontre de ce que les résidents souhaiteraient privilégier : rythme de vie, habitudes alimentaires, etc. Elle suscite une interprétation de la conduite des personnes hébergées selon une logique médicale qui vise à prévenir les altérations physiques et cognitives : tel moment de tristesse pourra être codé comme le début d'un syndrome dépressif, une phase de repli comme un syndrome de glissement, etc. Même les temps de loisirs devront avoir une fonction thérapeutique : atelier mémoire pour le maintien des fonctions cognitives, jardin thérapeutique pour le maintien des fonctions sensorielles, activités manuelles pour favoriser le maintien de la préhension fine, les temps dits intergénérationnels pour maintenir les fonctions sociales, même les animaux aujourd'hui « interviennent » dans les établissements dans cet objectif. Bien que tous soient convaincus de l'importance d'une prise en charge globale, les professionnels (dont la majeure partie est diplômée des secteurs médical et sanitaire) restent fortement imprégnés de leur formation : celle où on leur a appris à guérir et à soigner. Surtout, ces professionnels subissent une pression importante de la part des autorités de tutelle et de l'entourage des résidents en termes de sécurité, les laissant dans une forme de crainte diffuse de l'engagement de leur responsabilité. Le respect strict des procédures et des protocoles, la crainte des familles de voir leur parent se dégrader, poussent, malgré lui, le personnel à une « sursécurisation » afin d'éviter tout accident.

3.2.2.2 Un lieu de vie à part entière ?

Les principes prônés par la législation applicable à un hébergement en EHPA, actif, citoyen et participatif, ont également eu un impact important sur la vie quotidienne des résidents, de leur entourage et des professionnels²⁸¹. Tout doit être mis en œuvre afin que les résidents puissent s'approprier leur nouveau lieu de résidence : « *Si l'environnement matériel favorise le fait de se sentir « chez soi », la possibilité de s'y investir et de s'approprier les lieux est un élément tout aussi important*²⁸² ». Les changements sont relatifs à trois grands domaines : une organisation quotidienne plus adaptée et adaptable, la suppression de règles de discipline et une ouverture vers le monde extérieur.

²⁸¹ Nous avons fait le choix dans cette partie, par souci d'efficacité, de nous centrer sur la question des résidents. L'analyse de l'évolution du champ professionnel ayant été assez largement traitée dans la littérature scientifique.

²⁸² ANESM, « Qualité de vie en EHPAD (volet 2)... », *op. cit.*, p. 13.

S'agissant du dernier point, les établissements pour personnes âgées ont toujours constitué un monde assez clos et hermétique. Cela est dû au type de population qu'ils hébergent : la mise à l'écart des plus âgés est une réalité qui traverse la plupart des sociétés²⁸³. Cette relégation s'est accentuée à notre époque. Les représentations socio-culturelles actuelles associées à la vieillesse ont souvent une très forte connotation péjorative.

La société établit des catégories normatives. Lorsque nous sommes face à un individu, nous cherchons à l'identifier selon ses attributs dans telle ou telle de ces catégories, c'est-à-dire à le classer selon son « *identité sociale* ». Si un individu est trop éloigné des critères habituels de normalité, il connaît une forme de stigmatisation : « *Le mot stigmat servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler.* »²⁸⁴

La tendance à dévaloriser la vieillesse et à l'associer de façon systématique à la dépendance et à l'incompétence, conduisant à un bannissement de ses représentants de la vie sociale, est liée à différents phénomènes socio-culturels. Premièrement, nous vivons dans un monde de la culture du corps parfait et les développements des biotechnologies nous laissent penser que nous pouvons mettre à distance les effets du vieillissement, voire la mort. Cela a pour conséquence que ceux qui en portent les caractéristiques sont, de fait, disqualifiés et déconsidérés. Deuxièmement les sociétés actuelles sont principalement basées sur l'économie de marché et le monde du travail industrialisé. Les plus vieux, eux, ne sont plus productifs et donc deviennent inutiles. Troisièmement, la technologie a évolué de façon très importante ces dernières décennies et les compétences et les savoirs, acquis par les personnes âgées tout au long de leur vie, sont aujourd'hui obsolètes et ne présentent plus d'intérêt. Ils ont perdu leur rôle de transmetteur, de passeur. Enfin, si la vision du vieillissement est si sombre, c'est également à cause de la surreprésentation actuelle des personnes âgées atteintes de démences dans notre société. En effet, même si le fait de perdre des aptitudes physiques ne réjouit personne, les maladies associées au vieillissement (Alzheimer par exemple) terrifient

²⁸³ En effet, même si l'on aime à penser que dans les cultures plus anciennes ou plus traditionnelles, les vieillards ont connu des périodes durant lesquelles leur place était valorisée, il suffit de se remémorer certains vieux contes pour nuancer cette image d'Épinal.

²⁸⁴ Goffman E., *Stigmat. Les usages sociaux des handicaps*, Les éditions de Minuit, Paris, 2010.

absolument tout le monde²⁸⁵. L'ensemble de ses préjugés concourt à la mise à l'écart des personnes âgées et crée une catégorie de population, amalgamée, avec pourtant une très grande hétérogénéité des individus qui la composent. Une autre remarque complémentaire : les représentations culturelles sont, par définition, partagées par tous les membres d'une société, y compris par ceux qui en portent les stigmates, ce que Goffman appelle « *l'intégration du point de vue des normaux* ». Les personnes âgées ont eu de longues années pour intégrer ces normes : elles en sont imprégnées ; elles les ont eues à l'égard des vieux quand elles étaient jeunes. Cela conduit à ce qu'elles aient une propension à se disqualifier elles-mêmes. Elles ont alors tendance à restreindre leur champ d'action et d'expertise et s'engagent dans la dépendance. Leur mise en exil leur paraît, dans leur discours, aller de soi, être « naturel ». Tout au long des entretiens que nous avons eu avec les résidents, la plupart d'entre eux nous dirons : « *Qu'est-ce que vous voulez, à mon âge, c'est comme ça.* »

Aussi, l'ouverture des établissements au monde extérieur se fait plutôt de manière centripète et non centrifuge. La majeure partie des services est internalisée : alimentation, entretien des locaux et du linge, hygiène et soin corporels. Lorsqu'il s'agit de proposer des activités à vocation sociale ou de loisirs (spectacles, rencontres avec les enfants de l'école de la commune, etc.), là encore tout se passe *intramuros*. La lourdeur de la gestion des déplacements de personnes souvent handicapées, les difficultés de transport, le risque d'un accident, font souvent renoncer les professionnels (même les plus déterminés) à s'engager dehors avec leurs résidents. L'EHPAD où nous avons principalement conduit notre recherche est à ce titre tout à fait exceptionnel puisqu'il propose de nombreuses sorties tout au long de l'année : restaurant, marché et même vacances à la mer. Dans les entretiens auprès des personnes, il est apparu que quasiment aucun des résidents (même les plus autonomes) ne quitte l'enceinte de l'établissement, ne serait-ce que pour faire le tour du bâtiment, sans l'accompagnement de leur famille, ce que confirme l'enquête EHPA 2007 : « *la moitié des résidents ne sort jamais de l'établissement. Le fait de ne pas pouvoir sortir ou de ne pas sortir [à l'extérieur de l'établissement] aussi souvent qu'ils l'aimeraient est un point d'insatisfaction assez souvent évoqué par les résidents ; ils sont, au total, 38 % à le signaler et près de six sur dix (57 %) parmi ceux déclarant vivre mal dans l'établissement. [...] La possibilité de se promener dans le*

²⁸⁵ Les travaux de Anne Vega sur les processus « d'angoisse de contagion » à l'hôpital, nous paraissent tout à fait opérants dans notre champ de recherche. Voir par exemple : Vega A., « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie française*, nouvelle série, t. 29, n° 1, janvier-mars 1999, p. 100-110.

*jardin ou le parc de l'établissement ne semble pas suffisante : 37 % des résidents qui ne sortent que dans le parc ou le jardin de l'établissement déclarent ainsi qu'ils voudraient sortir davantage, comme la moyenne des résidents. Un tiers des personnes ne le fait pas, en raison de leur état physique et aurait donc besoin d'être accompagné pour le faire.*²⁸⁶ » Ainsi, pour la très grande majorité des résidents les sorties ne se font que de manière très exceptionnelle : pour un repas de Noël ou pour une visite chez le cardiologue.

Les temps, les règles et l'organisation de la vie quotidienne ont également évolué de façon significative. Ils se veulent plus souples et plus adaptés au style de vie et aux besoins des personnes. La réglementation a cherché à proscrire toute forme de gestion trop disciplinaire des effectifs. En considérant les personnes âgées comme des usagers ayant contractualisé pour bénéficier d'un certain nombre de services et de prestation, les institutions ont dû s'inspirer du modèle de la vie familiale : mais d'une famille contemporaine, dans laquelle chacun doit pouvoir disposer d'une marge de liberté. Le dialogue et le compromis tendent à prendre le pas sur des pratiques, hier, autoritaires et collectivistes. Aujourd'hui, tout résident (hormis trouble cognitif sévère) peut légalement aller et venir à sa guise à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement, partir en vacances, recevoir les invités sans contrainte d'horaire, dès lors qu'il informe de son absence ou ne nuit pas à la tranquillité des autres personnes. Depuis 1986, il peut également inviter des convives à déjeuner, à condition que l'équipe en charge de la restauration soit informée suffisamment tôt à l'avance²⁸⁷.

La prise en charge des soins et de l'hygiène s'est également nettement améliorée : « *en collectivité, le risque d'atteinte à la dignité est multiplié par la proximité et le regard des autres. Alors que le corps constitue la base et le support privilégié du sentiment d'identité, les respects de l'intimité corporelle est déterminant.* »²⁸⁸. Ce respect de l'intimité s'applique dans les différentes sphères de la vie privée des personnes : affectives, morales et spirituelles ; même si, comme nous l'avons dit plus haut, il est souvent difficile pour les personnels de se défaire d'habitudes « sanitaristes ». Ils sont de mieux en mieux formés pour tenter de sauvegarder au maximum la dignité et l'intimité de leurs résidents dans leurs actes quotidiens. Petit à petit, dans certains établissements, la « tournée des douches » du matin se fait en fonction du rythme du lever des personnes, celles-ci peuvent venir prendre leur petit-déjeuner dans une plage horaire

²⁸⁶ Enquête EHPA 2007, volet « Résidents », DREES, 2007, p. 42.

²⁸⁷ La mise en œuvre de cette possibilité est très variable d'un établissement à l'autre. Certains disposent même d'une salle dédiée à cet effet.

²⁸⁸ ANESM, « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, ANESM, Saint-Denis, 2009, p. 12.

et non plus au son de la cloche. D'autres encore acceptent que la périodicité d'entretien de la chambre et du linge soit adaptée en fonction des habitudes précédentes des résidents. L'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) recommande une organisation personnalisée du rythme et des actes de la vie quotidienne, du lever au coucher. Dans l'EHPAD où nous avons conduit la majorité de nos entretiens, le personnel de nuit couche les personnes en fonction de leur souhait, sans horaire butoir²⁸⁹.

Fréquemment, dans les structures, le point épineux reste, pour les professionnels, mais surtout pour les résidents, la question du repas. Il représente, notamment en France, un vecteur fort de lien social, un symbole important d'appartenance à une communauté. L'ANESM insiste fortement sur le sujet, tant du point de vue du cadre : « *l'aménagement de la salle à manger participe au caractère agréable du repas [...], il est souhaitable [que celui-ci] soit proche de celui du modèle domestique ou du modèle hôtelier, par opposition au réfectoire des cantines scolaires.*²⁹⁰ », que du point de vue social : « *manger ne peut se réduire à l'unique satisfaction d'un besoin primaire et physiologique. En EHPAD l'alimentation a un rôle tout à fait original parce qu'il est au croisement du soin et de la convivialité mais également parce qu'il peut permettre à la personne d'être en lien avec l'extérieur.* »²⁹¹

Or, ce temps est souvent mal vécu, voire redouté, par les résidents. Ceux-ci sont « placés » par le personnel qui doit presque quotidiennement résoudre un véritable casse-tête. Les personnes âgées se désolent du choix de leurs commensaux : un tel n'a pas de conversation, un autre est complètement sourd, une autre se plaint en permanence ou encore renverse la moitié de son repas sur ses genoux. Ses temps sont longs et parfois épuisants pour eux, les poussant à tenir des propos très violents à l'égard des autres, ou à se refermer sur eux-mêmes pour supporter²⁹². « *Cette contrainte institutionnelle souligne en creux la difficulté de l'institution à penser que les résidents sont capables de créer du lien social, de le densifier par eux-mêmes. Elle les place de fait en position d'assistés, de mineurs, soumis à des règles qu'ils n'ont pas toujours contribué à produire. Bien que définis comme citoyens [...], très peu de directeurs laissent aux personnes âgées la responsabilité de la vie collective, de leur vie sociale au sein de la maison.*

²⁸⁹ Ce qui reste encore très rare pour ce type de structure.

²⁹⁰ ANESM, « Qualité de vie en EHPAD (volet 2)... », *op. cit.*, p. 30.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 32.

²⁹² Nous consacrerons une partie à ce temps spécifique dans la partie analyse : « Les repas, une violence symbolique et verbale », p. 283.

Dans les lieux collectifs, c'est le plus souvent l'institution qui définit le bon usage de l'espace et qui pilote les activités qui s'y déroulent pour des raisons d'utilisation optimale du personnel. L'individualisation, qui exerce des effets dans les espaces privés, est donc en quelque sorte compensée par un mouvement inverse de « communalisation » dont l'exercice par l'institution n'est jamais aussi clair que dans l'obligation faite aux résidents de prendre leurs repas en commune.²⁹³ »

Dans l'assouplissement des règles de la vie quotidienne, au profit d'un plus grand respect des choix et de l'intimité des personnes, il faut noter que les familles ont joué un rôle important. Prévues, là aussi par la loi, leur présence et leur intervention sont souvent efficaces auprès des personnels : elles ne craignent pas de faire valoir le statut de client de leur parent. Elles tiennent pour la plupart à ce que leur parent retrouve en institution une vie la plus proche possible de celle qu'il connaissait auparavant. Les personnes âgées hésitent souvent à avancer des revendications auprès de leur structure d'hébergement, quelques fois par peur d'éventuelles représailles. Leurs enfants n'ont pas cette appréhension et surtout ils sont en contact permanent avec l'extérieur, et la renommée d'un établissement se fait et se défait beaucoup par le bouche à oreille²⁹⁴.

L'adaptation du quotidien aux personnes qui y vivent n'est pas une chose facile à mettre en œuvre. La lourdeur de la gestion humaine (notamment des plannings), administrative et financière et la persistance de modalités de fonctionnement très anciennes rendent la tâche ardue, alors même que bon nombre de professionnels regrettent de ne pas avoir plus de temps et plus de moyens pour accompagner au mieux les personnes. Certains établissements, particulièrement ceux rattachés à un hôpital, continuent à travailler de manière très « collectivisée » : levers communs, horaires de repas décalés (parfois les dîners sont servis à 18, voire 17 heures) uniquement du fait des horaires de rotation des personnels. En effet, la condition pour que les temps et les espaces de l'institution s'articule autour de la personne âgée est de bouleverser les horaires de travail et, par ricochet, de la vie privée de ceux qui sont au service quotidien des résidents. La suppression des horaires dits « en coupée » et l'instauration des journées continues de dix heures (considérés par les professionnels comme des gains importants en termes de qualité au travail) induisent quasi automatiquement une rigidité de l'organisation.

²⁹³ Mallon I., *La récréation d'un chez-soi par les personnes âgées en maison de retraite*, Thèse de doctorat : sociologie, Université Paris 5, 2001, p. 136-137.

²⁹⁴ Cet aspect, bien connu dans le monde rural, sera traité de manière plus détaillée en aval.

3.2.2.3 Adaptation de l'architecture des bâtiments et de leur implantation

Nous terminerons cette partie par la transformation, pour ne pas dire la métamorphose, de l'architecture et de l'implantation des bâtiments. Le mouvement d'humanisation a conduit à des évolutions radicales, tant vis-à-vis des espaces privés que des espaces collectifs : il a commencé par la suppression progressive des chambres doubles²⁹⁵ (sauf pour les couples). Les établissements sont enjoins à faciliter la transition entre les espaces privés et collectifs, notamment en créant une frontière lisible entre les deux : les éléments de personnalisation du logement privatif permettent de la matérialiser clairement. « *La transition est facilitée par l'aménagement des espaces de circulation. S'ils permettent de se déplacer, ils ont d'autres usages et permettent, par exemple, de rencontrer d'autres personnes (résidents, personnel, etc.), d'observer la vie de l'établissement, etc.* »²⁹⁶ Aujourd'hui, bon nombre de structures ont appliqué ces recommandations en permettant aux résidents de personnaliser leur logement (cadre, petits meubles...) et de signaler son caractère privatif avec notamment l'inscription du nom des personnes, souvent associé à un cadre ou une image, sur la porte.

Les nombreux items de recensement des locaux dans l'enquête EHPA sont tout à fait éclairants au sujet des chambres et de leur possibilité d'individualisation : taille, sanitaires et salle d'eau individuels, prise de téléphone, téléviseur et internet, fenêtre et occultation, accessibilité et protection, climatisation... Egalement à l'égard de l'aménagement d'espaces dédiés à des services : salon, chambre d'accueil pour les familles, pièces pour les activités, salon de coiffure et d'esthétique, jardin aménagé, salle multimédia, cuisine relais ; ou pour des soins spécifiques : espace de soins ou de kinésithérapie, salle multisensorielle, salle de bains spécifique (balnéothérapie), chambre de fin de vie, etc.

La rénovation architecturale est censée permettre aussi l'ouverture des structures vers l'extérieur et de faciliter la continuation de la vie sociale des personnes hébergées. Les diverses circulaires d'application²⁹⁷ invitent les gestionnaires à penser l'implantation des nouveaux bâtiments pour promouvoir cette dimension dans le but de permettre aux résidents de rester au voisinage des lieux où ils ont vécu et de privilégier le centre des bourgs ou des villes. En outre,

²⁹⁵ Il convient ici de noter que pour certaines personnes, la suppression des chambres doubles n'est pas toujours un avantage. En fait d'aucunes redoutent d'être seules et préfèrent vivre avec quelqu'un même si celui-ci n'est pas un proche.

²⁹⁶ ANESM, « Qualité de vie en EHPAD (volet 2)... », *op. cit.*, p. 29.

²⁹⁷ Voir notamment les recommandations de l'ANESM et de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité) en la matière.

les espaces de circulation doivent être adaptés à la population afin que les résidents puissent se déplacer aisément.

3.3 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en milieu rural

3.3.1 Les établissements pour personnes âgées en 2015

3.3.1.1 Caractéristiques générales

Rappelons que selon l'enquête EHPA réalisée par la DREES²⁹⁸, on compte, en France métropolitaine, 10 600 établissements pour personnes âgées et 752 000 places d'hébergement, au 31 décembre 2015. Ces structures accueillent 728 000 résidents, soit 35 000 personnes de plus qu'en 2011. Cette augmentation se situe principalement dans les EHPAD ; reflet d'une part, de l'évolution de la population des résidents (entrées à un âge plus avancé et à un degré de dépendance plus important) et d'autre part, des plans successifs de santé publique, tels que le plan Vieillesse et Solidarité de 2003, le plan Solidarité Grand Age (depuis 2007) et dans une moindre mesure le plan Alzheimer (2008-2012). En effet, ces programmes visaient à augmenter le nombre de places (soit près de 86 000 places depuis 2007²⁹⁹), mais surtout à « médicaliser » celles déjà existantes, c'est-à-dire à transformer les structures (foyer-logements, MARPA, maison de retraite³⁰⁰) en EHPAD. Pour toutes ces raisons, fin 2015, 80 % des résidents vivent en EHPAD.

Les établissements pour personnes âgées en milieu rural représentent près d'un quart de l'ensemble de ceux implantés en France métropolitaine et 18 % du nombre de places. La majorité d'entre eux sont des EHPAD (89 % contre 79 % pour l'ensemble du territoire français),

²⁹⁸ Les données présentées dans cette partie sont issues de l'enquête EHPA réalisée tous les quatre ans. Pour plus de précision, se reporter à l'annexe 5 : « Présentation de l'enquête EHPA de la DREES ».

Un traitement complémentaire a été réalisé à notre demande par le personnel de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté afin de différencier les structures implantées en milieu rural. L'analyse des données a été réalisée par nos soins. Nous avons choisi un certain nombre de variables de cette enquête qui apparaissaient comme les plus significatives pour caractériser les établissements pour personnes âgées en milieu rural.

²⁹⁹ Source : CNSA. Consultable en ligne : <http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/plans-de-sante-publique/plan-solidarite-grand-age> Consulté le 20 février 2018.

³⁰⁰ Pour plus de précision, voir annexe 6 : « Présentation des différents types d'établissement pour personnes âgées »

plus de la moitié sont des établissements publics³⁰¹ (57 % contre 49 %). Cette prédominance des EHPAD en milieu rural devrait se poursuivre puisque 90 % des entrées s'effectuent dans ce type de structure. On note également qu'ils sont, en moyenne, de plus petite taille : soixante-sept places contre quatre-vingt-une pour l'ensemble de la France.

Tableau 10 : Place des établissements d'hébergement pour personnes âgées implantés en communes rurales, décembre 2015 (%)

	En nombre d'établissements	En nombre de places
Part des établissements ruraux dans l'ensemble des établissements	22	18
Part des EHPAD dans l'ensemble des établissements	68	79
Part des EHPAD ruraux dans l'ensemble des établissements ruraux	77	89
Part des établissements publics dans l'ensemble des établissements	55	55
Part des établissements publics en rural	54	57
Part des EHPAD publics dans l'ensemble des EHPAD	45	49
Part des EHPAD publics ruraux dans l'ensemble des EHPAD ruraux	54	57

Part des entrées en EHPAD dans l'ensemble des établissements	83
Part des entrées en EHPAD dans l'ensemble des établissements ruraux	90
Part des entrées (rurales) dans l'ensemble des établissements	17

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

³⁰¹ L'enquête EHPA 2015 ne permet pas de distinguer les USLD privées et publiques. Nous avons fait le choix ici de les considérer tous comme publiques, car les USLD privées ne représentent que 12 % des structures (source : enquête SAE, DREES, 2016).

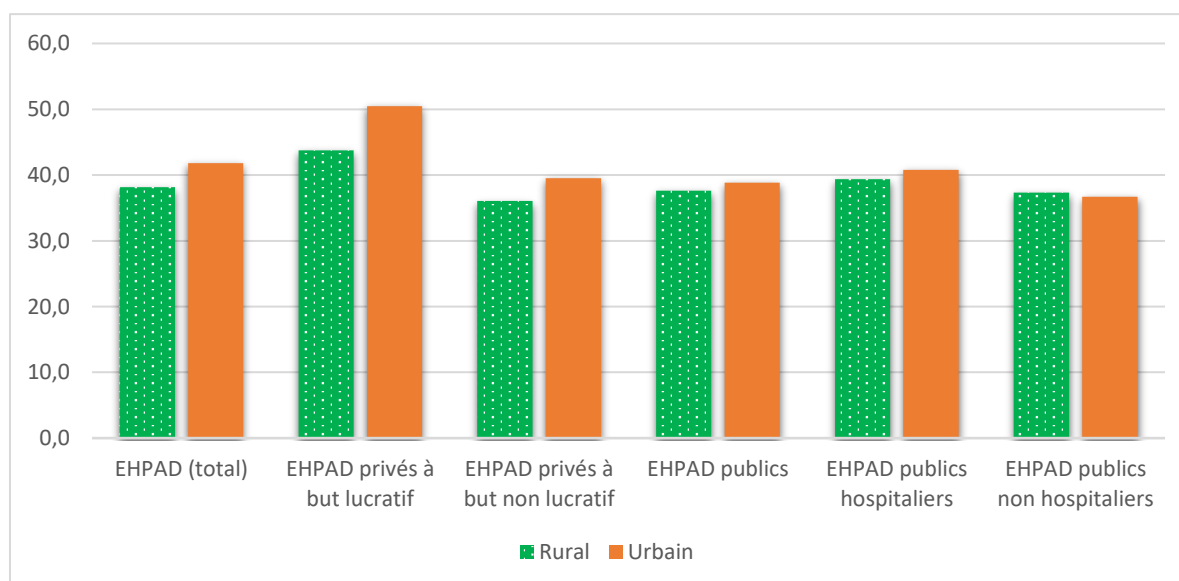
Tableau 11 : Répartition des EHPAD et de leur nombre de places installées selon leur statut et leur commune d'implantation décembre 2015

	Etablissement				Places			
	Communes rurales		Communes urbaines		Communes rurales		Communes urbaines	
	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)	Effectifs	(%)
EHPAD privés à but lucratif	308	17	1 448	26	19 157	16	112 429	24
EHPAD privés à but non lucratif	518	29	1 745	32	33 070	27	137 011	29
EHPAD publics	986	54	2 334	42	68 815	57	225 887	48
dont publics hospitaliers	137	8	1 033	19	10 303	9	118 272	25
dont publics non hospitaliers	849	47	1 301	24	58 512	48	107 615	23
Total des EHPAD	1 812	100	5 527	100	121 042	100	475 327	100

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

Autre caractéristique significative pour l'ensemble des types d'EHPAD : le taux de renouvellement³⁰² par année est plus faible en rural qu'en zone urbaine, sauf pour les EHPAD publics non hospitaliers (37,3 % contre 36,7 %). Toutefois, cette différence s'inverse pour les logements-foyers et les EHPA :

Graphique 2 : Taux de renouvellement dans l'année en EHPAD (%)



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

³⁰² Le taux de renouvellement dans l'année a été calculé en rapportant le nombre d'entrées par an au nombre de places installées.

Concernant le statut des établissements, les différences sont importantes puisque les EHPAD privés à but lucratif « renouvelent » la moitié de leurs places dans l'année, contre seulement 37 % en EHPAD publics. Cette singularité peut être en grande partie expliquée par le coût des structures, l'âge à l'entrée et l'état des personnes à leur arrivée (cf. *infra*).

3.3.1.2 Tarifs

Le coût total d'une place en établissement est composé de trois tarifs journaliers³⁰³ :

- Un tarif « soins » qui est entièrement à la charge de l'Assurance maladie ;
- Un tarif « dépendance », à la charge du résident et qui peut être en partie pris en charge par le Conseil départemental dans le cadre de l'aide personnalisée d'autonomie (APA) ;
- Un tarif « hébergement » à la charge du résident qui, selon ses revenus, peut ouvrir droit à une aide sociale à l'hébergement (cf. *infra*).

Ces trois tarifs sont uniquement applicables aux EHPAD et aux USLD conventionnés. A titre d'exemple, un logement-foyer qui ne dispense ni soin, ni prise en charge de la dépendance ne facture que le coût de l'hébergement. Ce dernier recouvre les prestations d'hôtellerie, d'administration générale, d'entretien et d'animation.

Pour cette raison, nous avons choisi d'effectuer des comparaisons uniquement entre les tarifs hébergement, d'autant plus que celui-ci est le seul qui reste en majeure partie à la charge des résidents (hors aide sociale à l'hébergement et allocation logement³⁰⁴). En fonction du statut de l'établissement et des ressources de la personne, deux types d'aides peuvent être apportées : l'aide au logement octroyée par la Caisse d'allocations familiales (CAF) ou la Mutualité sociale agricole (MSA) et l'aide sociale à l'hébergement dont le montant et les conditions d'attribution sont déterminés par chaque département. Cette dernière est considérée comme une avance qui peut être récupérée par le département dans certains cas : auprès des obligés alimentaires, auprès du bénéficiaire si sa situation financière s'est améliorée ou par recours sur succession (pouvant aller jusqu'aux arrière-petits-enfants). La quasi-totalité des bénéficiaires de cette aide

³⁰³ Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 7 : « Tarification des établissements et aides ».

³⁰⁴ *Idem*.

est constituée de personnes seules³⁰⁵ car celles-ci ont généralement moins de ressources que celles vivant en couple.

Le coût de l'hébergement des établissements est très variable selon leur implantation géographique, l'ancienneté de leur bâti, leur statut juridique et leur habilitation ou non à l'aide sociale. Ainsi, en 2015, en moyenne et aux deux extrêmes, le coût journalier de l'hébergement varie de 75 euros pour une place en EHPAD privé à but lucratif non habilitée à l'aide sociale contre 56 euros pour une place en EHPAD public non habilitée à l'aide sociale, soit un surcoût de 34 %. Pour les places habilitées à l'aide sociale, la différence (5,7 %) est moins nette avec respectivement 57 euros pour une place en EHPAD privé à but lucratif et 53 euros en EHPAD public. Cela se justifie par le fait que ce tarif est réglementé par les Conseils départementaux. Lorsqu'on analyse la variable géographique d'implantation de la structure, les écarts sont également importants puisque, pour tout statut d'EHPAD confondu, la différence de coût entre rural et urbain est d'un peu plus de trois euros par jour (soit 1 145 euros par an) pour les places habilitées à l'aide sociale. Cette différence est trois fois plus importante pour les places non habilitées (soit 9 euros par jour et 3 372 euros par an). Ainsi, si on croise statut de l'établissement et implantation géographique, la facture par jour d'hébergement pourra aller de 76 euros (EHPAD privé à but lucratif urbain) à 52 euros (EHPAD public rural), soit une différence de près de 9 000 euros par an³⁰⁶. Dans un contexte où les personnes auraient la possibilité et le temps de choisir leur futur lieu de vie, en fonction de leurs aspirations, de leurs besoins et de leurs ressources, ces disparités pourraient ne pas poser de problème. Malheureusement, en France, et tel que nous l'avons décrit plus haut, le choix que peuvent opérer les personnes est souvent très limité, voire inexistant. La majorité des personnes entrent en urgence en établissement : d'une part, l'entrée fait souvent suite à une hospitalisation qui laisse très peu de temps pour « choisir » et d'autre part, les établissements sont saturés (le taux d'occupation est de 98 % dans le secteur public et de 95 % dans le secteur privé à but lucratif). Aussi, les personnes n'ont bien souvent pas d'autre option que de prendre la place disponible

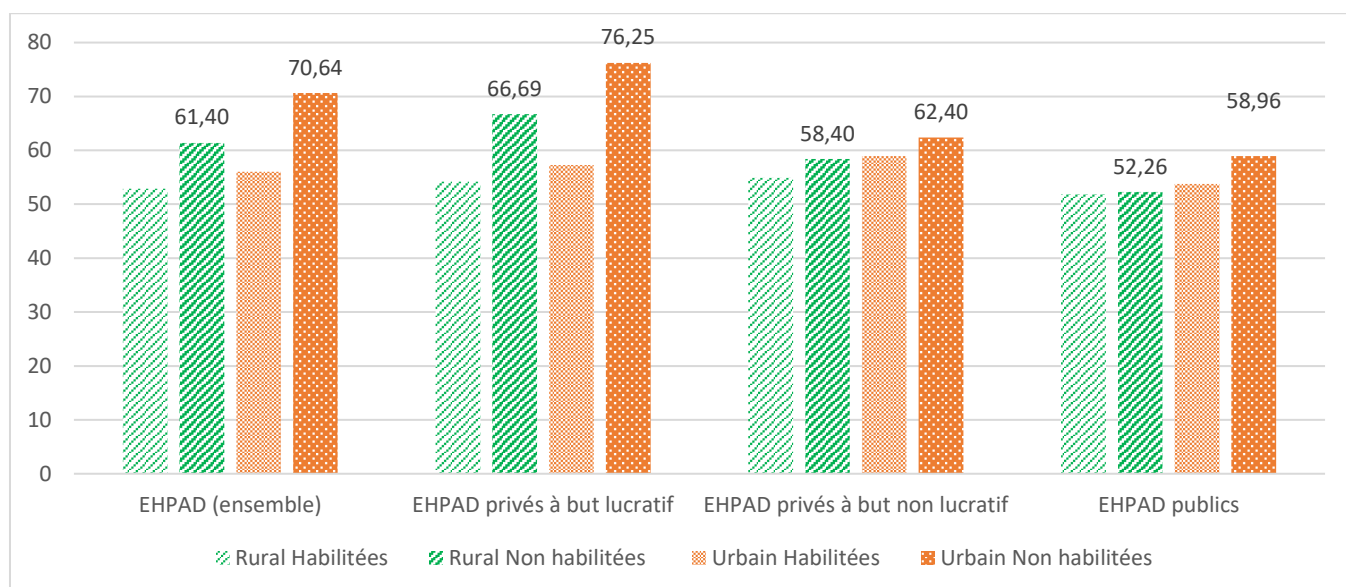
³⁰⁵ En 2011, 92 % des personnes bénéficiaires de l'ASH sont des personnes seules (Bérardier M., « Aide sociale à l'hébergement et allocation d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », *Etudes et résultats*, DREES, n° 909, mars 2015).

³⁰⁶ Sur la base des moyennes tarifaires. Pour plus de détails voir annexe 8 : « Différence du coût de l'hébergement urbain-rural en EHPA » avec trois graphiques présentant les différences de coûts journaliers, mensuels et annuels selon le statut des établissements et l'habilitation ou non de leurs places.

au moment de leur demande. Lorsque celle-ci se trouve dans un établissement privé, la personne est parfois contrainte de l'accepter en attendant³⁰⁷ qu'une place moins chère se libère.

Le coût de l'hébergement en EHPAD est en constante augmentation : « Depuis 2011, les tarifs journaliers liés à l'hébergement ont en moyenne augmenté de 4,20 euros dans les EHPAD, passant de 55,10 à 59,309 euros TTC en moyenne fin 2015, soit une augmentation près de trois fois supérieure à celle de l'inflation observée pour cette période (+7,6 % et +2,8 % respectivement).³⁰⁸ ». Avec la baisse globale du niveau de vie, des trajectoires professionnelles de moins en moins stables, l'augmentation du nombre de personnes vivant en couple en EHPAD... ces différents facteurs ne pourront que conduire à des situations de plus en plus difficiles pour les résidents, leurs familles et les établissements d'hébergements.

Graphique 3 : tarif hébergement journalier (en euros), en 2015



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

³⁰⁷ Attente qui peut s'avérer très longue, puisqu'à l'EHPAD rattaché au CHU de Dijon, le délai peut aller jusqu'à deux ans.

³⁰⁸ Muller M., « L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre », *Les dossier de la DREES*, septembre 2017, n°20, p.4.

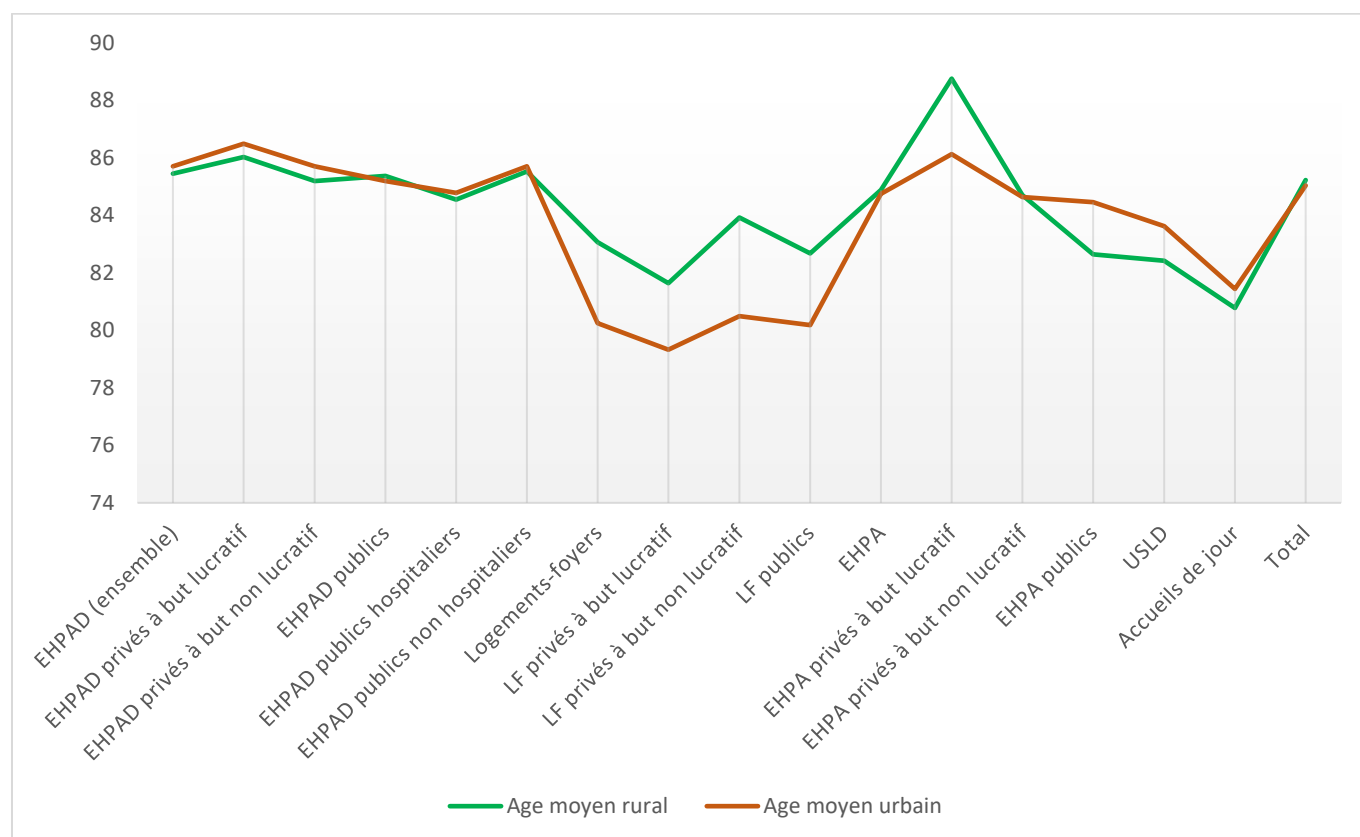
3.3.2 Les résidents en 2015

3.3.2.1 Les personnes entrées en 2015

Les entrées en établissement se font de plus en plus tardivement : en 2015, l'âge moyen est de 85 ans et 2 mois, soit près d'un an de plus qu'en 2011. On note des disparités selon le type de structure avec un écart de 5 ans entre les EHPAD (85 ans et 8 mois) et les logements-foyers (80 ans et 9 mois). L'âge médian d'entrée en EHPAD est de 87 ans.

En revanche, il existe assez peu de différence d'âge entre les personnes entrant en milieu urbain ou rural, sauf pour les logements-foyers et les EHPA privés à but lucratif, où les nouveaux résidents sont en moyenne plus âgés en rural.

Graphique 4 : âge moyen à l'entrée en établissement en 2015



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

Les nouveaux résidents sont globalement plus dépendants en 2015 : « La proportion de personnes nouvellement entrées avec une faible dépendance (GIR 5 et 6) passe de 17 % en

2011 à 15 % en 2015. Néanmoins, la part de personnes lourdement dépendantes (GIR 1 et 2) au sein des entrants reste stable entre les deux dates.³⁰⁹ »

Le recul de l'âge à l'entrée et l'augmentation du niveau de dépendance sont la traduction, à la fois, des mesures de politiques publiques, qui privilégient très largement le maintien à domicile, et le reflet de l'évolution générale de la population avec une part plus importante d'arrivées aux grands âges des personnes nées après la Première Guerre mondiale.

Plus de la moitié des personnes entrées en établissement en 2015 vivait précédemment dans un logement privé (soit en domicile personnel soit chez un proche), près d'un cinquième venait d'un service de soins de suite et de réadaptation et près d'un cinquième d'un autre établissement d'hébergement. L'accueil familial³¹⁰ reste encore très confidentiel comme mode d'hébergement (0,36 %) des entrants.

Tableau 12 : répartition des résidents entrés en 2015 en établissement rural selon leur type d'hébergement antérieur (en %)

Type d'hébergement	(%)
Domicile privé ou d'un proche	52,5
Accueil familial agréé	0,7
Autre établissement d'hébergement *	11,3
Soins de longue durée	1,0
Service de soins de suite et de réadaptation d'un établissement de santé	10,4
Unité cognitivo-comportementale (UCC)	0,2
Unité de court séjour (médecine, chirurgie)	7,3
Établissement psychiatrique ou pour adultes handicapés	4,6
Autres	1,8
Ne sait pas	3,8
N.R.	6,3
Ensemble	100,0

*Logement-foyer, maison de retraite non EHPAD, maison de retraite médicalisée, EHPAD (hors UHR), UHR d'une maison de retraite médicalisée ou d'un EHPAD.

Source : enquête EHPA 2015, DREES.

³⁰⁹ Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1015, juillet 2017, p.6.

³¹⁰ L'accueil familial est un mode d'hébergement temporaire ou définitif. Les accueillants familiaux sont agréés par le Conseil départemental et accompagnent, aident dans les gestes de la vie quotidienne, dans leur propre logement des personnes âgées ou handicapées, moyennant rémunération.

Les résidents âgés de moins de 70 ans sont considérés, au regard de la population étudiée, comme jeunes. En proportion, ils arrivent moins fréquemment de leur domicile et plus souvent d'autres institutions : « près de 13 % d'entre eux arrivent d'établissements psychiatriques ou destinés à l'accueil d'adultes handicapés. Chez les nouveaux résidents de 70 ans ou plus, ce parcours est peu fréquent (1 %).³¹¹ ». Pour l'ensemble des résidents des établissements en milieu rural, ce type de parcours est nettement plus fréquent (4,6 % pour la totalité des entrants). On verra plus loin que cette catégorie spécifique de personnes est également plus importante parmi les personnes déjà hébergées en communes rurales.

3.3.2.2 Les résidents hébergés en 2015

a) Age et sexe

Les résidents hébergés en 2015 sont également plus âgés qu'en 2011, notamment dans les EHPAD qui accueillent les personnes les plus vieilles, soit en moyenne 86 ans et 5 mois ; la moitié d'entre eux a plus de 88 ans et un quart plus de 92 ans. En quatre ans, la part de la population totale résidant en institution diminue dans chaque classe d'âges, sauf pour les personnes de plus de 95 ans, signe que l'augmentation du nombre de personnes âgées en établissement est moins importante que celle observée dans la population générale.

Les femmes y sont largement majoritaires (plus des trois quarts), sauf aux âges jeunes (moins de 70 ans). Elles ont en moyenne 87 ans et les hommes 82 ans et 3 mois, ce qui correspond globalement à la différence d'espérance de vie entre les deux sexes (en 2015, l'espérance de vie d'une femme à 60 ans est de 27,3 ans et de 22,9 ans pour un homme³¹²).

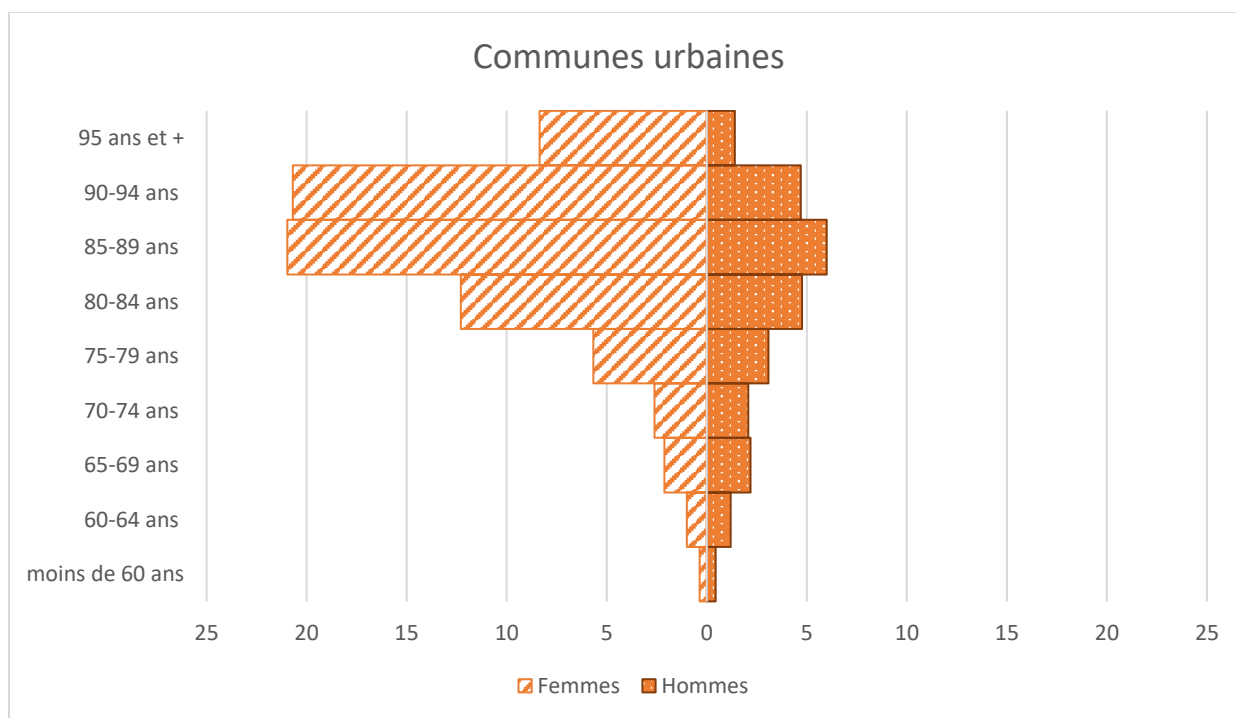
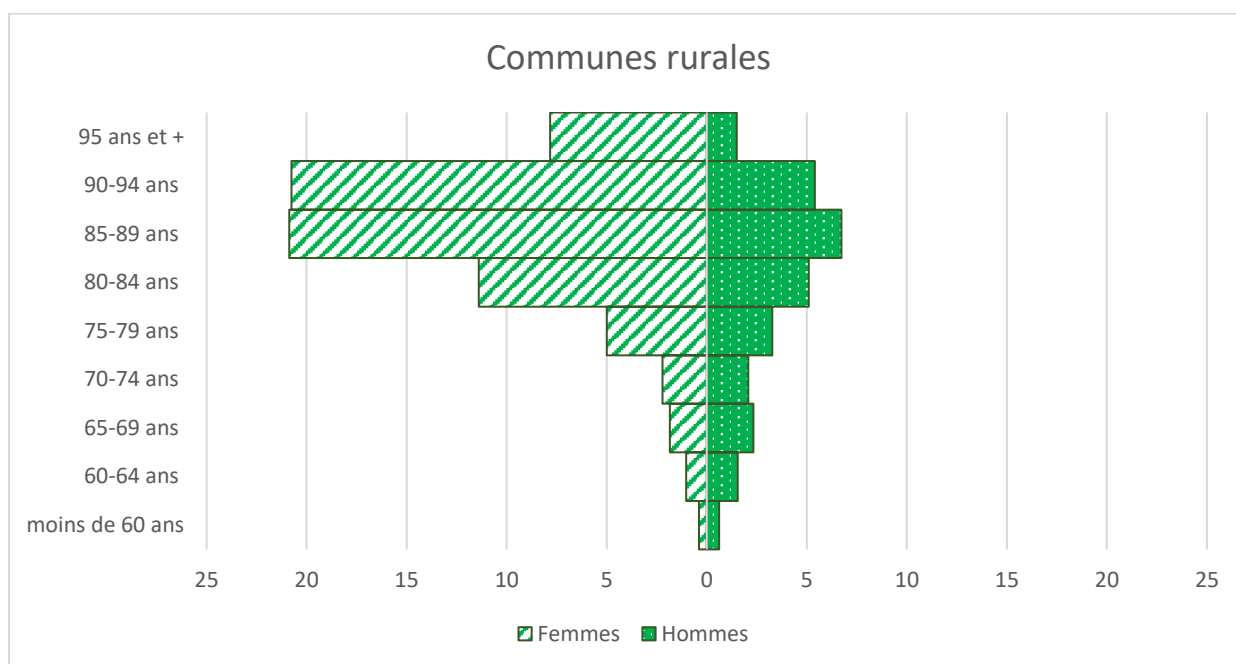
Dans les établissements implantés en milieu rural la part des personnes jeunes est plus importante, notamment chez les hommes : ceux qui ont moins de 70 ans représentent 4,5 % de la population totale contre 3,8 % en urbain. Cette différence implique un surcoût en termes de charge de travail pour le personnel puisque « 42 % des personnes âgées de moins de 70 ans vivant en EHPAD sont très dépendantes (GIR 1 et 2) [et] 89 % ont des troubles de la cohérence.³¹³ »

³¹¹ Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement... », *op. cit.*, p.6.

³¹² Source : Martial F., Naudy-Fesquet I., Roosz P., Tronyo J., « Tableaux de l'économie française 2016 », *Collection Insee Références*, INSEE, 2016, p. 34.

³¹³ Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement... », *op. cit.*, p. 4 et 5.

Graphique 5 : Répartition des résidents par tranches d'âge et sexe (%) selon la commune d'implantation de l'établissement en 2015



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

b) Situation familiale

Généralement, les personnes hébergées n'ont pas ou plus de conjoint (81 %). Cette majorité est toutefois à nuancer en fonction du sexe puisque les hommes sont plus du double à avoir encore leur conjointe (31 %) contre seulement 15 % des femmes. On note également des disparités selon le type de commune d'implantation de l'établissement : la part de personnes vivant seules est encore plus importante (88 % des femmes et 75 % des hommes) en milieu rural, ce qui induit, ici aussi une prise en charge différente pour les personnels travaillant dans ce type d'institution, car les familles sont nombreuses à continuer d'apporter leur soutien à leur parent résident. Globalement, les couples vivant en établissement sont très rares (moins de 5 %), avec là encore une nette différence entre les femmes et les hommes, ces derniers étant presque trois plus nombreux à être hébergés avec leur conjointe :

Tableau 13 : Situation familiale des résidents selon la commune d'implantation en 2015

Type de commune	Situation familiale	Femmes (en %)	Hommes (en %)
Rurale	Personne dont le conjoint ne vit pas dans l'établissement	5	12
Rurale	Personne dont le conjoint vit également dans l'établissement	3	8
Rurale	Personne sans conjoint (y compris si le conjoint est décédé)	88	75
Rurale	Non renseigné	4	4
Rurale	Ensemble	100	100
Urbaine	Personne dont le conjoint ne vit pas dans l'établissement	6	17
Urbaine	Personne dont le conjoint vit également dans l'établissement	3	8
Urbaine	Personne sans conjoint (y compris si le conjoint est décédé)	85	68
Urbaine	Non renseigné	7	7
Urbaine	Ensemble	100	100

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

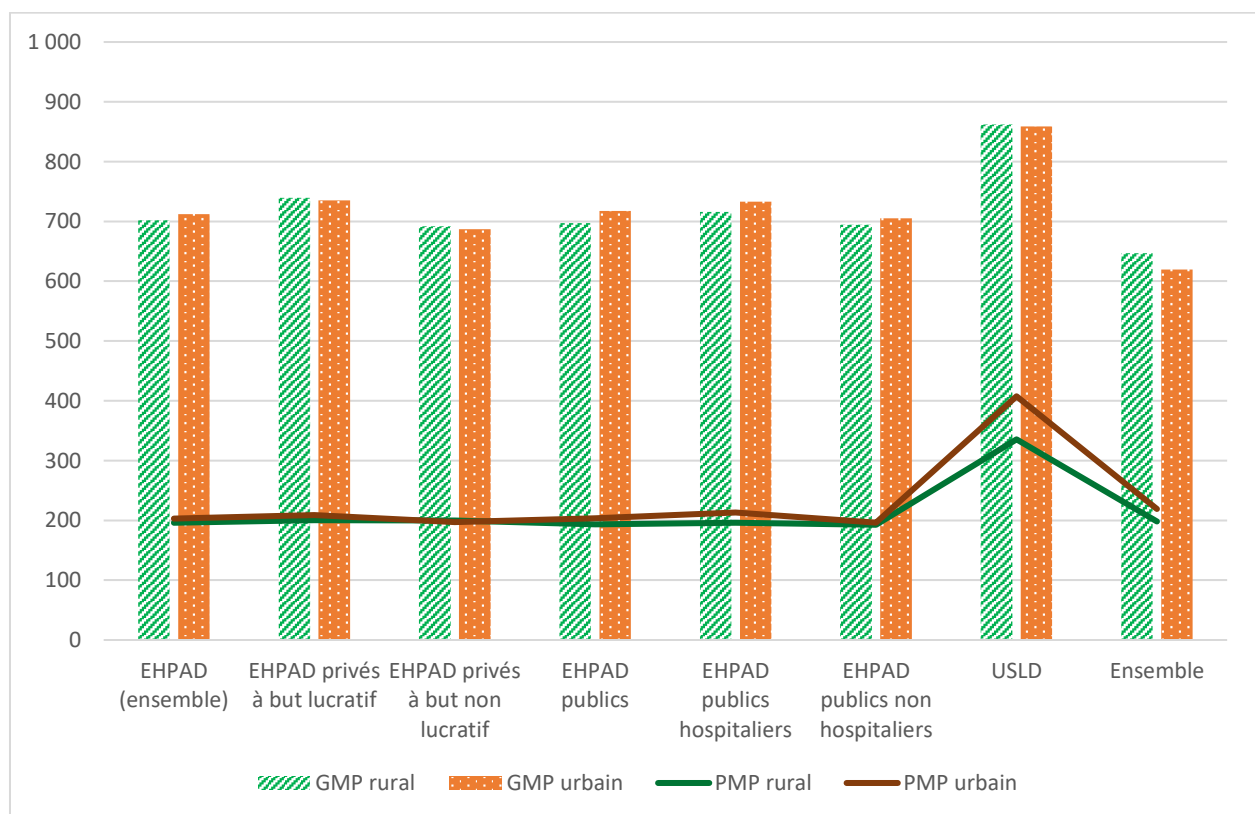
c) Dépendance

Le niveau de dépendance des résidents s'est également accru en quatre ans puisque, pour l'ensemble des établissements, 83 % des personnes sont considérées comme dépendantes³¹⁴ en

³¹⁴ GIR 1 à 4.

2015 contre 81 % en 2011. Bien que cette hausse touche tout type de structure, celle-ci est plus marquée en EHPAD : le GIR moyen pondéré³¹⁵ (GMP) passe de 689 à 710 entre 2001 et 2015. Ce sont les USLD qui accueillent la plus grande part de personnes lourdement dépendantes (GMP à 859) dont « 40 % d'entre elles sont confinées au lit et souffrent d'une grave altération de leurs fonctions mentales.³¹⁶ » Cette part est encore plus importante pour les USLD installées dans les communes rurales (862). Pour l'ensemble des établissements, le GMP des établissements ruraux est plus important que celui enregistré en zone urbaine (respectivement 647 et 620), avec des disparités selon le type de structure. Ce sont principalement les logements-foyers et les EHPA ruraux qui font augmenter cette moyenne, ce qui indique très probablement la nécessité de médicaliser une partie de ces structures dans les communes rurales.

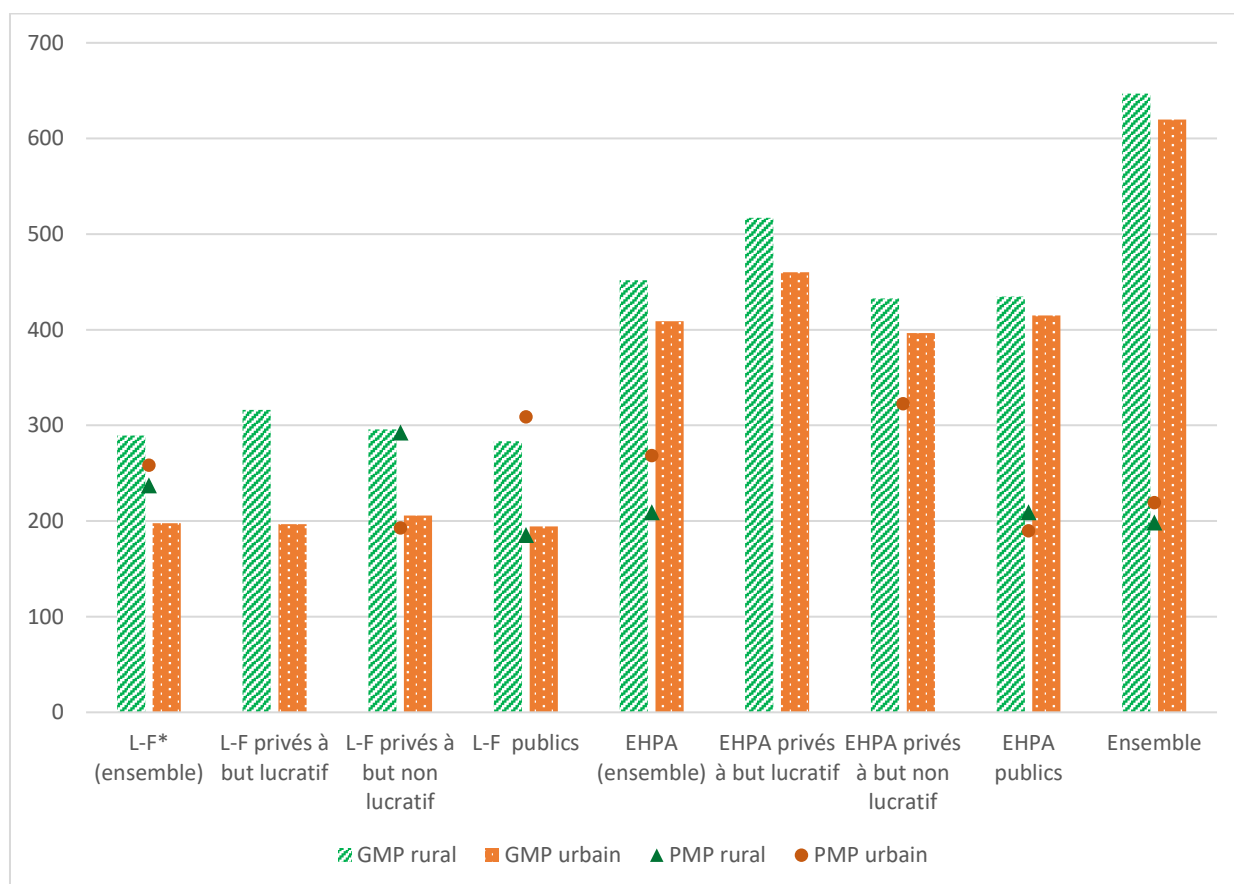
Graphique 6 : GMP et PMP des EHPAD et USLD selon le type de communes (2015)



³¹⁵ Le GIR moyen pondéré traduit le niveau moyen de dépendance de l'ensemble des résidents d'un établissement. Il est dit pondéré car plus le niveau de dépendance d'une personne est important plus il aura de poids dans le calcul de cette moyenne. Le GMP suit une échelle allant jusqu'à 1 000, valeur qui correspond à un établissement où tous les résidents seraient classés en GIR 1. Le Pathos moyen pondéré est calculé en fonction des types de pathologies des résidents. Le PMP (Pathos moyen pondéré) est calculé selon la même logique. Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 9 : « Evaluation du GIR et du PATHOS »

³¹⁶ Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement... », *op. cit.*, p. 3.

Graphique 7 : GMP des autres établissements selon le type de communes (2015)



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

*L-F : Logements-foyers

En milieu rural les EHPAD accueillent la quasi-totalité des personnes les plus dépendantes, classées en GIR 1 à 4 (soit 95 %), plus de la moitié vive en EHPAD publics, un quart en EHPAD privés à but non lucratif et un sixième en EHPAD privés à but lucratif. Cette répartition est moins tranchée en zone urbaine, avec toujours un quart des personnes classées GIR 1 à 4 vivant en EHPAD privés à but non lucratif, mais 21 % en privé à but lucratif et 42 % dans le secteur public. Cela s'explique du fait d'une offre plus présente des établissements privés à but lucratif dans les communes urbaines (voir plus haut dans cette partie : tableau 11 « Répartition des EHPAD et de leur nombre de places installées selon leur statut et leur commune d'implantation »).

d) Hospitalisation

Les personnes hébergées en institution ont été hospitalisées en moyenne dix-sept jours durant l'année 2015. Les résidents ayant passé le plus de temps à l'hôpital sont ceux vivant en

logements-foyers, (ce qui peut s'expliquer par l'absence de personnel médical dans ce type de structure), en EHPAD publics hospitaliers³¹⁷ et en USLD (ce qui peut s'expliquer du fait de l'état de santé de la population accueillie).

En milieu rural, les personnes vont globalement plus souvent à l'hôpital, toute catégorie d'établissements confondus³¹⁸. On verra plus loin que ces structures comptent moins de personnel médical et paramédical qu'en zone urbaine, ce qui peut expliquer en partie cette différence.

Tableau 14 : Nombre moyen de jours d'hospitalisation par type d'établissement et commune d'implantation

	Rural	Urbain	Total
EHPAD (ensemble)	16	15	15
EHPAD privés à but lucratif	12	11	11
EHPAD privés à but non lucratif	14	13	13
EHPAD publics	17	19	18
dont EHPAD publics hospitaliers	27	24	25
dont EHPAD publics non hospitaliers	16	14	15
Logements-foyers (ensemble)	26	24	24
Logements-foyers privés à but lucratif	22	20	20
Logements-foyers privés à but non lucratif	26	22	23
Logements-foyers publics	26	24	24
USLD	19	53	53
Accueils de jour	24	6	7
Ensemble	16	17	17

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

e) Sorties

Les personnes sorties de leur établissement en 2015 y ont vécu en moyenne deux ans et cinq mois : la moitié d'entre elles est restée un peu plus d'un an, un quart moins de trois mois et un

³¹⁷ Nous émettons ici l'hypothèse que dans cette catégorie d'établissements et du fait de son implantation en structure hospitalière, les résidents sont plus souvent déplacés dans d'autres services hospitaliers quand leur situation de santé se dégrade. Cette hypothèse reste à confirmer.

³¹⁸ Sauf pour les USLD.

quart trois ans et huit mois. Les deux tiers des sorties (63 %) pour l'ensemble des structures, sont causées par le décès du résident, ce chiffre atteint 80 % en USLD et 68 % en EHPAD. « *En 2015, les personnes décédées en établissement avaient en moyenne 88 ans et 6 mois en 2015, contre 88 ans en 2011.*³¹⁹» Les personnes dont le séjour est le plus court, sont celles qui quittent l'institution à leur demande où à celle d'un proche.

La durée du séjour est plus longue pour les femmes que pour les hommes : celles sorties en 2015 ont vécu en institution en moyenne deux ans et neuf mois contre deux ans pour les hommes.

Le type de structure influence également le temps passé en établissement, ce qui est compréhensible du fait des caractéristiques d'âge et de dépendance du public accueilli. Ainsi, une personne sortie en 2015 d'un logement-foyer y aura vécu en moyenne quatre ans et neuf mois, contre deux ans et cinq mois en EHPAD et seulement un an et sept mois en USLD.

Tableau 15 : Nombre et durée de séjours des résidents sortis en 2015, selon la catégorie d'établissement

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de sorties définitives	Durée de séjour					
		Femmes	Hommes	Ensemble			
		Moyenne	Moyenne	Moyenne	Quartile inférieur	Médiane	Quartile supérieur
EHPAD	223 380	2 ans et 9 mois	2 ans	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 7 mois
EHPAD privés à but lucratif	57 790	2 ans et 1 mois	1 an et 4 mois	1 an et 10 mois	1 mois	7 mois	2 ans et 7 mois
EHPAD privés à but non lucratif	59 930	2 ans et 11 mois	2 ans et 0 mois	2 ans et 8 mois	2 mois	1 an et 4 mois	3 ans et 11 mois
EHPAD publics hospitaliers	48 760	2 ans et 8 mois	2 ans et 1 mois	2 ans et 5 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 8 mois
EHPAD publics non hospitaliers	56 900	3 ans et 1 mois	2 ans et 4 mois	2 ans et 10 mois	3 mois	1 an et 7 mois	4 ans et 3 mois
Logements-foyers	17 930	5 ans et 1 mois	4 ans	4 ans et 9 mois	1 an et 1 mois	3 ans et 4 mois	7 ans et 2 mois
EHPA	4 120	1 an et 8 mois	1 an et 8 mois	1 an et 8 mois	1 mois	3 mois	2 ans et 2 mois
USLD	20 060	1 an et 10 mois	1 an et 3 mois	1 an et 7 mois	2 mois	6 mois	2 ans et 1 mois
Ensemble	265 490	2 ans et 9 mois	2 ans	2 ans et 6 mois	2 mois	1 an et 2 mois	3 ans et 8 mois

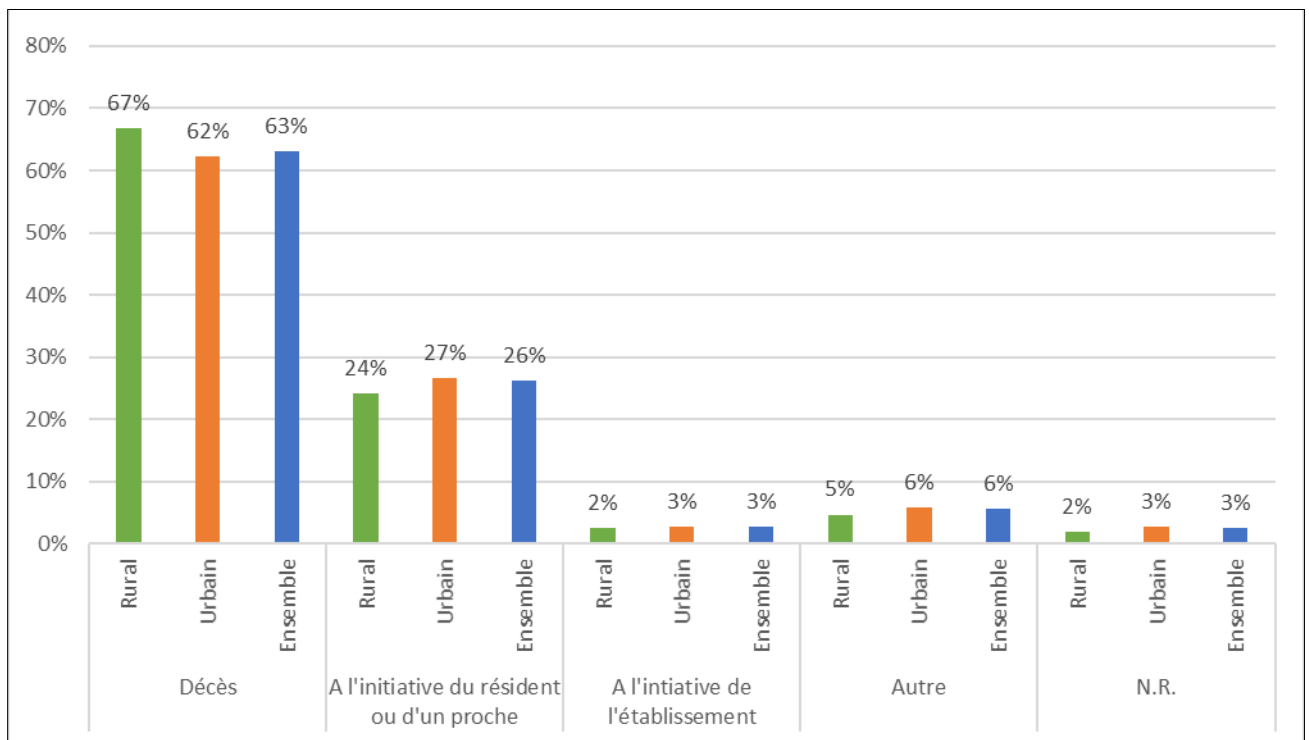
Champ • France métropolitaine, établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour. Résidents ayant quitté l'établissement en 2015.

Source • DREES, enquête EHPA 2015.

³¹⁹ Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement... », *op. cit.*, p 7.

En milieu rural, les personnes restent en moyenne quelques mois de plus, quel que soit le motif de leur sortie, sauf lorsqu'elles mettent fin à leur séjour de leur propre initiative ou à la demande d'un proche. En agrégeant les motifs de sorties³²⁰, on constate dans le graphique ci-dessous, que les sorties à l'initiative du résident ou de l'établissement sont moins nombreuses en milieu rural. S'agissant de celles initiées par la structure, pour défaut de paiement, elles ne représentent que 0,03 %.

Graphique 8 : motifs agrégés des sorties définitives selon le type de communes en 2015



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

³²⁰ L'enquête EHPA recense sept motifs différents de sortie :

- décès dans l'établissement, décès lors d'une hospitalisation ;
- décès lors d'une autre sortie temporaire ;
- départ volontaire à l'initiative du résident ou d'un proche ;
- fin d'un séjour volontaire à l'initiative du résident ou d'un proche ;
- résiliation du contrat de séjour à l'initiative de l'établissement en raison de l'inadaptation de l'état de santé aux possibilités d'accueil ;
- résiliation du contrat de séjour à l'initiative de l'établissement pour défaut de paiement.

Nous avons choisi ici de les regrouper pour une meilleure lisibilité du graphique ci-dessus.

3.3.3 Le personnel en 2015

3.3.3.1 Equivalent temps plein (ETP)

En 2015, plus de 500 000 personnes³²¹ travaillent en établissement auprès de 728 000 personnes âgées, soit un taux d'encadrement³²² d'un peu plus d'un salarié pour deux résidents (57 %).

Ce taux d'encadrement a augmenté de 3 % entre 2011 et 2015. Il reste toutefois assez faible, notamment si on le compare à celui des établissements pour personnes handicapées qui était, en 2014, de 79 équivalent temps plein pour cent places installées³²³.

Le taux d'encadrement en établissements pour personnes âgées varie considérablement selon la catégorie d'établissement et le statut juridique. Cette variation s'explique, en partie, par le type de population accueillie et notamment son niveau de dépendance. Ainsi, les logements-foyers, qui hébergent les résidents les plus autonomes, ont un taux d'encadrement nettement plus faible. A l'inverse, dans les USLD, le nombre d'équivalents temps plein moyen est quasiment égal au nombre de places installées.

Cependant, cette variable ne peut expliquer à elle seule toutes les différences car, dans les EHPAD (dont nous avons vu plus haut qu'ils accueillait des personnes aux caractéristiques assez proches), des disparités significatives existent également. Le secteur public est mieux doté, notamment pour les structures non hospitalières.

³²¹ Soit 429 800 personnes en équivalent temps plein (ETP). La suite des données est traitée en ETP.

³²² Le taux d'encadrement est le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées. On utilise le nombre de places installées (et non le nombre de résidents) car le taux d'occupation des établissements est proche de 100 %.

³²³ Afin de pouvoir faire des comparaisons, nous avons retenu le taux d'encadrement des établissements d'hébergement pour adultes handicapés, soit : les foyers occupationnels et foyers de vie, les foyers d'hébergement, les foyers d'accueil polyvalent, les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM). Source : Falinower I., « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 975, septembre 2016.

Tableau 16 : Taux d'encadrement moyen par catégorie détaillée d'établissements. Situation aux 31 décembre 2011 et 2015

	2011	2015
Catégorie d'établissements et statut juridique	Taux d'encadrement (%)	Taux d'encadrement (%)
EHPAD	61,1	62,8
EHPAD privés à but lucratif	53,3	55,6
EHPAD privés à but non lucratif	55,8	59,3
EHPAD publics	64,1	68,1
<i>dont EHPAD publics hospitaliers</i>	63,2	65,8
<i>dont EHPAD publics non hospitaliers</i>	64,8	69,9
Logements-foyers	13,4	13,2
Logements-foyers privés à but lucratif	11,0	12,5
Logements-foyers privés à but non lucratif	12,0	12,3
Logements-foyers publics	14,1	13,6
EHPA non EHPAD	41,9	38,3
EHPA privés à but lucratif	39,4	35,0
EHPA privés à but non lucratif	39,2	38,2
EHPA publics	54,4	41,4
Unités de soins de longue durée	90,2	103,2
ENSEMBLE	53,8	57,2

Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour; France métropolitaine + DOM (hors Mayotte).

Sources : DREES, enquêtes EHPA 2011 et 2015.

Les établissements implantés dans les communes rurales sont également plus avantagés, avec en moyenne sept ETP de plus pour cent places installées. Seuls les EHPAD privés à but lucratif et les EHPA publics urbains affichent un taux d'encadrement supérieur à ceux installés en commune rurale. Des éléments d'explication peuvent venir du type d'établissement et de leur part dans l'ensemble de l'offre de service : les EHPAD privés à but lucratif de très haute gamme sont principalement implantés dans les grands pôles urbains et ceux-ci peuvent influencer la moyenne du taux d'encadrement. Les EHPA sont largement minoritaires dans le territoire français (3 % du nombre de structures et 1 % du nombre de places), ils sont pratiquement inexistantes en milieu rural, aussi des comparaisons sont peu significatives.

Tableau 17 : Taux d'encadrement selon la commune d'implantation et écart (2015)

Catégorie d'établissement	Taux d'encadrement rural (%)	Taux d'encadrement urbain (%)	Ecart entre les deux taux
EHPAD	65,7	61,9	3,8
EHPAD privés à but lucratif	54,3	55,6	-1,3
EHPAD privés à but non lucratif	59,5	59,0	0,5
EHPAD publics	71,8	66,9	4,9
dont EHPAD publics hospitaliers	67,4	65,7	1,7
dont EHPAD publics non hospitaliers	72,6	68,2	4,4
Logements-foyers	20,0	12,5	7,5
Logements-foyers privés à but lucratif	18,4	11,8	6,6
Logements-foyers privés à but non lucratif	21,1	11,2	9,9
Logements-foyers publics	19,5	13,1	6,4
EHPA	39,7	38,6	1,1
EHPA privés à but lucratif	35,9	33,1	2,8
EHPA privés à but non lucratif	39,9	37,0	2,9
EHPA publics	42,8	50,0	-7,2
Accueils de jour	31,9	28,8	3,1
Total	62,7	55,6	7,1

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

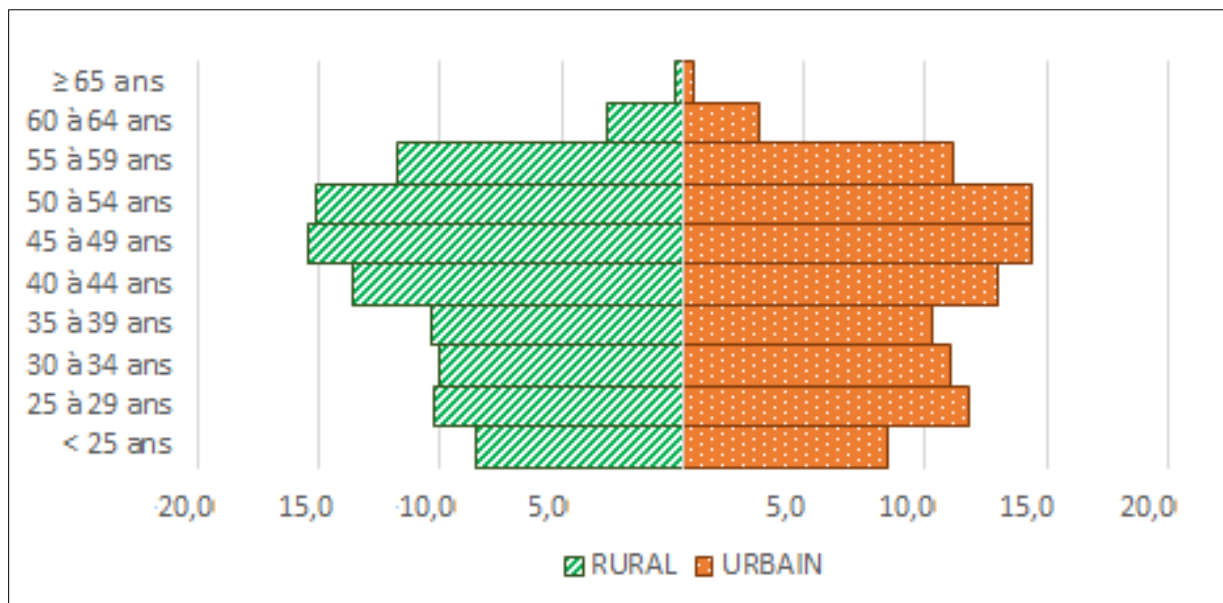
3.3.3.2 Age et sexe des personnels

Les personnes travaillant en établissement ont en moyenne 41 ans et un quart ont plus de 50 ans, ce qui au vu des difficultés (notamment physiques) liées à la majorité des emplois³²⁴ en établissement n'est pas sans conséquence.

Il existe très peu de différence en termes d'âge entre les personnels travaillant en milieu rural ou urbain :

³²⁴ On verra plus loin que la majorité des emplois en établissement sont tenus par les agents de services et les personnels soignants ou paramédicaux.

Graphique 9 : répartition des âges des personnels pour cent au total et selon la commune d’implantation de l’établissement



Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

La très grande majorité des personnes travaillant en établissement pour personnes âgées sont des femmes (88 % pour l’ensemble des établissements). En milieu rural les emplois, pour tout type de structure, sont légèrement plus féminisés (+ 0,3 %), surtout dans les logements-foyers (+10 points).

Il existe cependant des disparités selon la fonction exercée : plus les postes sont qualifiés et plus la part des hommes augmente³²⁵. Ainsi, les hommes sont plus nombreux au sein du personnel médical (62 %) et aux postes de directeur (37 %), tandis que les postes d’agents de service sont tenus à 95 % par des femmes. Il faut noter, toutefois, que si la part des femmes parmi les salariés des établissements pour personnes âgées n’a pas évolué entre 2011 et 2015, les femmes sont, en 2015, plus nombreuses aux postes de direction (+ 3,4 %) et de médecin (+ 3,1 %).

³²⁵ Hormis pour la catégorie des ouvriers professionnels (plombier, électricien, jardinier, cuisinier...) dont les trois quarts sont des hommes et les cadres infirmiers, dont près de 90 % sont des femmes.

3.3.3.3 Les différentes catégories de professionnels

De nombreuses professions³²⁶ sont présentes dans les établissements pour personnes âgées.

La plus importante auprès des personnes âgées dépendantes est celle des aides-soignantes³²⁷, soit près d'un tiers de l'ensemble du personnel. Si on leur ajoute les aides-médico-psychologiques et les auxiliaires de vie sociale³²⁸, elles représentent plus de 40 % de l'ensemble des salariés. Suivent les agents de service qui représentent un tiers du personnel. Ainsi, l'ensemble de ces quatre catégories constitue la grande majorité des individus travaillant auprès des personnes âgées dépendantes (64,4 %).

Ici aussi, il existe des disparités selon le statut de l'établissement : les aides-soignantes sont les plus nombreuses en EHPAD publics hospitaliers et les aides-médico-psychologique en accueil de jour : *« Dans les USLD, le personnel paramédical ou soignant, majoritairement composé d'aides-soignants, représente 70 % des effectifs en ETP employés. Ces postes représentent également 41 % à 56 % des emplois en EHPAD. Au sein des EHPAD, les personnels employés diffèrent également selon que l'établissement soit public ou privé, hospitalier ou non. Dans les EHPAD publics hospitaliers, 40 % du temps de travail global est réalisé par des aides-soignants, et 2 % par des aides-médico-psychologiques (AMP), comptés parmi le personnel éducatif et social. Dans le privé lucratif, les aides-soignants représentent 30 % des ETP et les AMP 9 %. De même, les agents des services hospitaliers sont plus présents dans les EHPAD publics, où ils totalisent 27 % de l'ensemble des ETP, que dans les EHPAD privés lucratifs (20 % des ETP). »*³²⁹

Les différences sont également présentes entre les établissements pour personnes âgées dépendantes selon leur commune d'implantation. Globalement, les personnels qualifiés³³⁰ travaillant directement auprès des résidents, sont plus nombreux en communes urbaines (+ 7,14 %) et inversement pour les personnels les moins qualifiés³³¹ (+ 4,8 % en communes rurales).

³²⁶ Pour plus de précisions, voir annexe 10 : « Catégories professionnelles détaillées et agrégées en établissement pour personnes âgées »

³²⁷ Nous utilisons ici le féminin du fait que ces postes sont tenus quasi exclusivement par des femmes.

³²⁸ Nous nous sommes autorisée ici à associer ces trois catégories professionnelles, bien qu'ils s'agissent de métiers censés être différents. Toutefois, dans la réalité quotidienne des institutions, les tâches assumées sont bien souvent comparables.

³²⁹ Muller M., « L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre », *Les dossier de la DREES*, septembre 2017, n°20, p. 13.

³³⁰ Médecin, personnel paramédical, soignant et psychologue et personnel éducatif, social et d'animation.

³³¹ Agents de service.

En revanche, les personnes exerçant les fonctions supports sont plus représentées dans les établissements ruraux pour personnes âgées dépendantes, notamment aux postes de direction³³². Ces éléments sont congruents avec les déclarations des structures en termes de difficulté de recrutement³³³, notamment dans les communes rurales isolées :

Tableau 18 : Part des EHPAD déclarant des postes non pourvus depuis plus de six mois, selon le type de poste et de commune (%)

	Directeurs	Infirmiers	Aides-soignants	Médecins coordonnateurs
Grand pôle (10 000 emplois ou plus) hors unité urbaine de Paris	0,1	2,9	10,0	7,5
Commune isolée hors influence des pôles	2,4	7,8	9,5	14,9
Ensemble	0,8	3,8	9,2	10,0

3.3.3.4 Type de contrats

La majorité des contrats, quel que soit le type de structure, sont à durée indéterminée³³⁴. Au total, ils représentent près de 80 %. Ces emplois constituent ainsi une véritable opportunité pour les femmes dont le taux de chômage est plus important, *a fortiori* en milieu rural : celles que nous avons interviewées en sont parfaitement conscientes³³⁵. La part de ces contrats est plus importante en logements-foyers (83,5 %) et plus faible en EHPAD, notamment dans le secteur public (- 10 points). Pour ces dernières structures, le secteur privé salarie près de 90 % de son personnel sous ces mêmes emplois pérennes.

³³² Directeur, Directeur adjoint, attaché de direction et économiste.

³³³ Voir Bazin M., Muller M. « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 1067, juin 2018.

³³⁴ Pour une meilleure lisibilité nous avons regroupé les différents types de contrat en quatre catégories :

1. Contrat à durée indéterminée : CDI, titulaire de la fonction publique et stagiaire ou fonctionnaire-élève ;
2. Contrat à durée déterminée : CDD, intérim, contractuel, vacataire et auxiliaire de vacation ;
3. Contrat emploi/formation : contrat d'apprentissage et contrat de professionnalisation ;
4. Contrat « aidé » : contrat unique d'insertion (contrat d'avenir / contrat d'accompagnement dans l'emploi) et autre contrat aidé.

³³⁵ Nous traiterons de cet aspect de manière plus détaillée un peu plus loin.

Tableau 19 : répartition des emplois selon la catégorie d'établissement en 2015 - %

Catégorie d'établissement	Contrat à durée indéterminée	Contrat à durée déterminée	Contrat emploi/ Formation	Contrat « aidé »	N.R.	Total
Accueils de jour	88,8	6,5	0,9	3,2	0,6	100,0
EHPA	81,3	8,1	0,3	8,7	1,6	100,0
EHPA privés à but lucratif	91,2	2,9	0,9	3,6	1,3	100,0
EHPA privés à but non lucratif	83,3	4,0	0,2	10,2	2,2	100,0
EHPA publics	68,9	22,2	0,0	8,5	0,4	100,0
EHPAD	79,0	15,8	0,3	4,0	0,9	100,0
EHPAD privés à but lucratif	89,5	8,1	0,9	0,5	0,9	100,0
EHPAD privés à but non lucratif	88,5	5,4	0,5	4,6	1,0	100,0
EHPAD publics	70,3	23,8	0,1	4,9	0,8	100,0
dont publics hospitaliers	70,3	25,1	0,0	3,6	1,0	100,0
dont publics non hospitaliers	70,3	23,0	0,1	5,9	0,7	100,0
Logements-foyers	83,5	9,5	0,2	5,0	1,9	100,0
L-F privés à but lucratif	83,9	8,3	0,4	3,7	3,6	100,0
L-F privés à but non lucratif	87,2	3,5	0,2	7,3	1,9	100,0
Logements-foyers publics	82,1	11,7	0,2	4,2	1,9	100,0
USLD	76,8	21,0	0,0	1,4	0,8	100,0
Total	79,0	15,9	0,3	3,8	0,9	100,0

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

Globalement, les établissements implantés dans une commune rurale, salarient plus de personnes en contrats précaires (contrat à durée déterminée et contrat « aidé »). L'écart se situe surtout dans le secteur privé (à but non lucratif et lucratif) qui emploie moins de personnes en contrat à durée déterminée, notamment dans les structures non médicalisées :

Tableau 20 : part des emplois à durée indéterminée selon le type de communes - %

	Rural	Urbain
Accueils de jour	87,5	88,9
EHPA	79,8	82,2
EHPA privés à but lucratif	89,2	92,6
EHPA privés à but non lucratif	78,2	85,9
EHPA publics	75,9	63,9
EHPAD	77,5	79,4
EHPAD privés à but lucratif	90,2	89,4
EHPAD privés à but non lucratif	88,8	88,5
EHPAD publics	70,3	70,3
dont publics hospitaliers	70,7	70,3
dont publics non hospitaliers	70,3	70,3
Logements-foyers	78,9	84,2
Logements-foyers privés à but lucratif	71,6	85,6
Logements-foyers privés à but non lucratif	83,0	88,1
Logements-foyers publics	77,1	82,8
USLD	78,4	76,7
Total	77,6	79,3

Source : enquête EHPA 2015, DREES, traitement réalisé par nos soins.

3.3.3.5 Ancienneté

En moyenne les personnels travaillant en milieu rural ont une ancienneté dans l'établissement qui les emploie plus longue qu'en zone urbaine. Ce constat est d'autant plus important d'un point de vue des deux extrêmes (grands pôles *versus* communes rurales isolées) et ce, quel que soit le type de poste :

Tableau 21 : Ancienneté en année du personnel en EHPAD selon le type de poste et de commune

	Commune appartenant à un grand pôle (10 000 emplois ou plus) hors unité urbaine de Paris	Commune isolée hors influence des pôles
Ensemble du personnel		
Moyenne	8,3	10,0
10e centile	0,5	0,5
25e centile	1,5	2,5
50e centile	5,5	7,5
75e centile	11,5	14,5
90e centile	20,5	24,5
Aide-soignant		
Moyenne	8,5	11,4
10e centile	0,5	1,5
25e centile	1,5	3,5
50e centile	5,5	8,5
75e centile	11,5	16,5
90e centile	21,5	26,5
Infirmier		
Moyenne	6,7	7,5
10e centile	0,5	0,5
25e centile	1,5	1,5
50e centile	4,5	4,5
75e centile	8,5	10,5
90e centile	16,5	18,5
Médecin coordonnateur		
Moyenne	6,7	8,0
10e centile	0,5	0,5
25e centile	1,5	2,5
50e centile	4,5	5,5
75e centile	8,5	10,5
90e centile	15,5	17,5

Conclusion

Cette partie nous a permis d'apprécier à quel point le secteur de l'hébergement des personnes âgées s'est très nettement amélioré, tant du point de vue de la prise en charge que des conditions d'hébergement et de l'organisation matérielle et architecturale. En plaçant le résident au cœur

de l'établissement et de son fonctionnement, l'institution ne s'organise plus autour de sa propre reconduction, mais des moyens à mettre en œuvre pour accompagner les personnes. Pour reprendre l'analyse d'Isabelle Mallon³³⁶, l'évolution, voire la révolution, qu'ont entamée les établissements participe d'un double mouvement : celui d'une désinstitutionnalisation à travers une plus grande liberté, une plus grande individualisation et une plus grande prise en compte ; mais également celui d'une « réinstitutionnalisation ». L'atténuation des règles de la vie collective, la personnalisation d'espaces individuels, la mise en place d'un accompagnement de plus en plus individualisé sont bien réels. Les préceptes d'hier, qui induisaient une discipline sévère dans les hospices ont disparu. Néanmoins, cette discipline a été remplacée, d'une certaine manière, par la culture médicale qui a réinstitué de nouvelles normes et valeurs. Celles-ci ne sont pas moins contraignantes que les précédentes, en particulier pour les résidents issus des classes populaires.

D'autre part, en mettant l'accent systématiquement sur le maintien à domicile, l'entrée en établissement reste toujours, au mieux, un pis-aller, au pire une contrainte, constat de l'inaptitude des personnes âgées à rester chez elles. L'opposition et la déconnexion encore forte entre ces deux mondes, placent toujours les structures comme la pire ou, au mieux, la moins mauvaise des solutions. Les politiques publiques du vieillissement (la dernière loi d'adaptation de la société au vieillissement en est le parangon) laissent penser aux personnes âgées qu'elles pourront rester chez elles jusqu'à leur mort, quel que soit leur handicap, dès lors qu'elles l'ont choisi. Souvent, faute de moyens suffisants, les familles s'y emploient aussi longtemps qu'elles le peuvent, jusqu'à ce que l'entrée en institution devienne le seul choix possible³³⁷.

Enfin, la dimension collective est forcément coercitive, dans le sens où tous les individus qui composent l'institution ne peuvent exister de manière strictement individuelle sans prendre en considération la contrainte inhérente au groupe. Les recommandations de l'ANESM sont tout à fait significatives : « *Le respect des habitudes de vie participe à la reconnaissance de l'identité des résidents et à la personnalisation de l'accompagnement. Néanmoins, certaines habitudes peuvent être en contradiction avec la vie collective dans l'établissement (tenue vestimentaire inappropriée, consommation excessive d'alcool et de tabac, etc.). La question de la conciliation entre les habitudes personnelles des résidents et les contraintes inhérentes à la vie en collectivité est abordée au sein du règlement de fonctionnement remis lors de l'admission.* » Et

³³⁶ Mallon I., *La récréation d'un chez-soi par les personnes âgées en maison de retraite*, Thèse de doctorat : sociologie, Université Paris 5, 2001.

³³⁷ Les personnes âgées qui font le choix d'entrer d'elles-mêmes sont très peu nombreuses.

plus loin : « *Si le logement du résident doit être considéré comme un lieu privé, son caractère privatif ne doit pas faire oublier que l'une des missions de l'établissement est aussi d'assurer la sécurité des personnes et de leurs biens. Le droit à la sécurité, reconnu par l'article 7 de la Charte des droits et des libertés de la personne accueillie [...], est au même titre que le droit à la liberté d'aller et venir un droit fondamental, particulièrement important au regard de la fragilité des populations accueillies.* ³³⁸»

Cela semble être particulièrement prégnant en EHPAD : on ne peut que se féliciter de la volonté de l'Etat de maintenir les personnes en bonne santé et en lien avec la société. Il faut cependant dire que les critères d'appréciation de la bonne intégration et du « bien vivre » en hébergement sont très fortement normés et ne correspondent certainement pas à la conception qu'en ont les résidents, individuellement. Beaucoup nous ont fait part du fait qu'ils faisaient l'effort d'aller aux animations afin de faire bonne figure, de faire plaisir à l'animatrice :

[Vous faites des choses à la maison de retraite, un petit peu, vous allez faire, je ne sais pas, le loto par exemple ?]

Ce matin j'y suis allé, parce qu'on est venu me dire d'y aller. Un jeu, pour chercher des mots, des choses comme ça. Mais le problème, c'est que j'entends mal.

[Vous y êtes allée pour faire plaisir au personnel ?]

Oui, mais bon, finalement ils peuvent parler assez fort, donc j'ai entendu. »

(Madame Tendièrre, 93 ans, mère de quatre enfants et veuve d'un haut fonctionnaire)

Le souhait d'instaurer des liens avec leurs compagnons de fortune, que rien au départ ne réunit hormis le fait de n'avoir pu rester à la maison, ne suffit certainement pas à les convaincre de s'impliquer de leur plein gré dans une nouvelle vie collective alors qu'ils n'ont connu et ne souhaitent que leur domicile personnel.

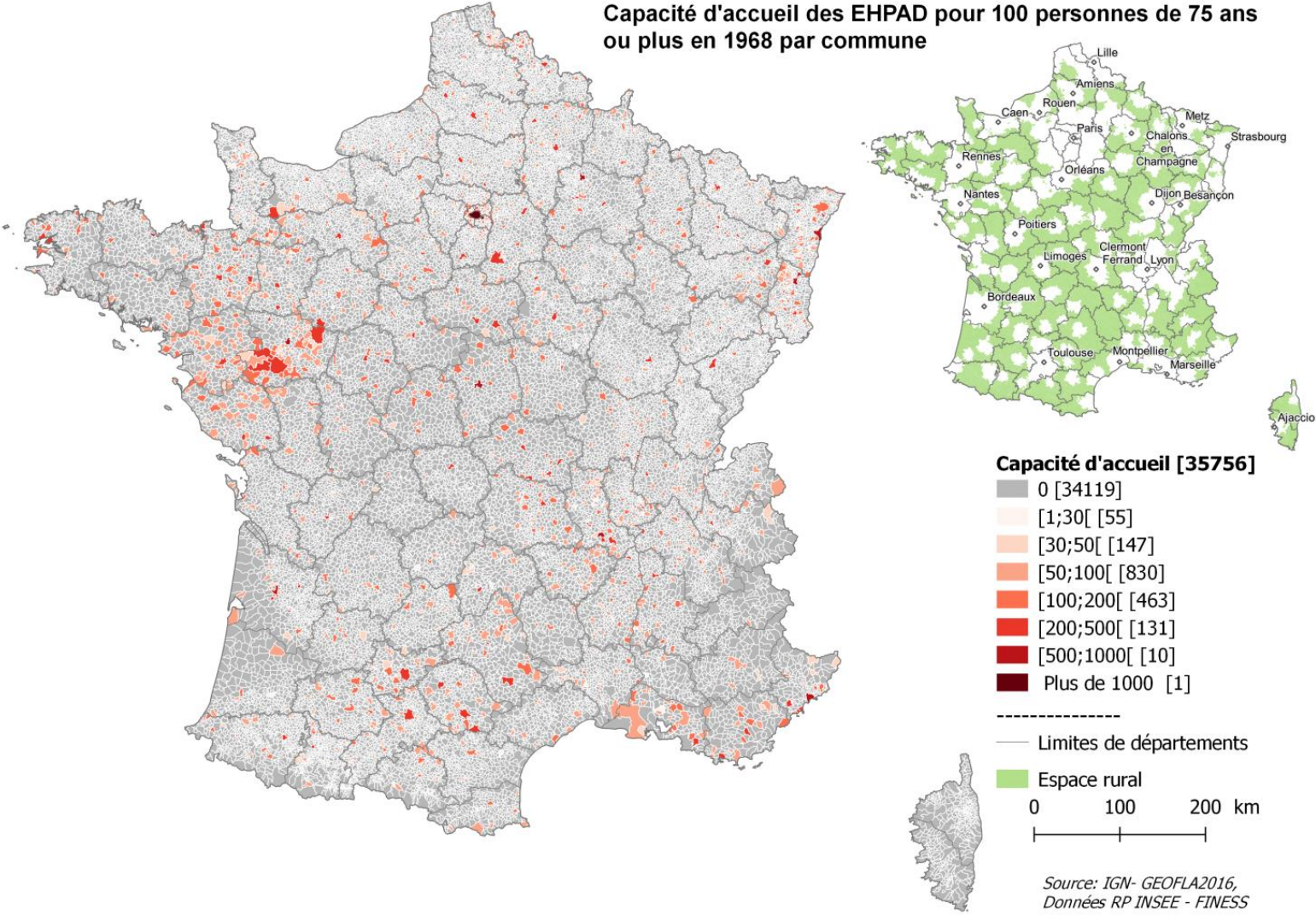
Ainsi, si d'une manière générale, des évolutions très significatives ont été réalisées : réhabilitation des espaces privés et collectifs, augmentation du taux d'encadrement, du niveau de qualification des personnels... qui vont dans le sens d'une amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents, celles-ci restent encore insuffisantes, notamment au regard des besoins populationnels. En effet, si la quantité de places d'hébergement n'a cessé de

³³⁸ ANESM, « Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, ANESM, Saint-Denis, juin 2011, p. 15 et 22.

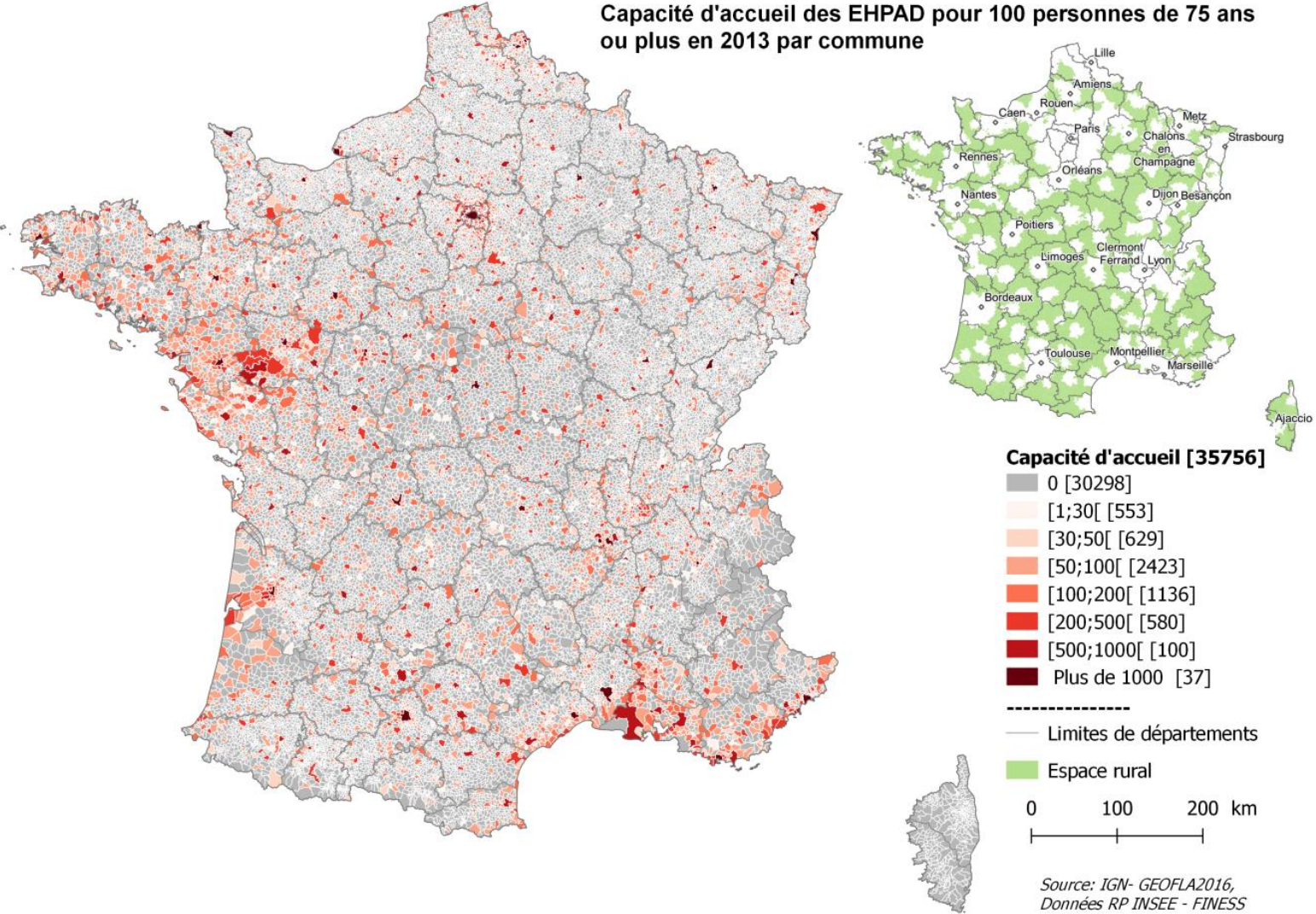
croître, elle est loin de suivre le nombre des personnes âgées possiblement en attente de ce type de service. Par ailleurs, et à la lecture des cartes³³⁹ après, on constate également que ces évolutions se font au désavantage des zones rurales. Si hier, elles étaient très bien dotées, les créations de places se sont majoritairement concentrées dans les pôles urbains, alors que la part des personnes âgées dans les communes rurales est loin d'être négligeable (cf. partie « 2.1.3 Le vieillissement des espaces ruraux français ») :

³³⁹ Les cartes relatives aux années de recensement 1975, 1982, 1990 et 1999 sont présentées dans l'annexe 11 : « Capacité d'accueil des EHPAD pour 100 personnes de 75 ans ou plus (évolution par recensement) ».

Carte 14 : capacité d'accueil par commune des EHPAD pour 100 personnes de plus de 75 ans (1968) [effectif]



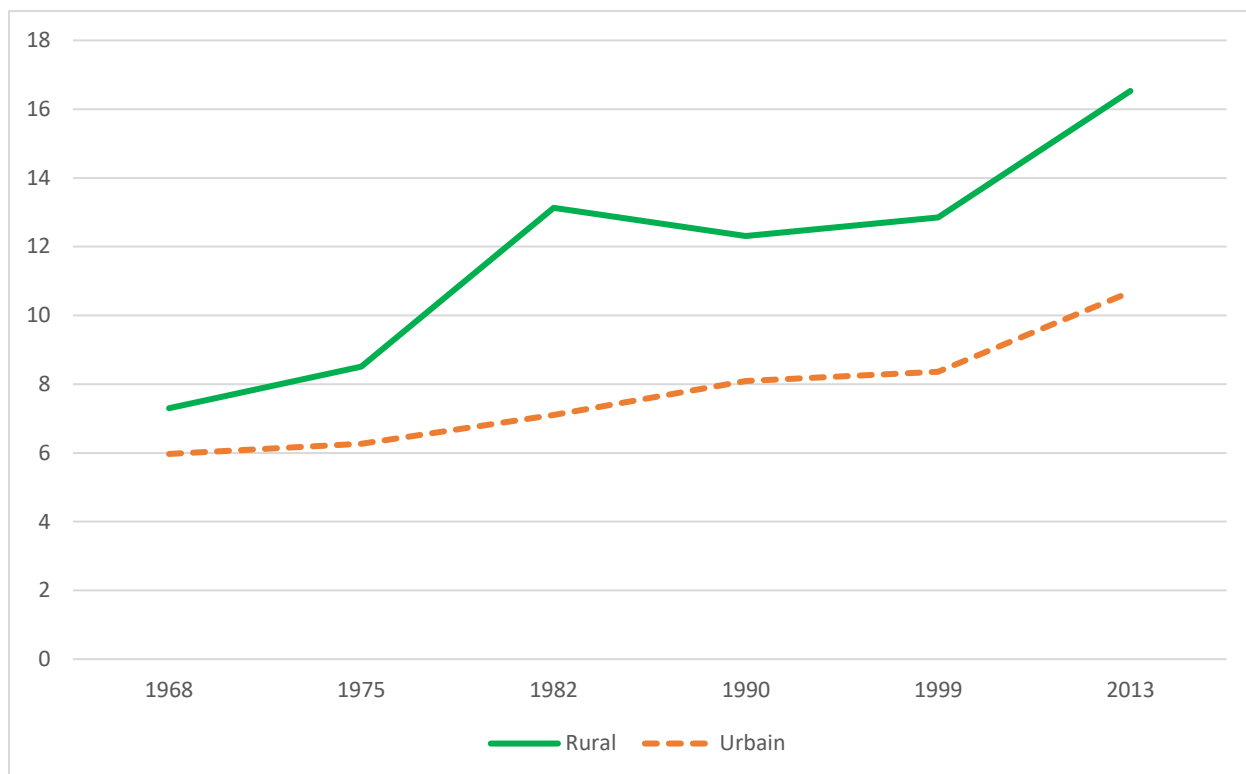
Carte 15 : capacité d'accueil par commune des EHPAD pour 100 personnes de plus de 75 ans (2013) [effectif]



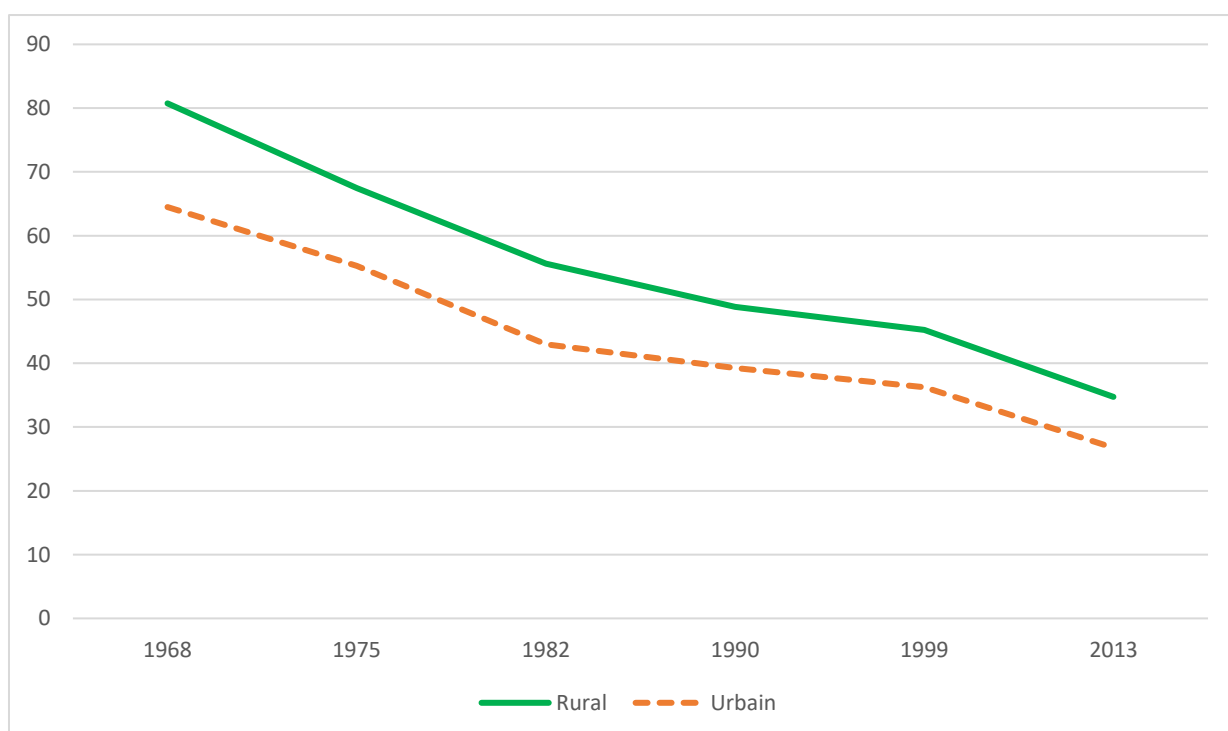
Carte: C. Lagarde (GGC), A. Diallo (CESEAR), L. Pillot (MSH de Dijon)

Les deux graphiques ci-dessous permettent d'avoir une vision plus nette du rapport entre l'évolution de la part des 75 ans et plus et celle du nombre moyen de places en hébergement.

Graphique 10 : évolution de la part des 75 ans et plus dans la population communale selon le type de commune (%)



Graphique 11 : évolution du nombre moyen de places en établissement pour 100 personnes de 75 ans et plus, selon le type de commune (%)



Enfin, l'augmentation des tarifs et la présence de plus en plus régulière de couple en établissement laissent de grandes interrogations quant à la capacité des futurs résidents et de leur famille à assumer le coût du reste à charge dans ce type de structure et de la répartition entre l'effort assurantiel, les solidarités familiales et collectives.

Du point de vue des caractéristiques des établissements implantés dans les communes rurales, on constate des spécificités : niveau de dépendance des résidents plus élevé, manque de professionnels diplômés... alors que les salariés restent plus longtemps dans le même établissement. Ces caractéristiques incitent à imaginer des modalités spécifiques de vivre et de travailler dans ces établissements que nous étudierons dans la suite de nos analyses.

DEUXIEME PARTIE – ANALYSE

1. Méthodologie

Les règles académiques régissant l'exercice de la rédaction d'une thèse, notamment la succession des différentes parties, peuvent laisser penser qu'il s'agit d'un processus linéaire dans lequel l'apprenti chercheur doit formaliser une problématique, choisir une méthodologie adaptée, construire son échantillon, recueillir des données puis les analyser dans le but de valider des hypothèses. Ce fût loin d'être le cas pour ce travail. Les confrontations avec « le terrain », observer des personnes enquêtées ont parfois éclairé ou obscurci notre raisonnement. Les égarements, les hésitations, les lectures et relectures d'ouvrages théoriques et méthodologiques ont émaillé tout le parcours de cette recherche.

Ces méandres sont, sans doute, inhérents à ce type d'étude qui aborde les interactions humaines. En effet, et bien qu'elle implique de se doter de référents théoriques et d'un cadrage méthodologique, la recherche sociologique et la production de connaissances dans ce domaine ne peuvent se construire qu'à travers la prise en compte des réalités du terrain, autrement dit de leur contextualisation. Celle-ci nécessite un discernement des contraintes et des exigences (mais également des limites) du terrain choisi qui déterminent les conditions singulières dans lesquelles sont produits les matériaux de la recherche. Cet examen critique objectivé et circonstancié conditionne la validité de la production finale, *a fortiori* lorsqu'on choisit (comme c'est le cas dans cette recherche) de privilégier et de valoriser la parole des personnes directement concernées.

Ainsi, nous avons privilégié une démarche qualitative et compréhensive, dans laquelle les individus se situent au cœur du processus de recherche. En effet, nous pensons que cette démarche est la plus adaptée lorsqu'il s'agit d'apprécier l'intervention des facteurs liés aux motivations individuelles et d'appréhender le sens que revêtent les différents événements vécus dans un parcours biographique.

1.1 Sociologie compréhensive et approche ethnographique

L'analyse en sociologie s'organise principalement autour de deux concepts, la compréhension et l'explication, eux-mêmes issus de deux grandes orientations épistémologiques dont les principes divergent.

La première orientation préconise de « considérer les faits sociaux comme des choses », pour reprendre la formulation de Durkheim³⁴⁰, en utilisant les modes d'investigation qui font la rigueur et le succès de l'explication causale dans les sciences de la nature.

La seconde orientation interprétative, dite compréhensive, que nous privilégierons, a été initialement théorisée par Max Weber³⁴¹. Elle vise à appréhender le sens subjectif des actions des individus pour identifier la genèse et la dynamique des phénomènes sociaux. Elle part du postulat que les comportements collectifs ne peuvent être analysés sans prendre la mesure de leur dimension intentionnelle. Dans la pensée de Weber, ce sont les notions de finalité ou d'intention qui définissent la spécificité même de la sociologie et des sciences sociales en général, contrairement aux sciences physiques.

Dans cette perspective, pour qu'un comportement humain puisse être analysé en termes d'activité sociale, il faut que l'individu lui attribue un sens subjectif et que la signification de cette action soit en rapport avec autrui. Ainsi, un phénomène social doit d'abord s'inscrire dans les motivations individuelles singulières qui l'ont engendré, lesquelles s'expriment nécessairement dans un contexte et un cadre collectifs qui délimitent une « logique de situation ».

De plus, la méthode compréhensive présuppose que l'action conduite par un agent est dans la majorité des cas rationnelle, mais que cette rationalité prend des formes différentes : la rationalité en finalité (instrumentale et stratégique) ou la rationalité axiologique (le respect inconditionnel de valeurs jugées fondamentales). Elle peut aussi s'inscrire dans la continuité d'habitudes et de routines qui « ont fait leur preuves »³⁴². Bref, il faut considérer que les acteurs sociaux ont le plus souvent de « bonnes raisons » de faire ce qu'ils font, mais que pour identifier et comprendre celles-ci, il faut retrouver la logique contextuelle à partir de laquelle ils élaborent le point de vue qui motive leurs pratiques. La finalité explicative n'est donc pas abandonnée, mais, pour reprendre la distinction aristotélicienne, c'est la causalité finale qui est privilégiée et non pas la causalité mécanique ou efficiente.

L'analyse compréhensive implique donc la prise en compte de l'interprétation que font les individus de leur action. Elle passe par un travail de mise en perspective des résultats observables de celle-ci, des interactions avec les autres protagonistes, du milieu social déterminé dans lequel elle est réalisée. Dans cette perspective, les savoirs savants du social ne

³⁴⁰ Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, « Quadrige », 1987 [1895], p. 15.

³⁴¹ Cf. Weber M., *Economie et société*, trad., Paris, Plon, 1971 [1922], p. 4-29.

³⁴² *Ibid.*, p. 22-23.

se constituent pas en rupture avec les savoirs communs du social (ceux des acteurs sociaux eux-mêmes élaborés dans l'action et pour l'action), cela est affirmé dans *Le métier de sociologue*³⁴³, mais, pour l'essentiel, dans leur continuité. Il ne s'agit pas pour autant de reprendre ce savoir tel quel, mais de le réélaborer sous une forme à la fois plus distanciée, plus systématisée et plus modélisée qui prend généralement la forme de « types idéaux » : « *La méthode des types idéaux élaborés par Weber a pour finalité de permettre la comparaison de l'action réelle à l'action modélisée et, au-delà, de rendre possible la classification des différentes formes de l'activité sociale [...] On obtient un idéal-type en accentuant unilatéralement un ou plusieurs points de vue et en enchaînant une multitude de phénomènes donnés isolément, diffus et discrets que l'on retrouve tantôt en grand nombre, tantôt en petit nombre et par endroits ou pas du tout, qu'on ordonne selon les précédents points de vue choisis unilatéralement pour fournir un tableau de pensée homogène.* ³⁴⁴ » *Le type idéal*³⁴⁵ est donc une « construction intellectuelle » (une « utopie ») purement heuristique, et il est opératoire précisément parce qu'il amplifie par la pensée certains éléments déterminés de la réalité, mais dont on ne rencontre jamais l'équivalent dans le monde concret.³⁴⁶»

D'aucuns formulent des critiques à l'égard de l'interprétation des phénomènes sociaux à travers l'analyse des motivations des acteurs, ou si on le veut dire autrement, des causes psychiques. Ces objections tendent à assimiler l'analyse sociologique compréhensive à une forme d'étude « psychologisante » des faits sociaux. Or, celles-ci ne sont pas efficaces d'un point de vue heuristique car, comme nous l'avons expliqué plus haut, les individus n'agissent ni de manière totalement mécanique dans un monde où les lois sociales les contraindraient à agir de manière aussi implacable que les forces physiques (telle que la gravité), ni de façon entièrement autonome. La façon dont les individus perçoivent le monde et en sont acteurs relève d'une construction historique, sociale, contextuelle : leur identité sociale est ainsi constitutive de ces différents processus de socialisation. Ce qui va en fait intéresser l'analyse sociologique

³⁴³Cf. Bourdieu P., Passeron J.-C., et Chamboredon J.-C., *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton/Bordas, 1968.

³⁴⁴ Weber M., *Essais sur la théorie de la science*, Presses Pocket, Paris, 1992, p. 172-173.

³⁴⁵ Cf. Weber, *Essais sur la théorie de la science* (1992, p. 176) : « le type idéal est un tableau de pensée. Il n'est pas une réalité historique ni surtout la réalité « authentique ». Il est encore moins un schéma dans lequel on pourrait ordonner la réalité à titre exemplaire. Il n'a d'autre signification que celle d'un concept limite (Grenzbegriff) purement idéal auquel on mesure (messen) la réalité pour clarifier le contenu empirique de certains de ces éléments importants et avec lequel on la compare. »

³⁴⁶ Sylvestre J.-P., *Le sens de l'action. Les fondements de la compréhension sociologique*, Lyon, Parangon, 2010, p. 53.

compréhensive ne sera pas tant les traits psychologiques de tel ou tel individu, mais bien comment un agent va orienter son action selon des modalités qu'il estime (subjectivement) adéquates vis-à-vis d'une finalité saisie (subjectivement) et cela en dehors de toute considération relative à des traits de caractère ou des formes d'hérédité psychologique.

Dans ces conditions, ce mode d'étude des phénomènes sociaux permet de dépasser l'antagonisme entre sujet et objet de son interprétation. Car « *C'est bien le sujet individuel du savoir et de l'action qui va à la rencontre du monde pour s'en assurer la compréhension et la maîtrise, son mouvement ne peut cependant s'accomplir qu'à partir d'une collectivité historique qui guide son regard et ses gestes, avant même qu'il en ébauche le projet conscient. Autrement dit, toute compréhension requiert bien l'existence et l'exercice d'une subjectivité autonome, mais celle-ci ne peut prendre conscience de soi, exercer sa responsabilité et concrétiser sa liberté qu'à l'intérieur d'une situation intersubjective (d'une société ou d'un groupe social particulier et de son système de valeurs dont les « préjugés » l'éclairent et l'aiguillonnent avant d'éventuellement l'aveugler ou l'égarer*³⁴⁷. »

De même, dans cette approche, l'opposition entre compréhension et explication n'est pas réellement signifiante : souvent, celle-ci se présente traditionnellement sur deux plans. Premièrement, du point de vue épistémologique, on distingue habituellement « *l'explication en tant que recherche des causes à la manière des sciences naturelles, et la compréhension de la vie psychique d'autrui à travers ses manifestations extérieures. Cette opposition est [deuxièmement] renforcée ontologiquement par l'affirmation que les objets propres à ces deux types de connaissances sont d'essences absolument différentes ; le premier renvoyant au monde physique, et le second à celui de la conscience, sans qu'il y ait de médiation entre les deux.* »³⁴⁸

Mais, comme on l'a dit plus haut, si la compréhension sociologique n'a pas pour objet d'étude le vécu psychologique des individus, mais bien l'analyse de la logique dans laquelle ceux-ci construisent subjectivement leurs actions, alors interprétation et compréhension sont complémentaires dans un mouvement circulaire conduisant le chercheur de l'une à l'autre et inversement.

L'explication de type causale ne permet pas une interprétation globale d'un phénomène social. Il doit donc être complété par la recherche (et la compréhension) des motifs ou des mobiles des acteurs. De même, pour pouvoir reconstruire et comprendre les motivations des individus, le sociologue doit réaliser un travail d'analyse qui alterne entre l'étude des actes et de leur contexte

³⁴⁷ Sylvestre J.P., *Le sens de l'action, op. cit.*, p. 6

³⁴⁸ *Ibid.*, p. 83

ou autrement dit entre un évènement singulier et son environnement global. Cette saisie est loin d'être simple car la prise en compte de la dimension singulière et psychologique implique que la tâche soit toujours inachevée puisqu'il sera toujours impossible de reconstruire l'intégralité des antécédents ayant conduit l'individu à agir. Ou pour reprendre les propos de Jean-Pierre Sylvestre : « *un fait social, pour être exhaustivement compréhensible, devrait s'intégrer dans une totalité socio-historique entièrement signifiante, c'est-à-dire s'inscrire dans l'exécution d'un plan d'essence providentiel.* »³⁴⁹

Il ne s'agit pas pour autant de renoncer à rechercher une rationalité totale de l'analyse du phénomène, mais plutôt de la considérer comme une forme de principe hypothétique. « *Le mode social n'est pas une réalité homogène. Les acteurs sociaux s'appréhendent les uns et les autres et sont appréhendés par l'observateur avec des degrés différents de proximité, d'« anonymité » et de richesse de contenu. Il importe donc de restituer les divers points de vue à partir desquels le monde social apparaît aux individus et prend une signification particulière.* »³⁵⁰

Ainsi cette démarche analytique vise, dans un premier temps, à discerner les représentations sociales, les valeurs et les logiques qui sous-tendent les motivations des acteurs des différents processus sociaux. L'explication causale du phénomène étudié repose alors sur la connaissance et la compréhension des comportements individuels, lesquels, par leur agrégation, produisent des formes collectives, dont, bien-sûr, les acteurs ne peuvent ni anticiper ni mesurer la totalité des effets. Mais, la compréhension doit également passer par la médiation d'une analyse explicative en vue d'identifier des motifs dans leur contexte. Car celui-ci conditionne et contraint, pour partie, la liberté de l'acteur selon des déterminants sociaux qu'il intègre lors des différents processus de socialisation. Le sens d'une conduite n'étant pas directement accessible, le parcours d'un individu se comprendra d'autant mieux si ses propres expériences sont rapportées aux propriétés et aux architectures sociales qui caractérisent sa trajectoire.

Du point de vue méthodologique, l'approche ethnographique nous a paru être la plus pertinente pour la recherche que nous souhaitons engager, principalement pour deux raisons. Premièrement, les EHPAD constituent des mondes « à part », relativement clos. Ils regroupent de manière artificielle une partie de la population qui, tout en présentant des caractéristiques communes avec nous, nous paraît étrangère, quasiment « exotique », à l'image des collectivités étudiées par l'ethnologie traditionnelle. Ce type d'établissement induit de ce fait une

³⁴⁹ *Ibid.*, p. 99

³⁵⁰ *Ibid.*, p. 29

organisation sociale singulière, avec ses codes, son langage, ses coutumes, parfois ses rituels (notamment lors de décès), ainsi que tout un ensemble d'éléments matériels spécifiques (architecture des locaux collectifs et individuels, mobilier, décoration, etc.). Ces dimensions ne peuvent être étudiées et analysées que par une présence longue et répétée sur place, par la création de relations de proximité avec les personnes présentes, par une écoute attentive, une collecte d'informations diversifiée et un travail minutieux d'observations participantes de plusieurs mois, voire de plusieurs années.

Deuxièmement, cette méthodologie est tout à fait adaptée à l'étude des différents types d'individus qui évoluent en EHPAD et des modalités relationnelles qu'ils tissent les uns avec les autres. Stéphane Beaud et Florence Weber dans leur ouvrage ³⁵¹ disent de l'ethnographie qu'elle a « *pour vocation origininaire de rendre la parole aux humbles, à ceux qui par définition n'ont jamais la parole : tribus isolées en terrain exotique, peuples colonisés (ethnologie traditionnelle), classes dominées ou groupes en voie de disparition dans les sociétés développées (ethnologie chez soi). [...] grâce à l'immersion de l'enquêteur dans le milieu enquêté, [elle] restitue les visions d'en bas plus variées qu'on ne le croit ; elle permet le croisement de divers points de vue sur l'objet, éclaire la complexité des pratiques, en révèle l'épaisseur.* »³⁵²

Quand nous avons débuté notre étude, nous n'avions pas considéré tous les aspects d'un tel travail, notamment sa portée critique. Parce qu'il induit des étapes longues de description et d'analyse, il permet de porter un regard plus nuancé sur les personnes et les événements. Il révèle toute la complexité des relations et des pratiques sociales, même celles considérées comme tellement habituelles ou « naturelles » qu'elles finissent par en devenir transparentes. Parce que la méthode ethnographique ne se satisfait pas de l'utilisation de catégories normatives préexistantes, elle donne les moyens de se décaler des perspectives conventionnelles ou officielles souvent trop sommaires pour expliquer la diversité des réalités du monde contemporain. Lorsque Stéphane Beaud et Florence Weber parlent de « rendre la parole aux plus humbles », cela correspond tout à fait à la manière dont sont communément définies les vieilles personnes vivant leurs dernières années dans une maison de retraite au sein d'un petit village rural. Il en va de même pour ces personnels qui exercent loin des techniques de pointe des grands centres hospitaliers ou de ces enfants qu'on aura tendance à considérer comme défaillants parce qu'ils ont « placé » leur parent âgé. L'ensemble de notre travail s'est en fait

³⁵¹ Beaud S. et Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, 4^{ème} édition, Paris, 2010 [1997].

³⁵² *Ibidem*, p. 6 et 7.

inscrit dans l'optique d'apporter, à notre échelle, un éclairage plus nuancé et plus subtil de ce microcosme.

La méthodologie de cette thèse repose sur un incessant va-et-vient entre investigation théorique et approche empirique, gage d'une recherche dynamique répondant à la fois aux exigences académiques et aux spécificités du terrain d'enquête. Nous considérons que ces deux approches ne sont pas antagoniques, mais bien complémentaires. Elles sont en interpénétration permanente, l'une renvoyant à l'autre et réciproquement, et doivent favoriser une compréhension globale de l'objet que nous avons choisi de questionner.

Surtout, nous nous sommes employée à rendre compte, de la manière la plus précise et la plus rigoureuse possible, de ce que notre terrain d'investigation nous a donné à découvrir. Ce que nous avons observé, pour reprendre Beaud et Weber, « ne « vaut » pas pour une autre population que celle que nous avons enquêtée directement. De ce point de vue, nous entrons dans la catégorie des monographies. Pour autant, nous n'abdiquons pas de toute ambition à la généralisation. Simplement nous ne généralisons pas sur des « individus » ou des « populations », mais sur des « processus » et des « relations ». Et surtout, nous entrons dans une logique cumulative : nous nous essayons à des interprétations et des hypothèses, par définition générales, qui ont vocation à être contestées, ici et ailleurs. »³⁵³

1.2. Le choix des entretiens

L'origine de cette recherche tient en partie à un concours de circonstances : étant professionnelle dans le champ de l'action sociale, nous souhaitions reprendre des études. Dans les différentes missions qui nous avaient été confiées, nous avions eu l'occasion de nous rendre régulièrement dans des établissements hébergeant des personnes âgées. Aussi, quand nous réfléchissions au type de formation dans laquelle nous souhaitions nous engager, ce secteur nous semblait tout à fait pertinent tant en termes d'intérêt personnel pour ce type de public qu'en termes d'opportunités professionnelles. D'où notre inscription en Master 2 *Vieillesse et société* à l'Université de Bourgogne, à Dijon, et le choix de notre lieu de stage : un EHPAD de petite taille, situé en milieu rural, dont la direction était assurée seulement par deux jours de présence par semaine. Cela nous a donné une assez grande autonomie et permis d'acquérir des

³⁵³ Beaud S. et Weber F., *Guide de l'enquête...*, op. cit., p. 247.

connaissances et des compétences pour ce type de poste, notamment grâce à la confiance que le directeur avait bien voulu nous accorder.

Le contact avec le public et les professionnels dans cet établissement nous autorisa à porter un regard différent sur ce que nous nous attendions à rencontrer dans une telle structure. Les enseignements reçus en formation, les lectures que nous avons faites nous avaient conduite à imaginer un monde beaucoup plus sombre que celui que nous allions côtoyer pendant près de six mois. Certes, les professionnelles n'avaient peut-être pas suivi la dernière formation « Humanitude » ou reçu le nouveau kit « Bienveillance », pourtant elles faisaient preuve au quotidien de bienveillance et de compétences incontestables envers les résidents. Elles semblaient être pour la plupart assez satisfaites de leur condition de travail et ne pas souffrir du mal-être des soignants dont nous avons entendu parler à de nombreuses reprises et qui touchait tout particulièrement celles et ceux qui travaillent auprès des personnes âgées. Lorsque nous commençâmes des recherches, nous dûmes nous rendre compte que très peu d'études portaient sur le sujet : aucune, notamment, sur les relations spécifiques entre les différents individus évoluant dans ce type de structure en milieu rural.

En effet, jusqu'à très récemment les enquêtes concernaient le plus souvent la thématique des personnes âgées vivant à domicile, probablement parce que la majeure partie d'entre-elles vivent en hébergement individuel³⁵⁴. De même, lorsqu'on regarde du côté des politiques publiques dédiées à cette population, la plupart s'intéressent à leurs conditions de vie à leur domicile. Cependant, la très forte augmentation de cette part de la population³⁵⁵ a induit une hausse du nombre de personnes vivant en structures collectives. Les pouvoirs publics ont dû se saisir de cette problématique, tant en termes de nombre de places³⁵⁶ qu'en termes de conditions d'hébergement en établissement³⁵⁷.

Ainsi, la recherche s'est consacrée à cette thématique, tout en restant essentiellement centrée sur les conditions matérielles et financières d'hébergement. Les grandes enquêtes que conduit notamment la Direction de la Recherche de l'Etude de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)

³⁵⁴ En 2015, au-delà de 75 ans, 10 % des personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées. Source : enquête EHPA 2015, DREES.

³⁵⁵ Au 1er janvier 2015, en France métropolitaine, 1,4 million de personnes âgées sont dépendantes au sens de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

³⁵⁶ Entre 2011 et 2015, les capacités d'accueil des établissements accueillant des personnes âgées ont augmenté de 6,2 %, soit une nette accélération (+ 1,4 % entre 2003 et 2007 et + 5,3 % entre 2007 et 2011). Source : enquête EHPA 2015 - DREES

³⁵⁷ Voir « 3.1 L'évolution de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes âgées en France », p 106.

tous les trois ans, au niveau national, s'appuient principalement sur des données obtenues *via* des questionnaires renseignés par les directeurs d'établissement : nombre de places, type et taille des locaux individuels et collectifs, identité et statuts des professionnels, situation socio-démographique des résidents (âge, sexe, situation familiale, niveau de dépendance, ancien lieu de vie). Seule, celle réalisée en 2007 a été accompagnée d'un questionnaire en direction des personnes âgées et du membre de leur famille les ayant aidées dans leur démarche d'entrée en institution. Certes, des études qualitatives ont été menées, notamment ces dix dernières années, mais beaucoup restent encore trop polarisées sur l'expérience des professionnels et des familles, probablement parce que leurs comportements sont plus facilement repérables et que leurs paroles sont plus aisément accessibles.

Les établissements pour personnes âgées ont beaucoup évolué, ils sont censés proposer aujourd'hui de véritables lieux de vie à leurs résidents, adaptés aux besoins et aux particularités de chacun. Aussi, pour pouvoir explorer ce monde spécifique, et plus particulièrement les relations entre les professionnels, les résidents et leur famille, les incidences quant à leur vécu, le sens que prend pour les uns et les autres la vie en établissement, il nous paraît primordial de donner une place essentielle au discours des personnes et en particulier de celles qui sont hébergées.

Partir du principe que les résidents étaient les plus compétents pour nous raconter leur parcours de vie et leur expérience de l'institutionnalisation n'a pas toujours été sans difficulté, tant les préjugés à leur égard sont tenaces. Il nous a fallu régulièrement nous remettre en question pour ne pas disqualifier leurs propos ou les interpréter systématiquement au prisme de leur vieillesse. Différentes lectures ont permis d'alimenter notre réflexion et de guider nos choix épistémologiques quant au traitement et à l'analyse des entretiens que nous avons menés.

1.3. Entretiens et postures vis-à-vis du discours des personnes

Afin d'affirmer leur légitimité et leur scientificité, les sciences sociales se sont construites en reproduisant la structuration et l'organisation par discipline des sciences de la nature. Leurs fondateurs les ont créées à travers des catégories d'objets, des spécialités, des paradigmes, des méthodes et des outils : sociologie, ethnologie, ethnographie, ethnométhodologie, ethnosociologie, anthropologie, ethnopsychiatrie, psychologie sociale, etc. Cette volonté initiale de s'affranchir de toute subjectivité liée à son objet d'étude (à savoir les êtres humains et leurs différentes manières d'entrer en relation pour faire société) a contraint ces sciences à des dichotomies, des oppositions, voire des exclusions : méthodes quantitatives *versus*

méthodes qualitatives, individus déterminés ou acteurs autonomes, etc. Ce dualisme se retrouve également dans la manière d'appréhender et d'analyser la parole des individus concernés par le phénomène étudié.

Longtemps, dans la tradition sociologique française, le questionnaire a été privilégié, notamment parce qu'il permet d'obtenir des données quantifiées pour un nombre important de personnes. Dans l'opinion générale et pour nombre de sociologues encore aujourd'hui, on accorde du crédit aux propos de personnes face à un questionnaire reprenant des éléments factuels : lieu de vie, nombre d'enfants, type d'emploi, etc., ou répondant au sujet de leurs opinions ou leurs motivations. Mais, cette confiance serait à relativiser lors d'entretiens de type biographique car trop empreints de subjectivité pour être utilisés dans la cadre de recherches scientifiques.

Or, Daniel Bertaux nous explique dans un de ses ouvrages³⁵⁸ qu'une équipe de recherche sous la direction de Françoise Battagliola a pu réinterviewer sous la forme d'entretiens ouverts cinquante personnes ayant précédemment répondu à un questionnaire biographique réalisé par l'INSEE. Ce questionnaire avait pour objectif de retracer avec précision les parcours professionnels et familiaux, en mettant l'accent sur les situations de crise : perte d'emploi, divorce, accident de santé, etc. En comparant les questionnaires et les retranscriptions des entretiens, les chercheurs ont pu conclure que les informations recueillies lors des entretiens étaient plus denses, plus complètes, mais également plus sûres et plus fidèles à la trajectoire de vie des personnes.³⁵⁹

1.3.1 Posture illustrative ou posture restitutive

Claude Dubar et Didier Demazière³⁶⁰ proposent de distinguer trois types de postures sociologiques à l'égard du discours des personnes interviewées. Il nous a paru intéressant de les reprendre afin de préciser la position que nous avons cherchée à tenir à ce sujet.

La première, « *posture illustrative et causale* », est issue de la démarche hypothético-déductive, empruntée aux sciences de la nature et théorisée principalement par Durkheim. Cette méthode se fonde sur l'élaboration d'une théorie préalable que l'on va chercher à vérifier à l'appui de

³⁵⁸ Bertaux D., *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*, 3^{ème} édition, A Colin, Paris, 2010 [1997].

³⁵⁹ Battagliola F., « A propos des biographies : regards croisés sur questionnaires et entretiens », *Population*, 1993, vol. 48, n° 2, p. 325 à 346.

³⁶⁰ Demazière D., Dubar C., *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Les Presses de l'université de Laval, Laval, 2004.

données objectivées, notamment à travers un traitement statistique. Ici, il faut non seulement traiter « les faits comme des choses », c'est-à-dire les catégoriser d'un point de vue extérieur, indépendamment du sens qu'ils peuvent avoir pour les personnes concernées, mais également « rompre avec toute prénotation », en faisant abstraction du jugement des sujets de l'étude, qui sont censés n'avoir qu'une « conscience plus ou moins faussée des causes (distinctes des « raisons » ou des « motifs ») qui les font agir »³⁶¹. Elle consiste alors, à faire un usage sélectif de la parole des personnes, au point, parfois, de « l'asservir aux besoins de la démonstration conduite par le chercheur. »³⁶² Dans cette perspective, le discours des personnes est séquencé via des grilles de traitement des thèmes explorés, afin que soit leurs paroles valident les hypothèses et illustrent ainsi la justesse des mécanismes sociaux en jeu, soit qu'elles les contredisent et démontrent par là même la perception subjective des individus. Bien souvent, dans les recherches, la parole des individus est utilisée pour nourrir un raisonnement, renforcer une démonstration, embellir une analyse, ou même parfois, simplement permettre « d'aérer » son texte. La reprise du discours des acteurs permet au chercheur de produire une sorte de vernis de véracité en introduisant du « vécu », souvent considéré comme un ensemble d'opinions ou d'anecdotes. Dans tous les cas, l'argumentation scientifique prime sur le raisonnement exprimé par les personnes et leur comportement n'est rendu intelligible qu'à travers le traitement opéré par le sociologue. Présentée ainsi, cette posture paraît bien évidemment caricaturale. Pourtant, même si ce n'est pas celle que choisit *a priori* le chercheur, il est fréquent d'orienter son point de vue relatif au discours des personnes dans cette direction. Cela est d'autant plus vrai quand les individus interrogés sont de vieilles personnes et qu'il est très facile de disqualifier leurs propos tant les représentations sociales et les stéréotypes qui leur sont associés vont dans ce sens. Par ailleurs, il est très tentant de penser que ces mêmes vieilles personnes, parce qu'elles ont été placées en institution, sont soumises à des logiques et à des conditions de vie qui leur échappent complètement. Certains enfants de résidents nous ont ainsi proposé de « vérifier » avec nous les réponses données par leur parent. De même, des personnels, souhaitant nous aider, nous ont parfois averti de troubles cognitifs qui risquaient de « fausser » les paroles dites. Ainsi, il n'a pas toujours été évident de recueillir le récit des personnes hébergées en établissement, au même titre que celui d'un autre adulte, sans que notre écoute soit biaisée par tous ces *a priori*. Nous espérons cependant y être parvenue la plupart du temps.

³⁶¹ Demazière D., Dubar C., Analyser les entretiens biographiques..., op. cit., p. 17.

³⁶² *Ibid.*, p. 16.

La deuxième posture, diamétralement opposée à la première, part du principe que le sociologue n'a pas une position supérieure aux individus qu'il étudie et qu'il doit livrer leur parole de manière exhaustive, sans filtre. Dans cette perspective, principalement développée par le courant de l'ethnométhodologie dans les années 1960 aux Etats-Unis, les individus ont une conscience éclairée de ce qui entraîne leur conduite et ils sont capables d'explicitier le sens de leurs actions ainsi que leur motivation. Ici, le sociologue se meut en une sorte de porte-parole de personnes vivant dans une(des) collectivité(s) et agissant de manière rationnelle à l'intérieur de celle(s)-ci. Il se garde de toute théorisation préalable à l'observation et au discours des individus concernés : « *De ce fait, le langage est un instrument considéré comme « transparent » parce qu'il exprime des stratégies des « membres » ou des « acteurs » qui sont directement interprétables dès lors qu'on connaît les règles du jeu inscrites dans le contexte.* »³⁶³ Cette posture a l'avantage de garantir un respect profond de la parole des personnes étudiées et de leurs capacités réflexives (ce dont nous sommes convaincue, même après nous être entretenue avec certaines personnes âgées ayant parfois « perdu le fil »). Cependant, poussée jusqu'au bout de sa logique, elle empêche pratiquement toute tentative de généralisation et, de ce fait, toute contribution scientifique qui vise à dégager, sinon des universaux, au moins des récurrences et à rendre ainsi intelligibles les phénomènes étudiés. Dubar et Demazière présentent dans cet esprit plusieurs travaux biographiques exhaustifs dont *La misère du monde* sous la direction de Pierre Bourdieu. L'originalité de cet ouvrage réside dans le fait qu'il est principalement fondé sur une série d'entretiens approfondis (plus de cent cinquante) dont une soixantaine environ sont publiés intégralement pour un total de près de mille pages. Cette présentation, atypique dans l'œuvre de Bourdieu, vise à donner les moyens au lecteur de comprendre par lui-même, de faire ses propres analyses et conclusions, grâce à un ordonnancement précis des différents récits dans le texte. Toutefois, cette visée d'exhaustivité est assez illusoire. D'une part, une adjonction, même considérable, d'entretiens individuels ne saurait présenter et encore moins expliquer un phénomène dans tous ses aspects et dans toute sa complexité. D'autre part, l'utilisation de récits « bruts », peut également être un leurre, du fait qu'aucune retranscription d'entretien ne peut échapper à une forme d'interprétation de la part du « copiste », selon qu'il aura lui-même ou non réalisé les interviews, selon qu'il aura interagi avec les personnes, selon le contexte dans lequel il aura construit cette interaction, selon ses propres représentations, connaissances et sensibilités du fait social étudié.

³⁶³ Demazière D., Dubar C., Analyser les entretiens biographiques..., op. cit., p.29.

Le résumé de ces deux postures ne nous a pas permis de mettre en évidence les postulats et les partis pris théoriques et épistémologiques qui fondent et orientent toute recherche et, par là même, de mieux appréhender l'intérêt et les limites des choix opérés par les chercheurs.

1.3.2 Posture analytique compréhensive

La troisième posture proposée et adoptée par Demazière et Dubar est une démarche analytique qui implique de s'intéresser principalement aux structures du langage, en tant que révélatrices d'un contexte sémantique et des modalités de catégorisation et de définition de soi et du monde environnant. Dans cette méthodologie, les entretiens biographiques sont retranscrits intégralement puis analysés (pour reprendre les termes de Dubar et Demazière) selon trois types de « séquences », « d'actants » et « de propositions argumentaires ». Ce premier travail doit permettre ensuite de rechercher des schèmes communs à plusieurs entretiens et enfin de créer des typologies par agrégation.

Cette méthode a gouverné notre utilisation des entretiens pour trois raisons. Tout d'abord, elle adopte le parti épistémologique de prendre au sérieux la parole des personnes interviewées et de lui accorder de la véracité. Ici le terme de récit prend tout son sens car, et ce quel que soit son point de vue sur la question, le sociologue ne peut travailler qu'avec ce que les gens ont bien voulu lui raconter.

Ensuite, la démarche proposée est inductive et s'inscrit clairement dans le courant de la *grounded theory* : le sociologue collecte des informations et des données, il les agrège, les analyse, les catégorise afin de repérer les logiques d'action qui le conduisent à recourir régulièrement au contact du terrain pour les valider. Cette méthodologie est tout à fait adaptée à l'approche ethnographique dans le sens où elle permet d'effectuer des recherches dans des mondes relativement clos et singuliers (tel qu'un EHPAD en milieu rural) sans avoir trop d'*a priori* sur ce que ces mondes vont nous laisser voir.

Enfin, c'est son troisième intérêt, la méthode présentée par Dubar et Demazière est accompagnée d'une argumentation très rigoureuse et détaillée. Au début de notre recherche, nous avons lu bon nombre d'ouvrages relatifs à la méthodologie d'enquête. La plupart expliquent bien comment préparer ses entretiens, comment procéder à l'enregistrement, comment les retranscrire, mais quasiment aucun n'explique concrètement comment traiter et analyser cette masse de données. Comme si, une fois les retranscriptions terminées, la vérité devait apparaître au sociologue entre les lignes.

Nous n'avons cependant pas pu suivre totalement cette méthode car elle exige un travail de traitement lourd, ne pouvant être conduit que dans le cadre d'une recherche collective et elle nécessite également une connaissance très pointue de l'analyse sémantique et sémiotique. Nous nous sommes donc tournée vers les propositions méthodologiques de Pierre Paillé et Alex Mucchielli³⁶⁴. Ces derniers développent dans leur ouvrage une méthode approfondie de l'analyse des données.

Celle-ci consiste en un traitement progressif des entretiens qui passe par une série de lectures et de relectures de ceux-ci et qui doit permettre de construire :

- des rubriques qui indiquent d'une manière très générale ce dont il est question dans l'extrait du corpus sélectionné pour l'analyse ;
- des thèmes qui indiquent « *ce qui est abordé dans l'extrait du corpus correspondant tout en fournissant des indications sur la teneur des propos (la notion de thème est prise dans un sens générique et comprend les diverses composantes d'un énoncé descriptif : aspects, affections, assimilations, etc.).* »³⁶⁵ ;
- des énoncés qui indiquent ce qui est mis en avant, exposé par les personnes et qui décrivent par une courte synthèse le contenu permettant de saisir l'essentiel de ce qui a été dit ;
- des catégories « conceptualisantes » qui, dans l'acception de la *grounded theory*, renvoient de façon précise « *à la désignation substantive d'un phénomène apparaissant dans l'extrait du corpus analysé.* »³⁶⁶

Dans cette perspective, la construction de catégories « conceptualisantes » permet de conduire un travail d'interprétation et de théorisation des phénomènes étudiés. Les auteurs distinguent trois modalités d'élaboration de ces catégories, sachant qu'au fur et à mesure de l'analyse, la distinction entre les trois va progressivement s'effacer. La première, qu'ils nomment « description analytique », consiste en un premier degré d'analyse et ne contient pas réellement d'ajout conceptuel par rapport aux propos tenus ou aux observations faites sur le terrain. Le niveau d'inférence de ce type de catégorie est faible et vise à énoncer une signification « brute » du vécu des personnes. Les deux modalités suivantes, se situent à un niveau d'interprétation plus complexe.

³⁶⁴ Paillé P., Mucchielli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 3^{ème} édition, 2013 [2003].

³⁶⁵ *Ibid.*, p. 19.

³⁶⁶ *Ibid.*, p. 20.

Le travail de « déduction interprétative » vise à rechercher le sens des propos recueillis en s'appuyant sur des références théoriques précédemment construites. Il permet de mobiliser des catégories déjà établies ou préétablies et favorise ainsi une analyse opérante des observations faites *in situ*.

L'élaboration de catégories, quant à elle, comporte des processus « d'induction théorisante » : « *L'induction théorisante, comme processus de genèse de catégories, est le produit à la fois d'une observation proximale et attentive de la trame des événements et des expériences, et d'un essai de conceptualisation du phénomène correspondant, du processus en jeu, de la logique à l'œuvre, à partir, non pas de leviers théoriques déjà constitués, mais d'une construction discursive originale. Ainsi, le chercheur n'emprunte pas directement à un système ou à des référents préexistants pour nommer les phénomènes examinés, il cherche plutôt à les épeler lui-même, à les amener à un niveau d'intelligibilité à l'intérieur de leur logique propre, en faisant appel aux ressources du langage pour créer la catégorie appropriée.* »³⁶⁷

Le travail d'analyse et de conceptualisation va impliquer des aller et retour, des formes composites entre ces trois modalités : « *abduction, induction et déduction, émergence et attestation des données, découverte et justification des hypothèses sont des opérations qui s'enveloppent les unes les autres dans les différentes phases de l'enquête.* »³⁶⁸ Ainsi, au cours de l'élaboration et de la validation de ses hypothèses, le chercheur pourra mobiliser des concepts ou des modèles théoriques déjà établis, ou encore puiser dans ceux qu'il aura pu faire émerger de ses observations dans le but de garantir une validité plus complète de ses recherches et de ne pas réécrire ce qui a pu être déjà très bien exposé dans la littérature.

Ce qui nous a convaincue dans cette méthodologie, c'est qu'elle propose un travail rigoureux et détaillé mais qui n'est pas forcément linéaire. Elle permet des adaptations selon les types d'approches choisies et, surtout, elle implique de construire ses résultats uniquement sur la base des éléments recueillis sur le terrain. Les éléments théoriques et conceptuels sont mobilisés pour apporter un meilleur éclairage, un meilleur étayage, une confirmation de ce qui a pu être analysé. De notre point de vue, cette démarche est essentielle dans un travail ethnographique, qui vise à rendre compte le plus fidèlement possible de ce qu'on a bien voulu nous laisser voir et écouter ; à dévoiler les pratiques sociales dans toute leur complexité, même les plus ordinaires, même celles qui sont si « naturelles » qu'elles finissent par paraître transparentes et

³⁶⁷ Paillé P., Mucchielli A., *L'analyse qualitative...*, op. cit., p. 339.

³⁶⁸ Céfai D., *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, 2003, p. 523.

évidentes : par exemple la relation entre un enfant et son parent âgé ou entre un professionnel et un résident en situation de grande dépendance.

2. Parcours de recherche et constitution des données

2.1 Choix du lieu de l'étude

Le choix de notre sujet de recherche et du terrain d'exploration est issu d'un premier travail réalisé dans le cadre de notre mémoire de Master³⁶⁹. Celui-ci nous avait permis une première immersion relativement longue (six mois) en EHPAD. Nous y avons constaté certaines caractéristiques spécifiques, tant du point de vue des résidents que des professionnels, ce qui nous avait incité à poursuivre nos investigations, afin d'examiner en quoi l'implantation de ce type d'établissement en milieu rural avait une influence sur les modes de vie et d'accueil des personnes. Cette analyse nécessite des temps prolongés, permettant une mise en confiance des personnes afin de déchiffrer, de la manière la plus fine possible, les relations que les différents acteurs entretiennent les uns avec les autres. Aussi, notre travail s'inscrit dans la tradition des enquêtes de type monographique et nous nous sommes principalement centrée sur un seul établissement.

Afin de diversifier les sources de nos données, nous avons opté pour la conduite d'une nouvelle enquête dans un autre établissement³⁷⁰. Cette structure est implantée dans une commune de 860 habitants³⁷¹, définie par l'INSEE comme rurale, elle-même située dans un bassin de vie « hyper-rural ³⁷²»³⁷³. Nous avons également choisi d'étudier un établissement établi dans un territoire

³⁶⁹ Master *Vieillesse et Société*. Notre sujet de mémoire portait sur les modalités de contractualisation et leur mise en œuvre en EHPAD.

³⁷⁰ De plus, le premier établissement dans lequel nous avons réalisé notre mémoire de Master se situe dans la même commune que notre propre lieu de vie. Aussi, il nous a paru nécessaire de choisir une autre structure afin d'éviter une proximité trop importante avec les personnes concernées.

³⁷¹ Au recensement de 2014. Pour plus de détails, voir annexe 12 : « Données INSEE de la commune d'implantation de l'établissement de référence ».

³⁷² Pour la présentation des bassins de vie « hyper-ruraux », se reporter à la partie 1.1 « Délimitation du champ d'étude, le milieu rural : une approche de mondes multiples », paragraphe « Le zonage en bassins de vie hyper-ruraux de 2014 », p. 10.

³⁷³ Dans une région parmi les plus concernées par le processus de vieillissement de la population : « Au deuxième recensement du XX^e siècle (1906), la Bourgogne comptait 1 584 755 habitants ; [en 1990], sa population totale était de 1 609 836 habitants : soit un accroissement total entre les deux dates de 1,6 %. Dans le même temps, entre 1906 et 1990, la population des moins de 20 ans est passée de 540 533 à 413 748, soit une baisse de 23,5 % et celle des plus de 60 ans de 244 992 à 371 782, soit une hausse de 51,8 %. » (Dion M., « Le processus de vieillissement d'une population », in Pfitzenmeyer P., Mourey F., Mazen J-N., Ancet P., Vieillir dans la dignité. Un combat pour demain, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p. 316-317.)

que nous connaissons bien, mais dans lequel nous n'avions, *a priori* pas de relations personnelles, afin de faciliter les échanges.

L'établissement est un EHPAD public³⁷⁴, habilité à l'aide sociale, qui dispose d'une capacité d'accueil de quatre-vingt-quinze places, dont deux en hébergement temporaire. Il salarie soixante-quinze personnes, pour un total de 58,8 en équivalent temps plein³⁷⁵. Notre introduction fût très aisée. D'une part, car nous avons déjà noué des contacts avec le Directeur et certains salariés (dans le cadre de notre ancienne activité professionnelle, n'ayant aucun rapport avec notre recherche). D'autre part, cet établissement est très ouvert et l'accueil d'un projet atypique comme le nôtre n'a pas posé de problème : nous nous sommes entretenue avec le Directeur afin de lui présenter nos objectifs, celui-ci nous a ensuite mis en relation avec une professionnelle afin de démarrer nos entretiens. Très vite nous avons eu la possibilité d'aller et venir quand bon nous semblait et d'interroger librement les résidents, leur famille ou les professionnels de notre choix et rapidement, toutes les personnes de l'établissement ont pris l'habitude de nous croiser dans les couloirs en semaine, les week-ends, aux repas, le soir, lors des fêtes, etc. Durant les périodes les plus intensives en termes de présence, nous avons pu, pour ainsi dire, faire « partie des meubles ».

2.2 Constitution du corpus

2.2.1 Les entretiens

La majeure partie de notre matériau de recherche est constitué d'entretiens semi-directifs. Lorsque que nous en faisons les comptes, le total nous paraît aussi minuscule que colossal : près de soixante-dix entretiens pour un total de plus de trente heures d'enregistrements. Minuscule car bien que les personnes nous aient largement ouvert leur porte, elles ne nous ont livré qu'une partie fragmentaire de leur vie. Comment résumer une vie si longue, expliquer l'enchaînement des évènements, l'intervention des différents protagonistes, *a fortiori* à une personne qui n'a

³⁷⁴ Les EHPAD en France hébergent 80 % de l'ensemble des résidents et ceux dont le statut est public près de la moitié (49,33 % de l'ensemble des EHPAD). Source enquête EHPA – DREES 2015.

³⁷⁵ La taille moyenne des EHPAD en France est de 81 places. Le taux d'encadrement est de 69,9 % en EHPAD publics et 62,8 % pour l'ensemble des EHPAD. Le tarif d'hébergement journalier moyen est de 55,90 € pour l'ensemble des EHPAD et de 54,10 € pour les EHPAD publics. Source : enquête EHPA, DREES, 2015. Celui de notre établissement de référence est de 56,54 €.

pas toujours été sûre de savoir ce qu'elle cherchait ? Colossal car ces entretiens nous ont fourni près de sept cents pages de retranscription. Comment, devant cette profusion de mots, d'histoires individuelles nous autoriser à penser, à écrire que ce que nous avons vu et entendu pouvait constituer des éléments de connaissances scientifiques ?

Le premier ouvrage que l'une de nos directrices de thèse nous a recommandé est celui-ci de Stéphane Beaud et de Florence Weber : *Guide de l'enquête de terrain*³⁷⁶. Généralement, il est conseillé aux jeunes étudiants qui entament leurs premiers travaux de terrain. Pourtant celui-ci nous a suivi tout au long de notre recherche, tant pour les conseils pratiques, dont il fourmille, que pour l'état d'esprit ou position scientifique qui nous semble être assez bien résumé dans ce passage : « *Rappelons que nous ne sommes pas dans une logique d'échantillon : ce que nous observons ne « vaut » pas pour une autre population que celle que nous avons enquêtée directement. De ce point de vue, nous entrons dans la catégorie des monographies. Pour autant, nous n'abdiquons pas de toute ambition à la généralisation. Simplement nous ne généralisons pas sur des « individus » ou des « populations », mais sur des « processus » et des « relations ». Et surtout, nous entrons dans une logique cumulative : nous nous essayons à des interprétations et des hypothèses, par définition générales, qui ont vocation à être contestées, ici et ailleurs. Nous apportons une pierre, à notre modeste mesure, à l'édifice cumulatif qu'ont édifié nos prédécesseurs. Loin de chercher l'originalité théorique à tout prix, et la table rase, nous nous situons dans une tradition scientifique solide, même si elle n'est pas reconnue universellement, et nous avançons sur le terrain déjà bien balisé de la description des relations sociales.*³⁷⁷ »

Du point de vue pratique, nous avons fixé très peu de critères pour démarrer nos entretiens. Nous avons expliqué aux professionnels que nous souhaitions rencontrer des résidents « du coin » et si possible qui étaient arrivés depuis peu de temps. Lorsque cela a été possible, nous nous sommes entretenue avec elles dans le premiers mois de leur arrivée, puis après six mois et après un an, afin de mesurer comment leur perception de leur nouvelle vie évoluait dans le temps. Nous avons également croisé ces entretiens avec un ou plusieurs membres de leur famille et, quand cela était réalisable, avec un professionnel avec lequel les résidents avaient un lien (parenté et voisinage principalement). De plus, nous avons rencontré deux élus de la commune : le Maire et une adjointe. Le premier étant le président du Conseil d'établissement, la seconde salariée de la structure. Nous avons également échangé avec des personnes incontournables (le Directeur, l'animatrice, la cadre de santé, le médecin coordonateur, le

³⁷⁶ Beaud S., Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, 4^{ème} édition, Paris, 2010 [1997].

³⁷⁷ *Ibid.*, p. 247-248.

Président de l'association...). Ces entretiens ont été réalisés avec l'appui de guides³⁷⁸, au gré des rencontres, des opportunités et des contraintes. Nous avons également eu de nombreuses conversations, certaines longues, installée dans un bureau, et d'autres plus furtives, au détour d'un couloir.

Dans ce genre de structure les possibilités d'entretiens sont forcément limitées à un type de population hébergée, à savoir les résidents qui peuvent répondre à des questions, pendant un temps relativement long. Afin de diversifier nos angles d'approches (les personnes nous étaient indiquées par les salariés), nous avons sollicité plusieurs professionnels (soignants, personnels administratifs, médecin...) : chacun ayant une vision particulière des résidents et de ceux qui étaient en capacité de nous répondre (nous nous sommes rendu compte que le personnel soignant avait tendance à nous orienter uniquement vers les personnes ayant le moins de difficultés). Ce parti pris nous a permis de rencontrer un large éventail de personnes, suffisamment pour observer des formes de réalités différenciées et stables.

Le fait de bien connaître le territoire fût un réel avantage, car ayant une base de compréhension et de connaissances mutuelles, nous avons pu, la plupart du temps, engager une discussion confiante avec les personnes. Pour les résidents, échanger avec « une jeune » qui sait où se trouve leur « pays » (qui bien souvent n'est qu'un hameau dans un petit village), a l'habitude de leur accent bien tranché et de leurs mots de patois ou comprend ce que cela signifiait d'être paysan ou « dans la culture » avant l'arrivée du tracteur (pour l'avoir entendu raconté par nos grands-parents) a largement facilité nos entretiens. Finalement, la grande majorité d'entre eux a apprécié de pouvoir discuter avec quelqu'un longuement (les contraintes de temps dans ce type de structure ne leur en donnant finalement assez peu l'occasion), sans que cela ait des conséquences pour leur environnement.

Ce fût le cas également pour les professionnels et les familles. Pour les premiers, expliquer leur métier était une bonne manière de valoriser leur travail, souvent éprouvant et peu considéré. Pour les secondes, le placement de leur parent est quasiment systématiquement vécu comme un échec, un abandon. Aussi, le fait de pouvoir raconter ce passage, l'expliquer, le justifier auprès d'une personne extérieure (sensée avoir des connaissances dans le domaine) leur a très probablement fourni l'occasion d'attribuer une valeur plus positive aux choix qu'ils ont opérés.

³⁷⁸ Voir annexes 13 - A, B, C et D : « Guides d'entretiens résidents – professionnels – familles – élus ».

Aussi, et bien loin d'une dimension thérapeutique, notre travail fût également l'occasion, à certains moments, de rééquilibrer la relation enquêteur/enquêtés et nous espérons que ces derniers ont pu en tirer quelques intérêts, voire bénéfiques.

Nous avons fait le choix de retranscrire l'ensemble des entretiens que nous avons conduits à l'aide d'un logiciel permettant une analyse quantitative et qualitative. Ce travail nous a permis de dégager différents thèmes et de les confronter à nos hypothèses. Nous avons également réalisé une analyse transversale de notre matériau afin d'établir la présence ou l'absence de récurrence dans les discours des personnes et/ou de leur entourage familial et professionnel.

2.2.2 Autres sources de données

2.2.2.1 Données statistiques et documentaires de l'établissement

Nous avons fait passer un court questionnaire³⁷⁹ à destination des professionnels afin de connaître les relations (familial, amical et de voisinage) qu'ils entretiennent avec leurs collègues et les résidents ou leur entourage : plus de la moitié a accepté de le renseigner. L'exploitation de ces questionnaires nous a donné une première confirmation de l'existence d'une proximité importante entre eux. La dernière partie de ce questionnaire invitait les personnes à me laisser leurs coordonnées si elles acceptaient de nous rencontrer pour un entretien. Plusieurs y ont consenti et nous avons pu échanger avec certaines que nous ne connaissions pas encore.

Nous avons eu, de plus, l'autorisation de passer deux semaines au sein des services administratifs et d'accéder à une partie autorisée des dossiers des résidents et des professionnels. Ce temps de travail nous a fourni une quantité de données importantes³⁸⁰ : origine géographique, état civil, statut...

A l'appui de cette première base, nous avons sollicité trois professionnels, parmi les plus anciennes et ayant une bonne connaissance des différentes personnes, du fait de leur fonction et de leur implantation locale (la responsable de l'accueil et des entrées, la responsable administrative et l'animatrice). Celles-ci ont bien voulu prendre le temps de nous aider à compléter trois documents de synthèse afin de valider pour partie nos hypothèses : les deux premiers documents visaient à décrire les relations ou connaissances qu'ont les résidents et les professionnels à l'intérieur de l'établissement ; le troisième à définir l'origine professionnelle des conjoints et des parents des salariés.

³⁷⁹ Voir annexe 14 : « Questionnaire à destination des professionnels de l'établissement ».

³⁸⁰ Voir annexe 15 : « Présentation synthétique du personnel et des résidents de l'établissement ».

Enfin, nous avons également conduit un travail de compilation et d'analyse documentaire des productions de l'établissement : journaux, production artistique, planning des activités, comptes rendus du Conseil d'administration, projet d'établissement et revue du site internet.

2.2.2.2 Les temps d'observation

Nous avons fait le choix de nous centrer sur la conduite d'entretiens. D'une part, car ils placent le sujet dans une dynamique et lui permet d'être acteur des connaissances produites grâce à lui et d'autre part, parce qu'ils sont les plus à même de nous faire accéder aux logiques qui sous-tendent leurs actions. En outre, nous avons déjà pu nous immerger de manière active et productive lors de notre stage de six mois dans un autre établissement, ce qui nous avait permis de bien cerner les différentes dimensions inhérentes à la vie en institution et de conduire de nombreuses observations participantes (admission, réunion de transmission ou de synthèse, travaux avec le Conseil d'administration et de la vie sociale, etc.).

Aussi, nous n'avons pas reconduit ici cet exercice, notamment car nous ne voulions pas interférer dans le travail des professionnels et que nous souhaitions rester le plus possible libre d'aller et venir sans être contrainte par des horaires ou des missions à effectuer.

Nous avons donc privilégié les temps forts de la vie de l'établissement (vœux de début d'année, repas des familles, kermesse...). Nos déambulations dans les couloirs labyrinthiques de la structure ont été également riches d'enseignement ; il en fût de même pour le temps avec les services administratifs : notre présence étant devenue presque évidente, nous avons eu accès à des moments et des paroles pris sur le vif et sans interprétation de la part des acteurs.

2.2.2.3 Les données nationales

Nous avons enfin réalisé un laborieux travail de compilation et de spécification des données nationales, relatives au secteur qui nous intéresse. Les principales sources sont issues de l'enquête EHPA, conduite par la DREES, dont les résultats sont présentés en majorité dans la première partie de notre document. Il nous aura fallu plus de deux ans pour obtenir les autorisations d'accéder à ces données et pour trouver une personne habilitée localement à les traiter afin de les anonymiser.

Toutefois, et malgré des temps de découragement, il nous semblait essentiel de ne pas faire l'impasse sur celles-ci. En effet, jusqu'à présent, l'impact de la localisation des établissements

a été peu étudié, alors que l'implantation est réellement importante, notamment en termes de ressources disponibles et de moyens alloués. Les structures d'hébergement pour personnes âgées implantées en milieu rural ont bien des caractéristiques statistiques spécifiques, ce qui génère indubitablement des conséquences sur la manière dont les personnes y vivent, et l'éclairage de ces données nous a été précieuse pour mieux appréhender les mécanismes sous-jacents des phénomènes que nous avons pu observer : *« Car l'opposition pertinente n'est pas selon nous, entre enquête quantitative et enquête qualitative (opposition cristallisée dans les différentes institutions d'enseignement et de recherche), elle se situe plutôt entre enquête mécanique et enquête réflexive : la première ne se donne pas pour objet les conditions de production de ses données (ce sont de purs data), tandis que la seconde soumet constamment ses données à la réflexion et à la critique (qu'il s'agisse des indicateurs et des catégories statistiques ou des faits ethnographiques). L'enquête ethnographique et l'enquête statistique ne sont pas opposées mais complémentaires : la meilleure ethnographie devrait donner des armes à l'enquête statistique en lui offrant les moyens d'affiner son questionnaire et de mieux prendre en compte les diversités sociales, la bonne enquête statistique permet de « cadrer » finement l'enquête de terrain et de lui suggérer des questions.³⁸¹ »*

³⁸¹ Beaud S., Weber F., Guide de l'enquête de terrain..., op. cit., p.10.

3. Problématisation, société rurale, culture rurale ? Des manières différenciées d’appréhender la vieillesse et vieillissement

Notre recherche s’appuie sur l’hypothèse qu’il existe des caractéristiques sociales, culturelles, économiques et physiques spécifiques au milieu rural. Que celles-ci créent des modes de sociabilité et de solidarité qui influencent de manières particulières le vieillissement des personnes et la façon dont elles sont prises en charge localement, notamment dans le cadre de leur vie en établissement. Nous postulons également que ces caractéristiques spécifiques sont pour partie issues directement de la culture et des valeurs du monde paysan, quand d’autres ont été réinterprétées ou réinventées, à travers la mémoire et les usages soit de ceux qui sont nés³⁸² en milieu rural, soit de ceux qui sont venus s’y installer à la recherche de ces modes de vie, créant des formes hybridées d’habiter un territoire rural. Finalement, nous souhaitons démontrer que les vieillesse en milieu rural et les façons de les vivre et de les accompagner sont très diverses, mais que cette diversité peut être également le gage d’une vie plus soutenable malgré des conditions peu favorables, voire très difficiles.

Pour ce faire notre travail vise, et ce quel que soit le type de personnes (résidents, professionnels et famille), à décrire et à analyser les différentes étapes du parcours biographique des personnes les ayant amenées à venir vivre ou travailler en EHPAD et le sens qu’elles donnent à ces différentes étapes. De plus, nous nous sommes penchée sur la manière dont leur inscription, plus ou moins longue, dans le territoire de recherche, a pu influencer ce parcours : durée de vie dans le territoire, étendue et intensité de l’appartenance à différents groupes ou réseaux sociaux, usage du territoire (professionnel, loisirs) et fréquence (permanent, régulier ou occasionnel), etc.

Ainsi, nos travaux se sont inscrits dans une double caractérisation, à la fois diachronique (parcours des personnes) et synchronique (milieux de vie dans lequel ces parcours se réalisent). Dans cette perspective, nous visons dans cette thèse à nous dégager d’une vision du rural et de ses habitants trop souvent manichéenne, oscillant entre deux extrêmes : un lieu de tout ou un lieu du vide.

A cette fin, notre principal matériel d’analyse est constitué d’entretiens semi-directifs, orientés vers les récits de vie, afin d’appréhender les processus biographiques décrits par les personnes

³⁸² Nous rappelons ici que les résidents en EHPAD ont en moyenne 85 ans et qu’ainsi la plupart sont nés au début des années 1930. La grande majorité des personnes que nous avons interrogées se définissent comme originaires « du pays » et ont grandi avec ce modèle culturel.

et d'avoir une lisibilité sur les représentations que les individus se font de leur parcours. Ce type d'entretiens est tout particulièrement intéressant dans le cadre de recherche portant sur le vieillissement car celui-ci, en tant que processus, alliant ruptures et continuités, changements et permanences, peut prendre sens lorsque les trajectoires individuelles décrites sont éclairées par une histoire plus globale des contextes sociaux dans lesquels elles s'inscrivent.

Toutefois, dans ce type d'exercice, *a fortiori* avec des individus âgés, les récits sont des reconstructions. Ils ont tendance à unifier, parfois de manière artificielle, les parcours en minimisant ou en accentuant certains aspects ou acteurs afin de leur conférer une signification, une cohérence au court de leur vie, là où les événements se sont, parfois, déroulés du simple fait de l'écoulement du temps. Afin de réduire ce type d'écueils, décrit par Bourdieu³⁸³, nous avons répété les entretiens à plusieurs reprises³⁸⁴ et nous les avons croisés avec ceux de l'entourage familial et professionnel.

Consciente également du caractère, par définition, lacunaire de notre matériau, lié aux caractéristiques spécifiques des personnes enquêtées (chacune étant plus ou moins prête à se livrer et à nous donner des clefs d'analyse), nous avons également conduit une recherche approfondie dans la littérature scientifique.

3.1 Un monde rural ?

A la suite de l'ouvrage d'Henri Mendras³⁸⁵, la plupart des travaux ont eu tendance à décrire un modèle social et culturel paysan en voie de disparition. Certes, la société paysanne, telle que définie par cet auteur et caractérisée par cinq traits principaux, n'existe plus³⁸⁶ (« *un système économique agencé selon la logique d'autosubsistance qui ne distingue pas production et consommation ; la confusion famille-entreprise donne un rôle central au groupe domestique ; la collectivité locale forme une société d'interconnaissance ; la tradition commande tous les actes ; la collectivité locale, étant incluse dans une société englobante, jouit d'une autonomie relative à l'égard de celle-ci ; par conséquent, les fonctions de médiations avec l'extérieur sont*

³⁸³ Bourdieu P., « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, p. 69-72.

³⁸⁴ Nous avons essayé, autant que possible, de nous entretenir avec les personnes à leur arrivée dans l'établissement puis après six mois et un an.

³⁸⁵ Mendras H., *La fin des paysans, innovations et changements dans l'agriculture française*, SEDEIS, Paris, 1967.

³⁸⁶ Si tant est que l'on puisse considérer qu'elle ait existé, car cette définition, donnée par Henri Mendras, décrit cinq caractéristiques d'un idéal-type de la société paysanne, au sens de Weber, c'est-à-dire en tant que construction intellectuelle et non la description concrète d'une réalité.

très importantes »³⁸⁷). Pourtant, nous postulons que de cette organisation sociale, à la base de la société française jusque dans les années 1960-1970, un certain nombre de caractéristiques sociales et culturelles perdurent et que d'autres ont été remaniées, réinterprétées.

Premièrement, si les agriculteurs exploitants ne représentent plus qu'un peu plus de 3 % de l'ensemble des catégories professionnelles, ils restent néanmoins les principaux propriétaires des terres. La France métropolitaine demeure agricole : plus de vingt-huit millions d'hectares sont occupés par des activités agricoles sur les cinquante-cinq millions que compte le territoire français métropolitain³⁸⁸. Ainsi, et au-delà du patrimoine détenu, les agriculteurs définissent l'usage de plus de la moitié des terres³⁸⁹ et, même si leur mode de vie a profondément évolué en comparaison de celui des paysans des années 1950, ils sont encore, pour la plupart, attachés à certaines valeurs, fortement liées à leur activité professionnelle. Cela est confirmé par les travaux récents d'Ingrid Lignerès dans le cadre de sa thèse en sociologie³⁹⁰ : après avoir constitué ce qu'elle nomme une configuration de valeurs ou référent culturel commun au monde paysan, par une étude de la littérature scientifique, elle a pu comparer cet ensemble auprès des exploitants actuels. Son analyse démontre une forme de syncrétisme entre les valeurs plus anciennes de la paysannerie et celles des agriculteurs d'aujourd'hui, qu'elle nomme « agripaysan ». Cinq valeurs prédominent : le travail de la terre, la nature, la famille restreinte, la transmission-donation et la réaction-adaptative. *« Ces valeurs sont difficiles à dissocier et se retrouvent dans la vie professionnelle comme dans la vie privée, confirmant l'imbrication des deux dimensions. Le travail est la valeur centrale chez les enquêtés de notre corpus, élément de construction de leur identité et l'ensemble des valeurs du référent culturel « agripaysan » découle de cette valeur. Il s'agit d'un travail qui se fait avec la famille restreinte (épouse et/ou père et dans une moindre mesure les enfants) et sur du vivant, au rythme des saisons ; la terre et la nature de manière générale étant la base du métier, il faut les préserver. De plus, les terres possédées appartiennent à la famille, pour la grande majorité d'entre eux, depuis un certain temps et sont ainsi transmises de génération en génération, symbolisant donc une chaîne familiale et la famille. Par conséquent, la transmission-donation ne se réduit pas à une*

³⁸⁷ Mendras H., *Éléments de sociologie*, Armand Colin, Parsi, 1989, p. 129.

³⁸⁸ Source : site du ministère de l'Agriculture : <http://agriculture.gouv.fr/agriculture-et-foret/quelle-part-du-territoire-francais-est-occupee-par-lagriculture> . Consulté le 19/07/2018.

³⁸⁹ Ce qui ne va pas sans heurts dans certaines localités car d'autres catégories de population ont également investi la campagne pour des usages différents : loisirs, préservation...

³⁹⁰ Lignerès I., *Les valeurs de la culture paysanne dans le monde agricole contemporain : une enquête sociologique en Carcassonnais et en Roussillon*, thèse de doctorat, Université de Perpignan Via Domitia, novembre 2015.

transmission de terres ; dans la mesure où l'exploitation est liée à la famille et où le patrimoine s'hérite, un lien nécessaire s'établit entre terre et parenté. [...] Ce métier n'est possible (mais pas impossible) qu'à condition d'avoir reçu une exploitation et/ou des terres afin de pouvoir s'installer. Cependant, si les enquêtés veulent continuer à exercer leur profession, ils doivent faire preuve de réaction-adaptative autrement dit toujours s'informer, s'adapter, ne pas hésiter à se remettre en question.

Les entretiens ont mis en évidence que l'ensemble des enquêtés de notre corpus entretient de près ou de loin, un lien plus ou moins ancien avec l'agriculture. En effet, ils ont tous souligné avoir des « racines » paysannes – ne rejetant pas ainsi leur passé mais construisant leur présent et leur futur en accord avec celui-ci – même si, pour une minorité, le métier a sauté une génération. Néanmoins, ils ont tous transformé l'exploitation reçue, ils se sont mécanisés et ont suivi les évolutions du métier, que ce soit sur le plan technique comme cultural.³⁹¹»³⁹²

Il convient également, de noter que les agriculteurs exploitants ne sont pas une catégorie uniforme et les différentes valeurs, investiguées par Ingrid Lignerès, ne sont pas investies ou mobilisées avec la même importance ; toutefois, « *ce secteur professionnel continue de développer des attitudes et des opinions qui lui sont propres*³⁹³ ».

De plus, leur influence dans la politique locale demeure très importante : en 2014, près d'un quart des maires de France sont agriculteurs exploitants et bien que leur poids tende à diminuer pour l'ensemble des communes, celui-ci est toujours aussi majeur dans les communes de moins de 10 000 habitants³⁹⁴. Il s'agit donc d'une catégorie socio-professionnelle qui reste influente, tant dans les orientations prises que dans les usages des terres des communes rurales et ce, y compris auprès des nouveaux arrivants.

En effet, et deuxièmement, on a vu plus haut que les caractéristiques des habitants des campagnes sont très hétérogènes³⁹⁵, tant du point de vue social, professionnel, culturel et économique que dans les motivations qui les ont amenés à venir s'établir en zone rurale. Pourtant, plusieurs dimensions communes ont retenu notre attention dans les recherches

³⁹¹ Lignerès I., Les valeurs de la culture paysanne..., op. cit., p. 517-518.

³⁹² Nous utiliserons plus loin ce cadre d'analyse afin d'explorer notamment, les modalités d'exercice des professionnels en établissement.

³⁹³ Hervieu B., Purseigle F., *Sociologie des mondes agricoles*, Armand Colin, Paris, 2013, p. 229.

³⁹⁴ Pour plus de détail, voir notamment, les travaux de Michel Koebel à ce sujet et notamment son article : « Le profil social des maires de France », *Pouvoirs*, vol. 148, n° 1, 2014, p. 123-138.

³⁹⁵ Se reporter à la partie 1. « Délimitation du champ d'étude, le milieu rural : une approche de mondes multiples », p. 10, paragraphe « Des populations « de souche » et des « nouveaux habitants » de notre texte.

effectuées à ce sujet : d'une part, pour les migrants, le nouveau lieu d'habitation est fortement chargé de sens et cela bien au-delà du fait de vivre en « pleine nature ». Soit il est considéré comme un « *espace de référence* », où les personnes estiment avoir déjà un lien avec leur passé, il renvoie « *à l'ancestralité, aux lieux de l'origine familiale, aux lieux de vie des grands-parents et de naissance des parents, à la mémoire historique non nécessairement vécue et permettent de se situer dans une lignée*³⁹⁶», soit comme « *espace fondateur* » porteur de caractéristiques leur permettant d'y inscrire leur propre histoire³⁹⁷. D'autre part, la plupart de ces nouveaux habitants se sont installés à la campagne en recherche d'un lieu de vie aux aménités réelles ou idéelles, voire fantasmées, et dont les valeurs et la culture leur semblent être en adéquation avec leurs aspirations de vie. Pour ceux qui souhaitent s'installer durablement (soit de manière permanente ou ponctuelle) et s'investir dans la vie de leur commune, il paraît évident de se rapprocher de leurs voisins agriculteurs, « *sésames pour entrer dans la vie locale*³⁹⁸ ». Dans l'enquête réalisée par Vincent Banos et Jacqueline Candau, relative aux modes de définition des personnes qui sont « d'ici », les agriculteurs sont omniprésents. Pas seulement parce qu'ils sont facilement repérables en étant visibles lorsqu'ils travaillent ou plus facilement accessibles³⁹⁹, mais vraisemblablement parce qu'ils sont considérés comme porteur d'une valeur symbolique importante : « [...] *la mention « agriculteur » apparaît dans tous les témoignages, pour parler non seulement de ceux qui, aujourd'hui, exercent cette profession, mais pour évoquer également ceux qui l'ont été, qu'il s'agisse de parents ou, éventuellement, d'autres membres de la famille. Cette catégorie paraît à ce point importante que certains enquêtés préfèrent dire qu'un de leurs voisins n'est pas agriculteur plutôt que de préciser sa profession. Pour les résidents venus d'ailleurs, cette attention tient en partie aux premiers contacts établis lors de leur installation, notamment au moment de l'achat de la maison souvent vendue par un agriculteur, au moins pour les transactions réalisées jusque dans les années 1990.*⁴⁰⁰ » Pour ceux qui souhaitent investir leur lieu de résidence comme un lieu de vie sociale,

³⁹⁶ Gotman A., « Géographies familiales, migrations et générations », in Bonvalet C., Gotman A., Grafmeyer Y. (dir.), *La Famille et ses proches. L'aménagement des territoires*, PUF-INED, Paris, 1999, p. 76.

³⁹⁷ A ce sujet, voir les travaux de Josette Debroux et notamment son article « Migration d'actifs vers l'espace « rural isolé ». Eléments d'analyse sur les liens à l'espace d'arrivée », *Norois*, n° 200, 2006, p. 79-89.

³⁹⁸ Banos V., Candau J., « Les agriculteurs, des voisins reconnus par les nouveaux résidents », *Informations sociales*, n° 164, 2011/2, p. 27.

³⁹⁹ Notamment avec l'accès direct à leur lieu de vie *via* la vente de produits fermiers.

⁴⁰⁰ Banos V., Candau J., « Les agriculteurs, des voisins reconnus par les nouveaux résidents », *Informations sociales*, n° 164, 2011/2, p. 28.

les agriculteurs sont très souvent privilégiés en termes de premières relations⁴⁰¹, car « *qui mieux que les agriculteurs en connaît les normes de fonctionnement implicites puisqu'ils sont, pour ces nouveaux venus, les archétypes des gens d'ici ?* »⁴⁰². Les agriculteurs (dont certains se nomment eux-mêmes paysans) restent porteurs de l'identité et de la culture rurale et ainsi, des médiateurs privilégiés en termes d'intégration.

Cette exploration de la littérature scientifique nous permet de confirmer que les références culturelles liées au mode de vie à la campagne sont bien présentes, soit par héritage soit par assimilation, et que celles-ci sont de nature à produire des effets spécifiques sur les personnes âgées dépendantes vivant en établissement ainsi que sur leur entourage familial et professionnel.

3.2 Des vieillesse et un vieillissement spécifiques

D'une manière générale, nous pouvons considérer deux étapes possibles dans la vieillesse, difficilement définies par des catégories statistiques, tant les spécificités de chaque individu sont prépondérantes : celle de l'avancée en âge, du passage du temps, et celle de l'entrée dans des formes de fragilité ou de vulnérabilité qui implique des épreuves et un véritable travail de la part des personnes. Dans cette perspective, comprise en tant que processus dynamique, ces deux étapes sont conçues comme des idéaux-types, car les vieillissements vécus des individus sont le plus souvent en tension entre ces deux pôles. Quand certains domaines ou activités pourront très tôt donner lieu à des abandons, d'autres pourront être conservés, voire être réinvestis. Ici la vieillesse est comprise dans l'ensemble de la trajectoire des personnes, entre construction sociale des étapes et les conditions individuelles de leur franchissement. Elle permet alors d'identifier les mouvements de déprises et de reprises, le milieu dans lequel elles se réalisent et la manière dont chaque individu les interprète. Parce que nous considérons le milieu de vie des personnes, dans le prolongement d'Yves Grafmeyer, comme « *une entité, à la fois spatiale et humaine, une unité de vie collective, un cadre de référence auquel sont associées des images et des pratiques spécifiques* »⁴⁰³, vivre et vieillir à la campagne impliquent des pratiques et des représentations spécifiques, facilitées ou limitées par le milieu dans lequel elles s'expriment. La conjugaison de ces deux approches (temporelle et physique) permet alors

⁴⁰¹ Ces premiers contacts ne préservent en rien des risques de conflit d'usage une fois les nouveaux habitants installés durablement.

⁴⁰² Banos V., Candau J., « Les agriculteurs, des voisins reconnus, *op. cit.*, p. 28-29.

⁴⁰³ Grafmeyer Y., Habiter Lyon. Quartiers et milieux du centre-ville, PUL, Lyon, 1991, p.17.

de dessiner des parcours spécifiques du vieillir en milieu rural, mis en perspective par des représentations typiques de la vieillesse.

S'agissant plus particulièrement de la population étudiée des personnes âgées vivant en EHPAD implanté en milieu rural, nous avons pu distinguer trois grandes catégories d'individus : les personnes natives « du pays » et qui y ont vécu toute leur vie, les personnes natives « du pays » parties pour des raisons professionnelles et/ou familiales puis revenues au moment de la retraite et celles, plus rares, venues s'installer tardivement afin de se rapprocher d'un enfant pouvant les accompagner dans leur vieillesse⁴⁰⁴, voire leur entrée en établissement. Cette typologie nous a servi de fil conducteur lors de nos analyses. Avant d'en décliner les principaux résultats, nous allons présenter ci-dessous, les caractéristiques générales et spécifiques de l'entrée en institution.

⁴⁰⁴ Il existe une quatrième catégorie de personnes non natives, venues s'installer à la campagne au moment de la retraite. Toutefois, nous n'avons pas rencontré ce type de personnes et supposons que celles-ci n'ayant pas suffisamment d'attaches et de supports partent se rapprocher de leur ancien lieu de vie ou d'un parent au moment de leur entrée en EHPAD. A ce sujet voir les travaux d'Isabelle Mallon qui tendent à confirmer cette hypothèse.

4. L'entrée en établissement, choix, non-choix ou contrainte ?

4.1 Les facteurs de risque d'entrée en institution, données générales

En 2015, près de 730 000 personnes âgées vivent en établissement en France métropolitaine. L'entrée s'effectuant à des âges de plus en plus avancés, on y retrouve majoritairement des individus de plus de 85 ans. La répartition par rapport à la population générale s'exprime ainsi : la moitié des plus de 97 ans vit en structure, un quart des plus de 90 ans, contre seulement une personne sur quarante des 75-79 ans et une sur cent des 60-64 ans. Les femmes y sont presque trois fois plus nombreuses (74 % contre 26 %) que les hommes, du fait de l'écart entre leurs espérances de vie, mais également d'une institutionnalisation plus fréquente (à âge égal) pour les femmes.

D'une manière générale, et quels que soient les critères pris en compte, les personnes vivant en établissement ont une plus mauvaise santé que celles qui vivent toujours à leur domicile⁴⁰⁵. En structure, les altérations motrices et cognitives concernent, selon l'âge, entre la moitié et les deux tiers des personnes. Les altérations cognitives sont huit fois plus fréquentes chez les individus en institution que chez ceux vivant à leur domicile, cause la plus fréquente d'entrée en établissement d'hébergement.

On remarque également que les personnes vivant en structure ont souvent un réseau familial et de soutien plus faible : seul 10 % d'entre eux vivent en couple, contre 79 % des personnes du même âge vivant à domicile. Elles sont, de surcroît, plus nombreuses à ne pas avoir eu d'enfant.

⁴⁰⁵ Voir notamment l'enquête Handicap-Santé : « Le différentiel de santé s'observe tout d'abord au travers des indicateurs de santé relativement généraux que sont l'état de santé général déclaré par la personne, l'existence de maladie chronique et de son état de santé « fonctionnel ». L'état de santé fonctionnel approche la santé par ce qu'une personne peut ou ne peut pas faire en raison de sa santé. Il est ici mesuré de manière globale par l'existence de limitations d'activité dues à des problèmes de santé. Chacun de ces indicateurs mesure des aspects différents de la santé (ce n'est pas la même chose d'avoir une maladie chronique et d'être limité dans ses activités en raison d'un problème de santé) mais sous chacun de ces aspects, la population vivant en institution est en plus mauvaise santé que celle vivant en ménage. L'état fonctionnel peut être plus précisément mesuré par la présence d'« altérations » fonctionnelles : altérations motrices, sensorielles ou cognitives. Dans chaque cas, l'altération est définie par la conjonction d'une déficience déclarée (par exemple une déficience cognitive) et d'une limitation associée. Ces catégories recouvrent des problèmes de gravité plus ou moins sévère. » Source : Bouvier G., Lincot L., Rebiscoul C., « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », France-portrait social, INSEE référence, 2011, p.125. Les données citées dans ce paragraphe sont issues de cette même enquête.

De même, bien que les visites d'amis et de voisins décroissent avec l'âge, elles sont moins fréquentes pour les personnes vivant en structure. En termes de probabilité pour les individus âgés de 60 à 80 ans d'entrer en institution, le défaut d'entourage humain pèse autant que l'état de santé. En importance relative, c'est le célibat (ou le veuvage) qui pèse le plus chez les hommes et les problèmes cognitifs chez les femmes. Toutefois, après « 80 ans, le fait d'avoir une altération cognitive est toujours associé au fait d'être en institution mais le lien est moins fort. Les influences de l'environnement humain, bien que toujours vraies, s'atténuent également. Il est possible que l'hébergement en institution s'explique davantage par un cumul de difficultés (problème de santé, défaut d'entourage) que par un seul critère.⁴⁰⁶ »

S'il existe bien des liens entre l'état de santé et l'entrée en établissement, ils ne sont donc pas aussi directs qu'on pourrait le penser. D'autres facteurs interviennent de manière certaine : inadaptation de l'aide disponible (qu'elle soit professionnelle ou familiale), insuffisance des ressources ou encore inaptitude de l'habitat (escaliers, sanitaires, chauffage, etc.). D'après différentes études, on sait aujourd'hui que l'aide aux personnes dépendantes à leur domicile est principalement apportée par une seule personne (majoritairement la fille aînée ou l'épouse du fils aîné⁴⁰⁷). De ce fait, les personnes n'ayant pas la possibilité de se faire aider par un membre de leur famille (éloignement géographique, absence ou rupture familiale, incompatibilité avec l'activité professionnelle, etc.) ont un plus grand risque d'entrer en établissement. Les travaux de recherche conduits par Aline Desquelles et Nicolas Brouard⁴⁰⁸ ont permis de vérifier cette hypothèse au début des années 2000, via les données de l'enquête HID (Handicaps, Incapacités et Dépendance) conduite par l'INSEE, en comparant le réseau familial (ascendance, descendance et fratrie) des personnes âgées dépendantes selon leur mode d'hébergement. Par rapport aux personnes mariées, les personnes veuves, séparées, divorcées et plus encore les célibataires vivent très clairement plus fréquemment en institution. Deux hypothèses permettent

⁴⁰⁶ Bouvier G., Lincot L., Rebiscoul C., « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », *France- portrait social*, INSEE référence, 2011, p. 133.

⁴⁰⁷ Voir Duthiel N., « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Etudes et résultats*, DREES, n° 142, 2001. Et Renaut S., Rozenkier A., « Les familles à l'épreuve de la dépendance », in Attias-Donfus C. (dir.), *Les solidarités entre générations – Vieillesse, familles, Etat*, Nathan, Paris, 1995, p. 181-208.

⁴⁰⁸ Desquelles A., Brouard N., « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, 58^{ème} année, n° 2, 2003, p. 201-207. Nous avons fait le choix d'utiliser cette étude, bien que relativement « ancienne » pour deux raisons principales : d'une part, elle reste la seule, actuellement et à notre connaissance, à analyser de manière globale l'ensemble des facteurs influençant l'entrée en établissement. D'autre part, les données plus récentes (notamment enquête EHPA 2015), nous autorisent à penser que les résultats des travaux d'Aline Desquelles et Nicole Brouard sont toujours probants.

d'expliquer cette prévalence (entrée en institution pour les personnes seules). La première est celle de l'effet de « sélection » : l'existence de difficultés, voire d'incapacités, pourrait jouer sur l'état matrimonial des personnes (handicap, difficulté personnelle, professionnelle⁴⁰⁹, etc.). La seconde est celle d'un effet « protecteur » de la vie en couple. On retrouve dans la littérature scientifique différents exemples des effets bénéfiques relatifs à la présence d'un conjoint : hygiène de vie, incitation au suivi médical, soutien morale et affectif... Cet effet est très présent aux âges avancés lorsqu'une des deux personnes est en perte d'autonomie et que l'autre « compense », voire masque, les difficultés.

La prévalence est également significativement plus forte chez les personnes n'ayant ni frère, ni sœur, ni enfant. L'écart avec les personnes vivant à leur domicile est tout particulièrement marqué dans les groupes d'âges les plus jeunes (c'est également le cas pour les célibataires en institution). Ainsi l'étude conclut : « *En ménage ordinaire, trois personnes sur cinq ont un conjoint et des enfants ; à structure par âge et sexe identique, ce ne serait le cas que d'une personne sur dix en institution. Avoir des enfants mais pas de conjoint est la situation la plus fréquente en institution (57 % des cas). Mais les situations plus défavorables sur le plan de l'étendue du réseau familial sont également surreprésentées en institution : un tiers des personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en institution n'ont ni conjoint, ni descendant, contre 8 % seulement en ménage ordinaire.*⁴¹⁰ ». Ainsi pour chaque groupe considéré, la probabilité de vivre en établissement diminue à mesure que la taille de la famille s'agrandit : « *si 15 % des personnes dépendantes vivent en institution, cette proportion culmine à 70 % s'il s'agit d'une personne seule et tombe à 2 % parmi celles qui ont un conjoint et des enfants.*⁴¹¹ ». On note également que l'origine sociale apparaît de manière fortement discriminante.

Les chercheurs ont ensuite questionné l'incidence de « l'intensité » du réseau familial et plus particulièrement les facteurs pouvant influencer cette intensité pour les personnes âgées dépendantes : 85 % des personnes vivant à leur domicile rencontrent leur famille au moins une fois par semaine et 89 % au moins une fois par mois, contre respectivement 43 % et 57 % des personnes vivant en institution. Toutefois, ces chiffres, une fois ramenés à des populations comparables (rappelons que les résidents en établissement ont nettement moins de famille), la situation des personnes en institution ne se différencie pas significativement de celles vivant à

⁴⁰⁹ On sait que le risque de souffrir d'incapacités et de décéder augmente pour les catégories les plus défavorisées. Ainsi un couple d'ouvriers aura nettement plus de risque de souffrir d'incapacités ou de perdre son conjoint qu'un couple de cadres par exemple.

⁴¹⁰ Desquelles A., Brouard N., « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans..., *op. cit.*, p. 209.

⁴¹¹ *Ibid.*, p. 211.

domicile : « *Le désavantage des personnes en institution, mis en évidence précédemment, résulte donc de la structure différente de ces deux sous-populations relativement à un certain nombre de variables.* ⁴¹² » Ainsi, les facteurs influençant les visites mensuelles sont premièrement la taille de la famille (plus la personne a d'enfants, plus elle a de chance d'avoir des visites ; l'effet du nombre de filles est plus marqué que l'effet du nombre de fils). Deuxièmement, le mariage apparaît comme, là-aussi, un élément favorisant. Troisièmement, la différence de sexe n'a pas d'incidence, alors que l'enquête démontre un effet négatif avec l'avancée en âge des personnes en institution, c'est également le cas pour leur niveau de dépendance. Enfin, l'origine sociale a une influence très significative : la hiérarchie mise en évidence ici est très proche de celle observée lors de l'analyse des probabilités de vivre en établissement.

Les données présentées ci-dessus peuvent laisser croire à une homogénéité de la population résidant en établissement. Or celle-ci est fortement hétérogène, tant du point de vue de son état de santé, des situations familiales ou des niveaux de ressources. Afin de tenter de déterminer des sous-populations-types et de déterminer s'il est possible de leur associer une causalité particulière à leur entrée en institution, Aline Desquelles et Nicolas Brouard ont recouru à une analyse des correspondances multiples, suivie d'une classification hiérarchique⁴¹³. Leur travail a permis de distinguer sept classes de résidents représentant chacune entre 11 et 18 % de la population : les classes 1, 2 et 4 sont caractérisées par des personnes entrées en institution pour des raisons de santé et avec un réseau familial de taille comparable à celles vivant à domicile, les classes 3 et 5 regroupent les individus ayant des ressources plus faibles (tant au niveau économiques que familial), les classes 6 et 7 rassemblent les personnes dont la taille de la famille est très réduite et qui ont très peu, voire aucun contact avec celle-ci.

Cette étude permet, ainsi, de confirmer que l'environnement familial joue un rôle prépondérant dans le maintien à domicile des personnes âgées. La présence d'un conjoint et d'enfants est un facteur tout particulièrement protecteur et, inversement, les personnes âgées en établissement ont en moyenne un réseau familial deux fois plus restreint, toute chose égale par ailleurs. Ce « handicap » des individus hébergés en structure est l'une des causes de la fréquence plus élevée de leur isolement relationnel. D'autres variables entrent en jeu, tel que l'âge ou le niveau de

⁴¹² Desquelles A., Brouard N., « Le réseau familial des personnes âgées..., *op. cit.*, p. 217.

⁴¹³ Les variables retenues et qui ont porté exclusivement sur la population hébergée sont : âge au moment de l'enquête, le sexe, la situation de couple, la taille du réseau familial (quatre classes : pas de famille, une à trois personnes, quatre à six personnes, sept ou plus), la dépendance, l'origine sociale, l'ancienneté de l'entrée en institution et le motif de cette entrée.

dépendance et tendent à entraîner une diminution du nombre de visites. : « *Au total, plus de deux personnes sur cinq résidant en institution, contre une sur dix en ménage ordinaire, n'ont pas de famille proche ou pas de contact mensuel avec celle-ci.*⁴¹⁴ » Cependant, les auteurs nous invitent à nous garder de toutes interprétations trop rapides et surtout trop générales car « *près de la moitié de la population vivant en institution présente des caractéristiques, en termes d'entourage familial, très proches de celles observées pour les ménages ordinaires.*⁴¹⁵»

4.2 Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ?

Entrer en établissement est un véritable traumatisme pour la très grande majorité des personnes âgées. Cette entrée constitue, dans nos sociétés contemporaines, un nouveau rite de passage entre deux catégories d'âges : comme le moment socialement institutionnalisé attestant de la vieillesse de ceux qui y sont soumis. Les personnes concernées sont intégrées dans le groupe des vieux (dépendants) et séparées physiquement et symboliquement du reste de la société. Parce qu'ils sont devenus des charges trop lourdes pour leur entourage familial et/ou professionnel, en raison de difficultés physiques ou cognitives, considérées comme « ingérables » à domicile, l'institutionnalisation devient le seul recours. La chute est très souvent « utilisée » comme justification par les familles et les professionnels⁴¹⁶. S'ils n'ont pas tort d'en craindre les conséquences : « *le syndrome post-chute correspond à une véritable sidération des automatismes posturaux entraînant une perte des réactions d'adaptation posturale, avec difficulté ou parfois même impossibilité totale pour le sujet de se maintenir en orthostatisme. Ce syndrome survient habituellement dans les heures suivant la chute. Il constitue une urgence gériatrique car, en l'absence de prise en charge, il évolue vers une perte définitive des possibilités de mobilité, d'orthostatisme et de marche.*⁴¹⁷», ce type d'accident ne peut, à lui seul, déterminer une entrée en établissement, sans en avoir évalué de manière précise et circonstanciée les causes, les conséquences et les modalités de réadaptation, de ré-habilitation possibles.

Comme nous l'avons dit plus haut, ces problématiques vécues par les personnes âgées masquent d'une part, des déterminants sociaux qui sont fréquemment liminaires entre le maintien à

⁴¹⁴ Desquelles A., Brouard N., « Le réseau familial des personnes âgées..., *op. cit.*, p. 225.

⁴¹⁵ *Ibid.*, p. 225.

⁴¹⁶ Par les résidents également, comme nous le verrons plus loin.

⁴¹⁷ Mourey F., Cohen J., *La rééducation gériatrique*, Lavoisier-Médecine, Paris, 2014, p. 165.

domicile ou l'entrée en structure et d'autre part, une prise en charge et une interprétation qui varient fortement entre les individus, toutes choses égales par ailleurs. Car bien que l'institutionnalisation soit, la plupart du temps, consécutive d'un événement critique dans la vie des personnes (chutes, veuvage, etc.) et précédée d'une période d'hospitalisation, pour autant, les conséquences en termes de choix sont variables. Jean Mantovani, Christine Rolland et Sandrine Andrieu ont permis, dans leur étude⁴¹⁸, de fournir des éléments de compréhension qui expliquent la conjonction des différentes dimensions intervenant dans les processus de décision entre les personnes âgées et leur entourage familial et professionnel. Parmi ces dimensions, figure en premier lieu la question des représentations liées aux modèles et idéaux polarisés entre un « bon » vieillissement et un vieillissement pathologique. Tel que nous l'avons expliqué précédemment, ces représentations sont extrêmement diverses et dépendent de nombreux facteurs (économiques, sociaux, culturels, familiaux, historiques, etc.). Elles sont constitutives d'interactions entre le regard que porte une personne sur son vieillissement et celui des autres : vieillir est un processus individuel, mais socialement construit. Les conditions du vieillissement sont également très fortement influencées par le réseau de soutien (familial et professionnel) qui entoure la personne⁴¹⁹ : l'entrée en établissement, hormis quelques situations, reste très largement un pis-aller, qui entérine et sanctionne une vieillesse qui se passe mal. Elle conduit à considérer les personnes âgées vivant dans les institutions comme des individus déclassés. Aussi, pour les personnes en situation fragile à leur domicile, cette perspective est vécue comme une sorte d'épée de Damoclès qui signifie la fin de leur vie antérieure, mais aussi la fin de leur vie tout court⁴²⁰.

4.3 Prise de risque, quels choix ?

Bien que le consentement de la personne soit systématiquement recherché (tout du moins dans les textes officiels) dans la décision du maintien à domicile ou de l'entrée en établissement, celle-ci n'est pas le seul opérateur de ce choix. Il est constitutif d'une part, des interactions qui se nouent entre les différents acteurs en présence et de leurs systèmes de références (modèles, stéréotype, valeurs, normes, etc.) et d'autre part, d'événements biographiques qui seront évalués à l'aune des représentations de chacun : « *L'espace de choix au moment de la vieillesse fragile*

⁴¹⁸ Mantovani J., Rolland C., Andrieu S., « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », *Etudes et recherches*, DRESS, n° 83, novembre 2008.

⁴¹⁹ Voir Desquelles A., Brouard N., « Le réseau familial des personnes âgées..., *op. cit.*

⁴²⁰ On peut rappeler ici que les personnes qui entrent en établissement pour personnes âgées dépendantes ont en moyenne une espérance de vie d'environ 2,5 ans et un quart y décèdent dans les deux premiers mois.

*est ancré dans une trajectoire individuelle et familiale.*⁴²¹ » La question centrale dans ce contexte est celle du risque (des risques) encouru(s) et des possibles prises de responsabilité qui en découlent. Dans les travaux que nous avons conduits, nous avons pu constater à quel point ces deux notions sont cruciales. La perception du risque est variable selon les époques et les sociétés considérées. Selon les sociologues culturalistes⁴²², les individus auront une perception, une appréhension des risques environnementaux, technologiques et/ou sanitaires différente selon la manière dont ils conçoivent leur corps, la nature qui les entoure et les connaissances qui sont produites par leur environnement. Notre culture et nos valeurs nous fournissent des critères pour hiérarchiser les risques. Notre appréhension sera également fonction des ressources (matérielles, culturelles, physiques, etc.) dont nous disposons : les individus qui en sont les plus démunis sont les plus fragiles, car leur possibilité d’agir sur un risque est plus faible et celui d’insécurité d’autant plus fort, *a fortiori* chez les personnes âgées. Cette approche permet de rendre compte des tensions et des contradictions des logiques argumentaires entre les différents acteurs concernés et d’apprécier de quelle manière ils donnent une « polarité » aux risques. Dans nos sociétés occidentales contemporaines, le principe de précaution⁴²³ a pris une ascendance très importante vis-à-vis de l’analyse et du traitement des risques et place alors chacun des protagonistes (c’est-à-dire : les personnes elles-mêmes, leur entourage et les professionnels) dans des positions ambivalentes, voire contradictoires, quant à la prise de risque.

Dans ce contexte, comment analyser les motifs d’une famille qui souhaite un placement au nom de la sécurité de la personne alors que celle-ci s’y oppose ? Quelle place les professionnels peuvent-ils accorder aux souhaits et aux choix des résidents dans une organisation où bien souvent le rythme de travail est effréné ? Comment prendre en compte l’avis d’une personne

⁴²¹ Mantovani J., Rolland C., Andrieu S., « Etude sociologique sur les conditions d’entrée..., *op. cit.* p. 19.

⁴²² Voir notamment : Douglas M., *Risk and Blame : essays in cultural theory*, Routledge, New-York, 1994 ou Calvez M., *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004.

⁴²³ La notion de principe de précaution était à l’origine réservée au domaine de l’écologie et a été définie en France : « *comme l’obligation faite aux autorités publiques de mettre en œuvre "des procédures d’évaluation des risques" et d’adopter "des mesures provisoires et proportionnées afin de parer à la réalisation du dommage", lorsque celui-ci est "incertain en l’état des connaissances scientifiques" et "pourrait affecter de manière grave et irréversible l’environnement.* » Source Delorme R., « Prévention ou principe de précaution ? Une question insoluble scientifiquement », *Le Monde*, Paris, 23.09.2010. Elle s’est aujourd’hui étendue à l’ensemble des activités sociales.

dont les capacités ne lui permettent plus de communiquer facilement ? Autant de questions auxquelles il n'y a bien sûr pas de réponse simple et unique, mais il est manifeste que la tendance actuelle est bien à la surprotection pour éviter les risques, parfois au détriment de l'autonomie et de la qualité de vie des individus. Nous proposons ici d'apporter un éclairage sur les différents processus qui conduisent à ce phénomène.

L'appréhension des risques encourus est sous-tendue par plusieurs conflits de logiques. Premièrement, l'environnement réglementaire est très ambigu : d'une part, il tend à promouvoir l'accession aux droits et aux libertés des plus âgées, la loi leur assure protection mais également une aide adaptée à leurs besoins ainsi que le plein exercice de leur citoyenneté. Cependant, cette double garantie de protection et d'autonomie n'est pas évidente dans sa mise en place : elle peut même, d'une certaine manière, être considérée comme paradoxale. Car d'autre part, la réglementation relative à l'accompagnement des personnes âgées a également un versant très rigoureux, voire rigoriste, qui ne facilite pas toujours l'action, notamment des professionnels. Nous nous sommes autorisée à qualifier cette autre versant de processus d'« afnorisation » des services aux personnes qui consiste en un modèle de promotion continue de la qualité, emprunté à la sphère industrielle. Les procédures mises en place dans un premier temps dans le champ de la production, puis dans celui des services commerciaux, se sont étendues ensuite aux services publics. Les principes se basent bien sur une assurance de la qualité, mais qui, dans le cadre de la production, passe par une normalisation des méthodes (et donc une standardisation) afin de garantir une qualité uniforme d'un produit à l'autre. Bien que l'on ne puisse critiquer le fait que ces principes, appliqués à la relation d'aide et de soin, visent à proposer des services de même qualité, quelles que soient les personnes, ces objectifs peuvent vite sembler inatteignables s'agissant d'un service basé sur la (les) relation(s) singulière(s) entre individus : personnels, personnes âgées et entourage. Cela est d'autant plus vrai qu'ils s'expriment dans un contexte spécifique (domicile, hébergement, hospitalisation, soin...) qui peut être changeant selon que l'on modifie un ou plusieurs des paramètres (mutation du personnel, évolution de la pathologie, crise familiale...). Alors, chacun pourra avoir une compréhension particulière des règles et de la façon dont elles doivent être mises en pratique. Cela place les individus dans des logiques paradoxales : normaliser tout en prônant l'individualisation des services.

Secondement, l'accompagnement des personnes âgées dépendantes crée une tension entre droit au choix des personnes, devoirs des professionnels et anxiété des familles. Nous l'avons vu en amont, nos sociétés ont tendance à associer hétéronomie systématiquement avec la vieillesse et bien souvent, la privation de la liberté au choix de vie sera uniquement justifiée par le fait que la personne est très âgée. Il incombera alors à son entourage familial ou professionnel de décider

à sa place. Or l'avancée en âge s'accompagne certes de la sénescence, mais celle-ci n'a pas systématiquement des répercussions néfastes. Ce sont bien les représentations socio-culturelles associées à la vieillesse qui ont très souvent une connotation péjorative. Les personnes âgées subissent une forme de stigmatisation⁴²⁴. Il nous semble que la tendance actuelle à dévaloriser la vieillesse, et à l'associer de façon systématique à la dépendance et à l'incompétence, est liée à différents phénomènes socio-culturels. D'une part, la culture du corps parfait ainsi que le développement des biotechnologies nous laissent penser que nous pouvons mettre à distance les effets du vieillissement. Cela a pour conséquence que ceux qui en portent les stigmates sont de fait, disqualifiés. D'autre part, les sociétés actuelles sont principalement basées sur l'économie et le monde du travail industrialisé. Les plus vieux, eux, ne sont plus productifs et donc deviennent inutiles. De plus, la technologie a beaucoup évolué ces dernières décennies, les compétences et les savoirs acquis par les personnes âgées tout au long de leur vie sont aujourd'hui obsolètes et ne présentent plus d'intérêt. Ils ont perdu leur rôle de transmetteur, de passeur ; enfin, la vision effrayante du vieillissement, en raison d'une surreprésentation actuelle de personnes atteintes de démences. Tous ces constats concourent à un schéma naturaliste du vieillissement qui favorise la confusion entre vieillesse et perte d'autonomie fonctionnelle, elle-même associée avec la perte d'autonomie cognitive qui est sensée conduire automatiquement à la dépendance, alors même que beaucoup de personnes âgées gardent leurs facultés de discernement jusqu'à la fin de leur vie. Pourtant, l'ensemble de leurs actes et de leurs paroles sera jugé à travers le filtre de l'âge. La difficulté ici réside dans le fait que les sujets âgés n'ont bien souvent plus les moyens d'utiliser des stratégies d'accommodement et des techniques de contrôle de l'information relative à leur identité sociale ; ils ne peuvent plus dissimuler leurs stigmates.

Une autre remarque complémentaire : les représentations culturelles sont, par définition, partagées par tous les membres d'une société, y compris par ceux qui en portent les marques, ce que Goffman appelle « *l'intégration du point de vue des normaux* ». Les personnes âgées ont eu de longues années pour intégrer ces normes de manière intime, elles en sont imprégnées. Cela conduit à ce qu'elles aient une propension à se disqualifier elles-mêmes. Elles ont alors tendance à restreindre leur champ d'action et d'expertise et s'engagent dans la dépendance.

⁴²⁴ Au sens « goffmanien » qui signifie : « désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler » : Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les éditions de Minuit, Paris, 2010 [1975].

Pour toute personne dite « autonome » (ou tout au moins dont l'autonomie n'a pas été remise en question) le risque est pris en toute indépendance, c'est le moyen de signifier sa singularité. Pour une personne dite « non autonome », ses prises de risque impliquent que l'environnement familial et professionnel puisse être potentiellement soupçonné de négligence. Cette situation place les professionnels dans une exigence de sécurité croissante à l'égard des usagers et/ou de leur entourage. Les organismes de tutelle répondent à cette demande *via* des procédures et des protocoles associés à une vague d'acronymes qui font aujourd'hui frémir tous les salariés : GDR (Gestion Des Risques), EIG (Événement Indésirable Grave), IP (Information Préoccupante). Face à cela, et on les comprend aisément, les professionnels mettent en place des stratégies pour tenter de limiter les prises de responsabilité, principalement de deux manières. Premièrement, en sécurisant au maximum pour éviter les accidents, ce qui peut conduire à produire les effets inverses. La chute est un exemple caractéristique : *« très fréquente au cours du vieillissement particulièrement après 80 ans (environ la moitié des personnes passé cet âge sont concernées). Les conséquences peuvent être graves au plan psychologique et physique. Elle révèle la fragilité et constitue fréquemment le motif d'entrée en institution. Les équipes soignantes sont habitées par la peur de la responsabilité et par la culpabilité vis-à-vis des familles. Afin d'éviter la chute on contraint la personne à réduire la mobilité rentrant ainsi dans un processus de causalité circulaire : la réduction d'activité va agir négativement sur la fonction d'équilibre et favoriser secondairement la chute. »*⁴²⁵⁴²⁶ Deuxièmement, en faisant reposer la prise de décision sur les familles, même à propos des aspects de la vie des personnes âgées qui ne devraient *a priori* ne regarder qu'eux. Les familles, elles, sont fréquemment en proie à la culpabilité (sentiment de ne pas faire assez pour leurs parents) et au poids de la responsabilité de devoir choisir à la place de leur parent. Ainsi, chacun des protagonistes pourra user de pratiques quasi-sécuritaires par crainte que leur responsabilité ne soit engagée, souvent sans pouvoir réellement la mesurer à l'aune d'éléments objectifs. Car la notion de responsabilité est multiforme et, au-delà de son aspect juridique, elle est également morale, éthique, culturelle, personnelle, contextuelle. Compte tenu de ce calcul, les professionnels et

⁴²⁵ Mourey F., « Prise de risque chez le sujet âgé : évaluation, transgression et ré-habilitation », colloque *Santé et Vulnérabilité*, Dijon, avril 2014.

⁴²⁶ S'il est important de noter que l'utilisation des contentions peut dans certains cas être bénéfique, elle peut *a contrario* augmenter la fréquence et la gravité des chutes : en service de rééducation, on observe 25 % de chutes chez des sujets contenus et seulement 10,1 % en l'absence de contention (cf. notamment les travaux de Bradley Schleebacker) et le nombre de chutes graves augmente chez les patients attachés (17 % *versus* 5 %) (Tinetti M-E).

l'entourage vont hiérarchiser les risques encourus (pour eux et pour la personne âgée) selon leurs propres préjugés et leur appréhension à ce que leur responsabilité soit engagée. Aussi, la question du risque encouru pour les personnes âgées est très complexe : le triangle relationnel formé par la personne âgée, sa famille et les professionnels rend la tâche difficile. Chacun a son point de vue et sa manière de réagir, mais personne, dans ce contexte, n'a vraiment les outils, ni les autorisations pour y parvenir.

Comme expliqué en amont, chaque comportement des personnes âgées sera systématiquement évalué à travers le prisme de son âge. Sans que cette évaluation soit systématiquement basée sur des éléments tangibles, arrive toujours le moment où la peur du risque s'installe chez les aidants : un oubli, un vacillement (que personne n'aurait remarqué trente ans plus tôt) et le doute s'installe. Peuvent s'en suivre des mesures, prises dans la précipitation, qui pourront avoir des conséquences fortement délétères. Le principe de risque implique normalement un ou des dangers potentiels face à une situation nouvelle. Dans le cas des personnes âgées, c'est leur capacité à affronter une situation qui évolue différemment : ce qu'elles pouvaient réaliser autrefois aisément, devient plus difficile, plus complexe. Dans cette perspective, la prise de risque est essentielle car elle est constitutive de la permanence identitaire d'une personne. Elle garantit pour partie son autonomie en tant que liberté d'agir et de faire ses choix de vie. De plus, elle fournit une connaissance nécessaire (pour elle-même et pour les autres) de sa réelle capacité à réaliser telle ou telle action. Ces informations peuvent alors permettre d'adapter l'accompagnement proposé.

Les situations à risque pour les personnes âgées sont très souvent composites car elles supposent, fréquemment, plusieurs dangers et plusieurs protagonistes. En effet, la question du risque ne peut s'appréhender que comparée à celle de la qualité de vie de l'entourage : « *Le libre choix, s'il est mien, n'est pas sans le monde et n'est pas sans autrui.*⁴²⁷ » Aussi, il ne peut s'entendre que dans un système complexe de relations sociales et d'interdépendance.

Dans cette même perspective, l'enquête présentée plus haut⁴²⁸ a permis aux chercheurs de déterminer quatre types de configurations, entre négociation et imposition, qui incluent le point de vue de la personne, de sa famille et des professionnels vis-à-vis du « rapport bénéfice/risque » du maintien à domicile ou de l'entrée en institution. Le premier cas de figure

⁴²⁷ Zielinski A., « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités », *Gérontologie et société*, 2009/4 n° 131, p.14.

⁴²⁸ Mantovani J., Rolland C., Andrieu S., « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », *Etudes et recherches*, DRESS, n° 83, novembre 2008.

identifie les personnes qui décident seules. Pour celles qui choisissent d'entrer en établissement, il s'agit principalement de femmes veuves ayant une forte capacité à faire des choix, et qui, parce qu'elles en ont les moyens (intellectuels et financiers) optent en général pour des structures de type privé pour pouvoir bénéficier d'un confort le plus proche possible de leur ancien domicile. Elles argumentent leur décision autour de deux axes : soit elles souhaitent éviter tout risque d'isolement ou d'accident ; soit comme rempart au sentiment de vieillir, en agissant en tant qu'adulte responsable. Cependant, cette décision, ne peut être vraiment considérée comme relevant strictement d'un libre choix, car il « *s'agit d'un choix sous contrainte dans lequel rester à domicile est vécu comme une exposition à un risque plus important, celui d'une déprise non maîtrisée qui aboutirait non pas à un réaménagement de soi mais à une perte de soi.*⁴²⁹ ». Pour celles et ceux qui, à l'inverse, choisissent de rester à leur domicile, malgré des difficultés importantes, cela est plutôt significatif d'une déprise trop fortement ancrée, qui ne leur permet plus de prendre la décision de quitter leur logement.

Dans le deuxième type de situation, la décision d'entrer en établissement fait suite à des négociations familiales. La personne concernée peut y prendre part, mais son avis est largement subordonné à l'inquiétude des enfants qui jugent la situation trop préoccupante, voire dangereuse, au domicile. La négociation se fait sous contrainte, ancrée dans un contexte familial dont les relations entre chacun sont établies bien avant l'arrivée de la prise en charge de la vieillesse du parent (notamment le positionnement et le rôle de chaque membre de la fratrie). Les personnes n'accusent pas forcément un état de santé très dégradé, mais l'entourage a repéré des signes de fragilité (replis, limitation des activités habituelles, etc.). Aussi, les enfants construisent leur argumentation autour d'un contrat tacite qui fixe les limites du maintien à domicile. Bien que la négociation prenne des formes coercitives, le souhait des enfants est de respecter autant que possible le choix de leur parent de pouvoir rester chez lui, mais pas à n'importe quelles conditions : les personnes âgées doivent alors les accepter, notamment en ce qui concerne le soutien de professionnels.

Dans le troisième cas de figure, la personne n'est plus considérée comme capable de prendre des décisions (principalement du fait de troubles cognitifs), aussi l'entourage prend le relais. Souvent très investis, les enfants ont atteint leurs limites face à des difficultés de plus en plus intenses. Les professionnels sont également nombreux et passent, tour à tour pour assurer le quotidien et les soins requis et entretiennent des relations de proximité avec l'entourage familial. Malgré tous les efforts conjugués des uns et des autres, l'entrée en institution finit par

⁴²⁹ *Ibid.*, p. 22.

apparaître comme la seule solution tenable, tant pour la personne, en termes de sécurité et de soins adaptés, que pour les aidants dont le poids croissant des tâches et des responsabilités à exercer est de plus en plus pesant. Parce que dans un tissu familial dense et affectif, et toujours selon l'étude relative aux conditions d'entrée, les enfants se reposent souvent sur les professionnels pour les guider dans les démarches à suivre. Le médecin généraliste fait figure ici de « juge » et c'est fréquemment lui qui entérine la décision.

Dans le dernier type de situation, l'entrée est imposée par les professionnels auprès de personnes isolées (soit sans enfants, soit avec des relations distendues ou conflictuelles). Le point de vue des premiers concernés n'est guère pris en compte car il est considéré comme insuffisamment étayé. Or, on peut constater que régulièrement l'évaluation des professionnels est basée sur bon nombre de critères qui sont assez subjectifs et parcellaires du fait, principalement, de manque de coordination à domicile. Dans leur rhétorique, la question de leur prise de responsabilité est omniprésente car il n'existe pas dans ce type de problématique de personne en capacité de servir de pivot, d'interface, entre les différents interlocuteurs et permettant d'exposer une analyse cohérente.

4.4 Une entrée en tension

Ainsi, quand les personnes âgées doivent affronter la question de leur institutionnalisation, elles sont déjà fortement ébranlées. A cela s'ajoute les tensions liées au déménagement : la plupart du temps elles n'ont pas la possibilité de rentrer chez elles afin de trier leurs affaires, choisir ce qu'elles veulent emporter, revoir des documents auxquels elles tiennent et qu'elles souhaitent garder secrets :

« L'idéal, ce serait de ramener les personnes chez elles avant de s'installer à la maison de retraite. Une fois, ça m'a vraiment marquée, une dame est arrivée en hospitalisation, puis elle a dû rentrer à l'EHPAD. Elle était totalement bouleversée parce qu'elle voulait rentrer chez elle trier ses papiers. Ses enfants n'ont pas voulu parce qu'ils avaient peur qu'ensuite, elle ne veuille plus revenir à l'EHPAD. Cette dame, on voyait bien que ça la bouleversait ; je ne sais pas ce qu'elle ne voulait pas que ses enfants trouvent. On n'a rien pu faire. Quand on y réfléchit, c'est quand même normal qu'ils puissent revenir chez eux et mettre en ordre leurs affaires. »

(Sophie Caron, ergothérapeute en hôpital local)

Puis vient le moment tant redouté : elles pénètrent dans un monde totalement inconnu, peuplé d'autres individus âgés avec, pour beaucoup, des pathologies ou des démences très invalidantes. Elles se trouvent face à d'autres vieilles personnes, comme une sorte de miroir déformé, qui leur laisse à voir ce qui risque d'être leur avenir. Elles passent de manière brutale de leur vie à domicile (souvent solitaire) à une vie en collectivité, dans un cadre impersonnel, conçu comme un service aux normes hospitalières et hôtelières dédié à un public de personnes dépendantes. Enfin, ce passage constitue un traumatisme car les personnes entrant en établissement savent très bien qu'elles vont probablement y mourir ⁴³⁰ et que l'EHPAD constitue leur « dernière demeure ». Cette dernière étape de leur vie constitue un véritable bouleversement tant du point vu physique, psychologique, identitaire, matériel que symbolique. Certaines parviendront tant bien que mal à s'adapter, d'autres pas du tout ⁴³¹, d'autres encore, beaucoup plus rares, trouveront dans ce lieu un réel nouveau lieu de vie leur permettant d'échapper à leurs anciennes situations devenues trop délétères.

Les établissements pour personnes âgées, tels que nous les avons définis plus en amont, ne sont plus des institutions totales (au sens décrit par Goffman⁴³²) dont la fonction de réadaptation et de rééducation des classes défavorisées se déclinait en un traitement collectiviste et des modalités d'organisation strictes. La disparition des hospices n'a pas été seulement un changement stylistique, elle a concerné autant les types de populations hébergées que les missions qui sont aujourd'hui dédiées aux structures actuelles, notamment par un effort de plus en plus important pour proposer un véritable lieu de vie aux résidents, le plus proche possible d'un « chez-soi ». Or, une façon de pouvoir dépasser le choc relatif à l'entrée en établissement est d'essayer d'établir des liens, des permanences matérielles, relationnelles et symboliques

⁴³⁰ On rappelle ici que les trois-quarts des sorties d'établissement sont dus au décès de la personne (Source enquête EHPA 2015, DREES). Toutefois, les « autres sorties » sont en augmentation, certaines pour des raisons positives quand la personne a pu regagner suffisamment d'autonomie pour rentrer chez elle. Mais pour d'autres, leur départ est motivé par des difficultés financières qui obligent leurs enfants à les prendre en charge, souvent dans des conditions totalement inadaptées.

⁴³¹ Un quart des résidents décède dans les six premiers mois de leur séjour en EHPAD (source : enquête EHPA 2015, DREES).

⁴³² Goffman E., *Asiles, Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

entre l'ancien domicile et la nouvelle structure d'hébergement. Isabelle Mallon⁴³³ dans ses travaux a pu qualifier trois types de populations de résidents, que nous avons pu rencontrer dans notre terrain, entre choix stratégiques et ruptures, parfois insurmontables. Pour les premières (les plus minoritaires), l'entrée en établissement a été anticipée et préparée, souvent pour éviter d'être à la charge des enfants. Elles ont décidé, de choisir le moment et/ou les conditions préalables : « *On avait demandé à plusieurs établissements depuis très longtemps pour le cas où, pour retenir ma place. Comme j'ai plus pu mettre un pied devant l'autre, et bien... Chez moi, j'étais à charge. Il fallait quelqu'un avec moi. J'aurais pu me débrouiller un peu mais... Tant que j'ai pu mettre un pied devant l'autre, j'étais chez moi.* » (Madame Tendière, 93 ans, mère de quatre enfants et veuve d'un haut fonctionnaire). En général, ces personnes ont un capital culturel, social et économique supérieur à la moyenne des autres résidents. Ils opèrent des choix, de manière « stratégiques » ; l'établissement pressenti se trouve dans la majorité des cas à proximité de leur ancien logement ou de leur aidant principal : « *Le déménagement est soigneusement préparé, avec l'aide des enfants, qui, s'ils interrogent la décision de leur parent, à contre-courant des trajectoires de vieillissement déterminées par la politique vieillesse, s'en font les auxiliaires zélés, une fois convaincus de son bien-fondé. Les personnes âgées acceptent et dirigent l'aide de leurs enfants : plan de la chambre et des meubles à l'échelle, choix du mobilier à acheter, sélection des meubles dans le patrimoine familial, déménagement, accrochage des tableaux ; les contributions des enfants matérialisent de multiples façons le soutien moral apporté à la décision.*⁴³⁴ ». De ce fait, les personnes peuvent maintenir le réseau relationnel familial et amical, en raison de la proximité avec leur ancien lieu de vie, et leur permet d'avoir de fréquentes visites, voire de sortir de la structure le temps d'un repas ou même pour des vacances :

[Tout à l'heure vous disiez que vous continuiez avec vos frères et sœurs à « tourner les week-end »]

On continue. Alors, il y a un peu de relâchement, parce que c'est pareil, juillet, août, les autres ils ont les enfants, les petits-enfants, etc. Mais on continue, on a notre calendrier.

[Vous vous réunissez tous ensemble pour fixer ce calendrier ?]

Non, j'ai un frère qui fait le calendrier sur l'ordinateur et qui nous l'envoie par mail pour savoir si on peut faire ou pas faire, pour les visites, les vacances. [C'est une

⁴³³ Mallon I., « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, 2007/2, n° 121, p. 251-264.

⁴³⁴ *Ibid.*, p. 256.

organisation !] *On l'a mise en place quand nos parents ont commencé à avoir des difficultés...maintenant qu'elle est là, on sent qu'il y a moins de pression. Moi, je fais au moins un week-end sur deux ou sinon plus. Tant que je peux. Mais c'est bien. Parce qu'on est sûrs qu'elle a de la visite.*

[Est-ce qu'elle a aussi des visites de connaissances ?]

Il y a des cousins germains qui viennent un petit peu de temps en temps, mais ils ne sont pas du tout de là, quand ils sont en vacances. Autrement, elle en a presque tous les jours. Parce que mon frère de B., lui, c'est lundi, jeudi. Moi, dès que je peux, c'est mardi, vendredi. Le mercredi, y'a Madame P.

[Madame P.? Son ancienne aide à domicile ? Elle vient tous les mercredis ?]

Tous les mercredis. Elle vient à 16 h 30-17 h. Elle reste une heure. Ah, oui, elle est restée fidèle. C'est vrai qu'elle a presque tous les jours quelqu'un. Avec ma sœur jumelle, j'ai dit : « faut bien noter les jours des anniversaires des mois ici, ce n'est pas la peine de venir en visite. » Y'a des choses où elle sait qu'elle va, donc il faut en profiter pour notre liberté (rire). »

(fille de Madame Tendière)

Ces personnes interagissent avec le nouvel environnement de manière raisonnée, tant avec le personnel qu'avec les colocataires : elles participent à quelques activités choisies (souvent pour faire bonne figure), sont chaleureuses avec les professionnels et entretiennent des relations de voisinage policées avec les autres résidents qu'elles savent, pour la plupart, ne pas relever de la même condition sociale. L'adaptation passe également par la pérennisation de certaines habitudes et l'organisation de la vie quotidienne, dont des horaires semblables à ceux de leur ancienne vie. Les activités (lectures, broderie, etc.) sont pratiquées dans leur chambre et le plus souvent individuellement.

D'autres résidents, entrés par les processus plus « classiques » d'assistance sociale et/ou médicale, opèrent également des méthodes d'adaptation afin de maintenir une continuité entre les deux univers : « *Pour ces résidents qui construisent une sorte de « niche écologique » dans l'institution, usant des facilités qu'elle offre pour continuer à mener une vie toute personnelle, l'entrée en institution, si elle marque bien une étape de la vie, ne la transforme pas aussi radicalement que ce qu'ils auraient pu craindre.*⁴³⁵ ».

⁴³⁵ Mallon I., « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? »..., *op. cit.*, p. 258.

Il ne faut cependant pas imaginer que pour ces personnes, dès lors qu'elles ont choisi d'entrer en établissement, le reste de leur fin de vie va s'écouler comme un « long fleuve tranquille ». Certaines, bien que préparées, vont quand même subir une très forte désillusion, qui peut faire vaciller tout ce qu'elles avaient projeté dans cette étape de leur vie : la vie en collectivité avec tous ses impératifs, la présence des autres résidents déments ou grabataires, le manque d'activités en lien avec leurs centres d'intérêts, etc. vont les faire se replier sur elles-mêmes et parfois les plonger dans les mêmes affres que les autres ayant subi leur institutionnalisation. Ainsi, l'un des résidents que nous avons rencontrés, nous avouera être finalement déçu du choix qu'il a fait :

« Finalement, c'est assez difficile. Voilà, c'est une chose dont j'ai pris conscience assez récemment : on est une série d'ermites « incommunicables ». »

(Monsieur Antoine, 92 ans, ancien prêtre)

Pour cette catégorie aussi la vieillesse, avec son lot de dépendances, les rattrape et produit des effets identiques, y compris chez celles qui avaient mûrement réfléchi cette étape de leur vie. D'aucunes encore, parce qu'elles ont pris leur décision seules, doivent affronter leur famille qui, soit ne comprend pas leur démarche, soit s'y oppose carrément :

« Alors, mon fils n'était pas très content que je vienne ici. Parce que pour lui la maison de retraite, c'était la maison de retraite qu'il y avait il y a quelques années.

[Ah ? Votre fils n'est pas très content ?]

*Oui, il n'est pas très content. Parce que voilà, je voulais vous dire. Il m'a dit : "tu comprends, tu vas laisser la maison il va n'y avoir personne quand je vais y aller". Moi, ici, je suis très bien, mais avec les enfants, c'est difficile.*⁴³⁶»

(Madame Fourier, 89 ans, veuve mère de trois enfants, ancienne meunière)

Pour les autres catégories de résidents, l'entrée en établissement constitue une véritable rupture dans leur parcours biographique. Pour celles et ceux qui ont connu des trajectoires de vie chaotiques, voire précaires, ce tournant peut constituer une occasion de retrouver ou de trouver enfin, une certaine forme de tranquillité et d'aisance dans leur vie quotidienne. On trouve souvent les plus « jeunes » des résidents qui, parce que leur parcours a été semé d'embûches

⁴³⁶ A ce moment-là de notre conversation, Madame Fourier est venue en hébergement temporaire, à sa demande, pour des motifs que nous verrons plus loin. Les salariés de l'EHPAD nous confieront, que les relations avec ses enfants sont très tendues depuis ce choix et que le prix de l'hébergement leur pose en vrai problème. Problème que Madame Fourier taira lors de nos entretiens.

(difficultés familiales ou professionnels, errance, troubles ou pathologies psychiatriques, addiction, etc.), apprécient les conditions de leur vie présente. Ces personnes, *via* les circuits d'assistance sociale, ont l'occasion de mettre fin à des conditions de vie inadaptées depuis longtemps. Dans ce cas, la proximité géographique a assez peu d'importance, pourvu qu'on leur trouve un toit et qu'on leur prodigue soin et attention : « *L'institution est alors très fortement investie, par un usage large des animations qu'elle propose et des activités qu'elle autorise, par une appropriation extensive des espaces collectifs, par une intégration dans ses réseaux (plus orientée vers les personnels, avec lesquels les résidents cherchent à nouer des liens privilégiés, que vers les autres résidents, avec lesquels ils s'inscrivent plutôt dans des rapports concurrentiels), et par une adoption du lexique institutionnel mobilisé par les personnels. Les plus démunis des résidents s'approprient même des éléments de décor collectif, mis au rebut ou négligés dans l'établissement.*⁴³⁷ ». L'institution leur permet d'accéder à des prestations et des services auxquels ces résidents n'avaient jamais eu accès auparavant : soins esthétiques, confort de logement, activités de loisirs, restaurant ... Ils convertissent le personnel en une sorte de succédané de famille, les appelant souvent par leur prénom et souhaitant qu'on en fasse de même pour eux, ils utilisent fréquemment le vocabulaire familial pour décrire leur relation avec les professionnels : « c'est comme si c'était mes filles ou mes nièces ».

En milieu rural, l'établissement peut être considéré comme un véritable refuge pour les personnes très isolées (géographiquement et socialement). Les personnes âgées, même originaires « du coin » et bien intégrées localement, perdent au fur et à mesure leur réseau social. Les membres de leur génération disparaissent petit à petit. Leur réseau d'entraide s'amenuise et le voisinage, même si l'on sait pouvoir compter sur lui, doit tout de même être gardé à bonne distance afin qu'il ne soit pas trop témoin de la dépendance qui s'installe. Les accidents de la vie, déjà déstabilisants lorsqu'on bénéficie d'un entourage proche, peuvent conduire à de véritables traumatismes physiques et psychologiques pour des personnes âgées vivant en milieu rural isolé : pannes de chauffage ou d'électricité, chutes qui ne seront découvertes que tard le lendemain par le facteur, etc. L'avancée en âge peut alors être à l'origine d'une grande vulnérabilité et l'entrée en établissement, maintes fois reportée, peut finalement constituer une sorte de délivrance pour ceux qui ont fini par vivre comme de véritables reclus : « *Pour les retraités ayant occupé de vieilles bâtisses au confort sommaire, il s'agit enfin de bénéficier d'un minimum de commodité. L'institutionnalisation de la vieillesse y est encore perçue comme une solution de bon sens « quand les jambes ne portent plus ».* Cette dernière

⁴³⁷ Mallon I., « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? »..., *op. cit.*, p. 260.

étape du cycle de la vie n'est pas un choix de vie, elle est avant tout une solution pratique. ⁴³⁸».

Une autre catégorie de résidents, que l'on trouve quasiment exclusivement en milieu rural, est celle de personnes handicapées qui sont entrées en établissement très jeunes (18 ou 20 ans). Souvent, faute de structure adaptée à proximité, les parents, originaires du monde agricole, n'ont pas su ou pas voulu les éloigner d'eux. Ainsi, on peut croiser dans ces structures des personnes qui vivent ici depuis quarante, voire cinquante ans. Elles sont fortement intégrées à la structure et accomplissent, tant que leur âge et/ou leur état de santé le permet, de menus travaux dans l'établissement : cuisine, plonge ou entretien des espaces extérieurs. Dotées souvent d'un surnom (certains professionnels finissent par ne même plus savoir leur vrai nom), elles sont connues de tout un chacun, y compris dans le village. Cependant, les spécificités liées à leur handicap n'ont pas toujours été prises en compte à leur bonne mesure et l'adaptation thérapeutique nécessaire à ce public a pu faire défaut. Leur vieillesse est souvent inconfortable tant au niveau physique (inadaptation du suivi dentaire ou ophtalmologique, par exemple) que cognitif, les signes de dégénérescence étant souvent occultés par les troubles mentaux. Les deux premières catégories de public en EHPAD, restent finalement assez minoritaires par rapport à la troisième, celle des « ruptures subies ». La dernière, parce qu'elle coïncide avec un accident ou une rupture biographique (veuvage, chute, dégénérescence, etc.) dans la vie des personnes, entre dans une forme de résonance et déstabilise de manière très importante les individus. Souvent, le choix de la structure se fait dans l'urgence, là où la famille ou le personnel hospitalier trouve une place. Les personnes déjà affaiblies moralement et/ou physiquement doivent subir et l'abandon brutal de leur univers familial et l'inclusion rapide dans un monde qui leur est parfaitement étranger. N'ayant pas eu le temps ni la possibilité d'intérioriser ce changement, les personnes âgées sont en butte à une déstabilisation sévère de ce qu'elles avaient projeté pour leur fin de vie (chez soi, entourées de leur famille) et qui peut produire des ruptures identitaires durables. En vieillissant leurs capacités d'adaptation, de réadaptation et de compensation s'amenuisent : en perdant leur univers familial, elles se perdent elles-mêmes. De plus, cette situation peut être fréquemment aggravée par une crise familiale (notamment dans la fratrie) : vente de l'ancien logement, choix de l'établissement, coût de celui-ci, pour ou contre le placement, acceptation ou rejet total du vieillissement de son parent, etc. Là, renaissent les vieilles rancœurs enfouies, les comptes non réglés dont la personne âgée ne peut être que le

⁴³⁸ Pagès A., 2013, « Des figures de pauvreté aux formes d'accompagnement du vieillir en milieu agricole et rural », *Gérontologie et société*, n° 146, p. 70.

malheureux témoin : « *L'entrée en institution devient le moment où se donne à lire, parfois dans le dénuement des chambres, les failles, voire les conflits, dans les réseaux familiaux peu étendus, alors même que c'est bien souvent la proximité avec les membres de la famille qui a guidé le choix.*⁴³⁹ »

Non seulement, l'entrée en établissement mobilise toute la sphère familiale, mais elle a également un impact important sur le vécu en structure et, par répercussion, sur le travail des professionnels : une enquête conduite par Marie-Thérèse et Bernadette Bawin-Legros en Belgique⁴⁴⁰ a pu démontrer que lorsque les personnes avaient pris leur décision seule, 74 % d'entre elles se disaient satisfaites de leur vie en institution, contre 59 % pour celles qui avaient opéré ce choix avec leur famille et seulement 38 % quand la famille avait choisi seule⁴⁴¹.

Nous allons maintenant voir en quoi l'entrée, puis la vie quotidienne des personnes âgées en EHPAD peuvent être influencées par leur ancrage en milieu rural.

⁴³⁹ Mallon I., « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? »..., *op. cit.*, p. 260.

⁴⁴⁰ Casman M.T., Lenoir V., Bawin-Legros B., *Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?*, Université de Liège, ministère de l'Emploi du Travail et de la Politique d'égalité des chances, 1998.

⁴⁴¹ Il faut cependant être prudent avec ces chiffres car beaucoup de personnes nous ont dit avoir choisi seule alors que bon nombre d'entre-elles avaient intégré le discours de leur famille (suite logique, chronologie identique, etc.). Nous traiterons de ce processus plus loin.

5. Conditions de vie et de travail en EHPAD rural

5.1 Les processus d'intégration des personnes âgées en établissement d'hébergement

Employer ici le terme d'intégration peut surprendre, tant celui-ci a majoritairement été utilisé au sujet de catégories de populations bien spécifiques⁴⁴². Pourtant, selon Dominique Schnapper : « *le projet de la société démocratique est d'intégrer tous ses membres en tant que citoyens libres et égaux et de leur donner des conditions de vie aussi égales que possibles [...] il se pose dans les mêmes termes lorsqu'il s'agit de toutes les catégories de la population marginalisées par leur situation sociale. [...] C'est la même interrogation qui est posée à propos de tous ceux qui connaissent ou risquent de connaître une forme de marginalisation ou d'exclusion : comment les faire participer à la vie collective ?*⁴⁴³ ». La question de l'intégration des personnes âgées à la société est au cœur des politiques publiques les concernant depuis plusieurs dizaines d'années, notamment à partir de la publication du rapport Laroque en 1962. Cette volonté législative s'est déployée, d'un point de vue réglementaire, dans les établissements d'hébergement spécialisés, principalement depuis les années 2000. La loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, ainsi que toutes celles qui ont suivi, insistent tout particulièrement sur un effort nécessaire d'intégration des personnes dans tous les aspects de la vie sociale⁴⁴⁴.

Or, le terme d'intégration est peu utilisé dans la cadre d'analyses sociologiques relatives aux personnes âgées du fait de son ambiguïté : il appartient, à la fois, au langage du politique et à celui du sociologue. Si c'est bien le projet du premier qui donne matière à analyse au second, les deux ne peuvent être confondus.

⁴⁴² Principalement, les personnes handicapées, les migrants ou leurs descendants, *a fortiori* au regard des actualités au moment où nous rédigeons cette thèse.

⁴⁴³ Schnapper D., *Qu'est-ce que l'intégration ?*, Gallimard, Paris, 2007, p. 130.

⁴⁴⁴ « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. [...] » Article L. 116-1 de la loi du 2 janvier 2002.

A partir des années 1950, et selon les traditions sociologiques, le vocabulaire relatif à cette notion⁴⁴⁵ va se diversifier afin de se départir du langage politique et d'analyser d'une part, les modalités d'adoption de traits culturels⁴⁴⁶ et d'autre part, les modes de participation aux diverses instances de la vie sociale⁴⁴⁷. Toutefois, selon Dominique Schnapper, et quel que soit l'axe d'analyse privilégié, tous les travaux de recherche s'orientent vers le même questionnement, à savoir comprendre les modalités spécifiques de la vie collective dans les sociétés modernes : « [...] *parce que, plus que dans les autres sociétés historiques, l'intégration des individus n'est pas seulement le produit de la conformité de leurs conduites aux normes, mais de leur participation active à la vie collective* [...] »⁴⁴⁸. Selon nous, cette interrogation est centrale dans les travaux que nous avons conduits.

Etudier la question de l'intégration nécessite une appréhension dynamique et duale : elle implique de se pencher sur les processus qui conduisent les individus à s'intégrer dans une société et inversement sur les modalités élaborées par une société pour intégrer ses membres. En tant que processus pluriel, voire empreint de contradictions, elle induit que personne n'est jamais réellement et entièrement intégré, car celle-ci embrasse l'ensemble des dimensions de la vie sociale⁴⁴⁹ qui, selon les situations d'interaction et les types de populations concernées, définissent des traits caractéristiques et spécifiques à l'écosystème analysé.

Il ne saurait donc y avoir une seule et unique échelle de mesure.

Pour ce qui est du travail engagé ici, nous n'ambitionnons pas de déterminer si les personnes âgées sont intégrées ou de quantifier leur degré d'intégration ou encore de critiquer les moyens mis en œuvre par les établissements d'hébergement⁴⁵⁰ à cet effet, mais bien d'éclairer les divers processus et dimensions que revêtent leur entrée puis leur vie dans ce type de structure : quelles sont leurs contraintes objectives, quels supports ou ressources mobilisent-elles, quelles

⁴⁴⁵ Selon Dominique Schnapper et en référence à Claude Lévi-Strauss, il faut considérer la notion d'intégration en tant que « concept-horizon », comme ceux d'identité, de citoyenneté, de pauvreté, etc. : « Une *sorte de foyer virtuel auquel il est indispensable de nous référer pour expliquer un certain nombre de choses mais sans qu'il n'y ait jamais d'existence réelle* » in Lévi-Strauss C. (dir.), *L'identité*, Plon, Paris, 1977, p. 332.

⁴⁴⁶ Acculturation, assimilation, assimilation culturelle ou intégration culturelle.

⁴⁴⁷ Assimilation structurelle, assimilation sociale, intégration sociale ou intégration structurelle.

⁴⁴⁸ Schnapper D., *Qu'est-ce que l'intégration ?*, op. cit., p. 15.

⁴⁴⁹ « L'intégration culturelle, ou concordance entre les normes d'une culture ; l'intégration normative, ou conformité de la conduite ou normes ; l'intégration communicative, ou échange de significations dans le groupe ; l'intégration fonctionnelle, ou interdépendance due aux échanges de services » in Schnapper D., *Qu'est-ce que l'intégration ?*, op. cit., p. 35.

⁴⁵⁰ D'autres s'en sont chargés bien avant nous.

stratégies emploi-elles ? Ou pour le dire autrement, il s'agira de décrire et d'analyser quels modes de sociabilités et de solidarités spécifiques déploient les différents individus dans le cadre de leur vie sociale en EHPAD implanté en milieu rural. Cette approche nécessite une observation attentive et très minutieuse de leur quotidien et des relations qu'ils entretiennent avec les autres et que nous proposons de présenter ici.

Nous avons pu nous entretenir avec vingt-sept résidents (dont six hommes), âgés de 62 à 99 ans. Lorsque cela a été possible, nous les avons rencontrés au moment de leur entrée, puis après six mois et un an d'installation. La majorité est originaire du village ou de ses alentours et y a toujours vécu⁴⁵¹. Quelques rares personnes sont venues s'installer dans l'établissement pour se rapprocher de leurs enfants⁴⁵². Deux résidents, originaires « du coin », partis de leur village pour motif professionnel, sont revenus durant leur retraite⁴⁵³.

5.1.1 L'entrée

5.1.1.1 Les motifs

Globalement, les motifs invoqués par les personnes durant nos entretiens pour expliquer leur entrée en établissement sont assez similaires à ceux que nous avons pu repérer dans la littérature : isolement, problèmes de santé et inquiétude, voire pression de l'entourage. Toutefois, ceux-ci revêtent des dimensions spécifiques liées aux caractéristiques des individus étudiés et au territoire dans lequel ils ont jusqu'alors vécu.

a) Des formes d'isolement différenciées

La plupart des personnes âgées doivent faire face à un isolement relationnel qui a tendance à s'accroître au fur et à mesure de leur vieillissement : leurs enfants ont construit leur propre famille et sont souvent mobilisés par celle-ci, le décès du conjoint et des parents de la même

⁴⁵¹ Nous avons demandé au personnel de nous présenter principalement cette catégorie de résidents.

⁴⁵² Pour plus de précisions, se reporter à l'annexe 15 : « Présentation synthétique du personnel et des résidents de l'établissement de référence ».

⁴⁵³ Nous nous appuyons ici sur la typologie retenue dans les travaux de recherche de Catherine Gucher *et al.* : *Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?* Rapport de recherche, INSERM, 2007. Celle-ci distingue trois types de personnes : les natifs toujours restés dans le même territoire, les natifs revenus au moment de leur retraite et les non-natifs venus s'installer au moment de leur retraite.

génération, des amis ou des voisins. Ainsi, plus les personnes vieillissent plus leur cercle de personnes connues s'amenuise. De plus, elles ont également tendance à réduire leurs déplacements, ce qui a pour conséquence de diminuer les possibilités d'interactions sociales, ainsi que l'explique Madame Miron, 83 ans, ancienne agricultrice, lorsque nous lui demandons si elle avait beaucoup de visites à son domicile :

« Oh non, pas beaucoup, parce que je vais vous dire, les gens de mon âge, il n'y en a presque plus. J'avais juste une voisine, elle peut plus marcher, elle sort plus. Les autres voisins sont partis en maison de retraite aussi. C'est tous des gens qui sont venus habiter, des jeunes qui vont travailler à gauche à droite, qui rentrent le soir, on ne les connaît même pas. Il n'y a plus la vie en campagne maintenant. A mon âge, comme il y avait autrefois, où on pouvait aller bavarder un peu chez quelqu'un, boire le café. »

Selon les études réalisées à ce sujet et pour les personnes vivant encore à leur domicile, le sentiment d'isolement serait, *a priori*, légèrement plus prononcé chez les individus habitant en ville (soit un écart de 5 % parmi les individus se considérant comme souvent ou très souvent seuls⁴⁵⁴). Toutefois, les vieux ruraux connaissent un isolement physique ou résidentiel nettement plus accru. La majorité d'entre eux logent dans des maisons individuelles, dont plus de la moitié sont situées dans des zones très clairsemées en termes d'habitat⁴⁵⁵ : le village d'implantation de l'établissement dans lequel nous avons effectué nos recherches compte soixante-dix-huit habitants au kilomètre carré et la moyenne tombe à vingt-quatre habitants en moyenne pour les huit communes limitrophes. Le réseau routier est principalement constitué de petites routes départementales et communales. Le temps d'accès aux services de première nécessité est important⁴⁵⁶ : pour la commune de Noireux, les habitants doivent se rendre dans la petite ville la plus proche (Langeville), soit à près de 15 kilomètres, pour trouver une station-service ou un supermarché. Pour les services plus spécifiques (spécialistes médicaux, urgences...), les distances sont nettement plus élevées : il faut près de quarante minutes en voiture pour accéder à ces services, situés à Noranges (35 kilomètres). Pour les personnes âgées ne disposant plus d'un véhicule, se déplacer avec les transports en commun s'avère être

⁴⁵⁴ Selon Anne-Carole Bensandon 39 % des personnes âgées vivant en pôle urbain se considèrent souvent ou très souvent seules, contre 34 % pour celles habitant dans un espace à dominante rurale. Source : Bensandon A-C., *Isolement et vie relationnelle*, Enquête du CREDOC, septembre 2006, p. 28.

⁴⁵⁵ *Ibid.*, p. 137.

⁴⁵⁶ Toutefois, nous verrons plus loin que la présence d'un EHPAD en commune rurale peut être un atout en termes de maintien de ces services de première nécessité.

« mission impossible » : une seule ligne de bus⁴⁵⁷ existe, avec un passage le matin à 8 heures et un retour à 18 heures. Aussi, nous avons rapidement calculé que pour se rendre à Noranges en bus, il faut entre deux heures trente et trois heures, avec plus d'une heure de correspondance. Sans compter que le dernier arrêt de cette ligne est à la gare de Noranges qui se situe à dix minutes à pieds du centre-ville (pour une personne qui se déplace normalement).

Les services sont également plus difficiles à obtenir à domicile. Certains résidents nous ont raconté qu'ils avaient dû attendre plusieurs semaines pour que leur ligne téléphonique soit réparée et qu'ils ne pouvaient pas utiliser de téléphone portable car la couverture du réseau n'est pas suffisamment bonne. Une situation qui peut provoquer un isolement total quand votre premier « voisin » habite à plus d'un kilomètre, ainsi que l'explique Madame Fourrier, 89 ans, ayant vécu seule plusieurs années dans un moulin à la suite du décès de son mari, avant d'entrer en structure :

« Ce qui est ennuyeux chez moi, c'est qu'on n'a pas de réseau, ni le téléphone passe, rien ne passe. La télé, il faut vraiment la parabole. Et puis le jour où l'électricité coupe, moi j'ai le disjoncteur qui allait avec le moulin et qui est donc sous le hangar, alors moi il faut que je descende pour tout traverser. Alors en plus, figurez-vous que je tombe ou ... Je suis seule. J'ai que les corbeaux, c'est le cas de le dire. ».

C'est également le cas pour les services d'aide et de soins. Ils sont peu nombreux, bien souvent il n'existe qu'une ou deux associations, ce qui ne laisse pas vraiment de choix quant à la personne qui intervient. Les services de soins infirmiers à domicile sont totalement débordés et doivent couvrir des zones extrêmement vastes ; quant aux médecins, ils sont de plus en plus rares et acceptent de moins en moins de se déplacer à domicile. Cette réalité quotidienne des personnes (professionnels et patients) peut les conduire à des difficultés accrues, tant dans la prise en charge de pathologies de longue durée, qui demandent un suivi régulier avec des visites ou des consultations et nécessitent le déplacement du médecin ou du patient, que lors d'épisodes aigus (soins d'urgence) qui impliquent d'être informé et mobile rapidement, dans de grands territoires, sillonnés par des petites routes de campagne.

« Les raisons qui interviennent dans le non-accès aux soins des personnes âgées en milieu rural sont la distance aux services d'urgence et au premier hôpital, le temps de transport, la disponibilité du médecin de famille, des spécialistes, des tests de diagnostic et des ambulances, les conditions météorologiques, le coût du transport et sa disponibilité, la perception des

⁴⁵⁷ Il s'agit d'une ligne de bus à la demande.

distances géographiques, le désir de se faire soigner. La question de l'accès aux soins ne se réduit donc pas à la démographie et à la répartition médicale. ⁴⁵⁸»

Ainsi, chaque déplacement doit être programmé et implique bien souvent de solliciter un parent, un voisin, pour autant que cela soit possible⁴⁵⁹. La plupart des personnes entretenues nous ont expliqué (à maintes reprises), qu'elles ne veulent pas déranger et ont finalement tendance à limiter au maximum ce type de demande, ainsi que l'exprime Madame Fourrier, 89 ans, veuve et ancienne meunière, ses trois enfants habitent loin d'elle :

« Moi je ne sortais pas beaucoup, depuis que j'ai été opérée des yeux, j'ai plus qu'un œil et le docteur m'a dit : "vous faites comme vous voulez, mais si vous conduisez, c'est à vos risques et péril." Et puis après mon mari ne pouvait plus conduire. Alors vous savez, ne pas conduire, avoir personne... J'avais ma belle-sœur qui était pas loin, qui venait. Je l'avais au téléphone souvent (faut pas dire), elle est très gentille. Mais attendez, elle est quand même... elle a dix ans de moins que moi, sa voiture se fait vieille, moi je ne pouvais pas toujours lui demander. »

Ce sont également les conditions météorologiques, notamment l'approche de l'hiver, qui font craindre à ces personnes des difficultés supplémentaires, qui nécessiteront de demander, même pour des services qui peuvent paraître minimales :

« [Vous aviez des voisins autour ?] Ben, oui, j'avais une voisine qui était bien gentille. Elle était à la retraite, elle venait voir mon courrier tous les jours et tout ça. Seulement ce qui m'embêtait, c'était arrivé l'hiver. Ben j'ai dit, ils vont être obligés d'aller chercher mon courrier et puis qu'il arrive encore quelque chose...alors j'ai pris la décision. Voilà. On est là et puis on continue. »

(Madame Farge, 93 ans, veuve, sans enfant, ancienne boulangère)

Ces difficultés d'accès combinées à une exposition à des risques spécifiques liés à l'ancienne profession⁴⁶⁰ peuvent générer une altération de la santé, ce que les études épidémiologiques

⁴⁵⁸ De Fontgalland C., « Pratiques sociales de santé et identité territoriale des personnes âgées dans le Cantal », in *Fronts et frontières des sciences du territoire*, Actes du 2ème colloque international du Collège international des sciences territoriales (CIST), mars 2014, p.145.

⁴⁵⁹ Nous verrons plus loin comment ce système de solidarité devient de plus en plus problématique pour les personnes au fur et à mesure qu'elles vieillissent, notamment avec leurs voisins.

⁴⁶⁰ L'étude de la cohorte AMI, relève différents risques possibles liés au métier de l'agriculture et pouvant avoir un impact sur la santé et le vieillissement des personnes : « *expositions, au sens large, telles qu'aux radiations UV, aux conditions difficiles et prolongées de travail, aux pesticides, aux taux de poussières, aux solvants et gaz*

tendent à confirmer tant en France⁴⁶¹ qu'à l'étranger⁴⁶², ainsi que les professionnels du territoire d'étude et notamment un médecin du Conseil départemental en charge des visites à domicile pour la mise en place des aides dans le cadre de l'APA :

« *Quand on finit par t'appeler, c'est la « cata ». Tous les indicateurs sont en rouge. Enfin quand je dis les indicateurs... Bien souvent leurs dernières analyses datent de leur dernière hospitalisation et des fois c'était il y a dix ans. Alors bien sûr le plan d'aide il explose. »*

Pourtant, selon les résultats de la dernière enquête EHPA, il n'y a pas de différence significative en termes d'âge à l'entrée pour les personnes intégrant un établissement en ville ou en milieu rural. Or, si l'on considère que les vieux ruraux sont plus fragiles en termes d'accès aux services, notamment d'aide et de soins, et que cela peut les conduire à un état de santé globalement moins bon, ceux-ci devraient *a priori* entrer en structure plus tôt. Nous supposons que cela est largement dû au fait même de leur ancrage dans leur « pays ». Les personnes interrogées sont, pour beaucoup, inscrites dans ces lieux et ce, depuis plusieurs générations. Leurs aïeux (ou ceux de leur conjoint) habitaient déjà dans la maison qu'ils occupaient jusqu'à leur entrée en établissement. La majorité n'a pas changé de lieu, si ce n'est, bien souvent, que pour parcourir quelques kilomètres, à leur mariage, en passant d'un village ou d'un hameau à l'autre. Cette permanence est également renforcée par la présence de leur famille élargie dans le même territoire, qui leur garantit, pour partie, le maintien d'une intégration sociale, surtout pour ceux dont un, ou plusieurs, de leurs enfants vit à proximité. Inscrite dans un réseau de parenté dense, leur histoire familiale s'est construite dans le terreau de l'histoire de leur « pays » ce qui rend inimaginable un déménagement qui pourrait garantir des conditions de vie plus pratiques. Ici,

d'échappement, aux endotoxines et aux virus animaux ». Source : Pérès K. *et al.*, « Health and aging in elderly farmers : the AMI cohort », *BMC Public Health*, Biomed Central, 2012, p. 2. Traduit de l'anglais par nos soins.

⁴⁶¹ Voir « 2.3.3.1 Des conditions de vieillissement plutôt moins bonnes en milieu rural ; résultats de la cohorte AMI, p. 106.

⁴⁶² Aux Etats-Unis, trois chercheurs ont ainsi démontré que le niveau de ruralité avait une influence significative et proportionnellement à l'âge dans les cas d'hospitalisation en situation sensible ou ACSH (ambulatory care-sensitive conditions hospitalization. Source : Laditka J., Laditka S., Probst J., 2009, "Health Care access in Rural Areas: Evidence that Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions in the US may increase with the Level of Rurality", *Health and Place*, 15, Amsterdam, Elsevier, 2009, p.761-770.

le sentiment d'appartenance est double : on appartient au territoire et celui-ci nous appartient et il ne saurait être question de l'abandonner.

Cette permanence des lieux s'accompagne du maintien des modes de vie, surtout pour les anciens agriculteurs. Beaucoup continue à réaliser des tâches en lien avec leur ancienne activité professionnelle : s'occuper du jardin, « *faire quelques poules ou lapins* » qui seront ensuite donnés aux enfants, ce qui leur permet de préserver le sentiment de leur utilité⁴⁶³.

Leur existence après la retraite est perçue comme une forme de réaménagement, un prolongement de la vie précédente. Il consiste à adapter les activités réalisées tout au long de sa vie en fonction de ses capacités et de ses besoins, à « tenir bon » sur les dimensions identifiées comme essentielles pour soi et les autres. Ici le vieillissement est conçu non pas comme une étape, mais comme le cumul d'années qui sont passées, un temps qui s'écoule, « naturellement », sans forcément de rupture forte avec la vie précédente, il en est la suite normale. Bien que la vieillesse s'accompagne de ses différentes « *misères* », celles-ci sont considérées comme étant dans la continuité des choses, le cycle de la vie.

Cette vie leur a aussi appris à être « *dur au mal* », on ne se plaint pas :

« [Vous avez une prothèse à la jambe ?] *Ils ont coupé sous le genou.* [C'est arrivé quand ?] *Y'a trois ans, ils l'ont coupée au mois d'août. Ma jambe était devenue toute noire, il a fallu couper. Le docteur a dit « je ne peux plus rien faire ». Je lui ai dit : « faites ce que vous avez à faire, s'il faut couper, vous coupez ».*

⁴⁶³ Il faut toutefois préciser ici que le maintien de certaines activités liées à leur ancien métier est tout autant dû à la continuité de leurs habitudes qu'à une nécessité. La plupart des personnes interrogées vivent avec de maigres pensions de retraite, notamment les femmes. « *Au 31 décembre 2017, en France métropolitaine, plus de 2,5 millions de personnes bénéficient d'une retraite au régime des salariés agricoles. Les retraités à carrière complète au régime des salariés agricoles perçoivent une pension annuelle moyenne de 13 193 euros bruts, soit 1 099 euros mensuels, au titre des droits propres, éventuellement assortis de droits de réversion. Au 31 décembre 2017, en France métropolitaine, près de 1,4 million de personnes relèvent du régime de retraite de base des non-salariés agricoles (NSA). La pension annuelle moyenne de base des assurés anciens chefs d'exploitation à carrière complète NSA est de 9 053 euros bruts, hors retraite complémentaire obligatoire (RCO), soit 754 euros mensuels, en hausse de 1,2 % en un an. Parmi les pensionnés du régime des non-salariés agricoles, 691 536 personnes bénéficient de la RCO. La pension annuelle moyenne des assurés anciens chefs d'exploitation, à carrière complète NSA et bénéficiaires de la RCO est de 10 512 euros bruts, soit 876 euros mensuels, en progression de 2,6 % en un an.* » Source : Données statiques de la MSA, consulté en ligne le 16/08/2018 :

<https://statistiques.msa.fr/publication/retraites-non-salaries-agricoles-quatrieme-trimestre-2017-tableau-de-bord/>

(Madame Dorin, 82 ans, veuve d'un agriculteur, ancienne commerçante au village de Noireux, mère de cinq enfants, dont une fille est décédée à l'âge de 6 mois)

Les maladies qui accompagnent parfois la vieillesse sont peu nommées et les difficultés qui en découlent ne sont, pour la plupart, pas anticipées. On tient jusqu'à ce qu'on ne puisse plus. De même, dans leur discours, les professionnels du domicile⁴⁶⁴ sont quasiment absents et aucune des personnes interrogées ne nous a cité l'un d'entre eux comme ayant été un interlocuteur déterminant dans le choix d'entrer en établissement, hormis « leur docteur ⁴⁶⁵».

Aussi, la vie que ces vieilles personnes ont menée jusqu'à présent (ancrage territorial, rudesse des conditions d'existence, maintien des habitudes, soutien familial et de voisinage) leur permet de rester chez elles, malgré un isolement résidentiel (qui n'est pas systématiquement accompagné d'un sentiment de solitude) et un état de santé précaire. Ce degré d'acceptation se retrouve également chez les personnes de leur entourage (elles-mêmes empreintes de cette culture paysanne), ainsi que l'explique le fils d'une résidente :

« Les personnes âgées isolées en ville sont beaucoup plus à plaindre. Là, ici, au village, on a une femme qui est restée chez elle toute seule jusqu'à 100 ans. Elle est partie en maison de retraite parce qu'elle s'est cassé le col du fémur. Donc il n'y avait plus la possibilité de la maintenir à domicile. Quand j'étais maire j'ai fait des pieds et des mains pour qu'elle reste chez elle, parce que tout allait bien. Les médecins ne voulaient pas trop. »

(Monsieur Tendière, fils d'une résidente, agriculteur et ancien maire de son village)

Nous verrons plus loin, à travers l'analyse de leur installation et de leur vie quotidienne en établissement, que cette conception du vieillissement continue d'être opérante et que l'entourage maintient son action dans ce sens, soit directement, soit par commutation avec le personnel.

Toutefois, quand l'entourage ne peut ou ne veut pas se mobiliser, les personnes ressentent beaucoup plus intensément leur isolement. Parmi les résidents avec lesquels nous nous sommes entretenues, ceux qui étaient soulagés et les plus satisfaits d'entrer en établissement font partie de cette catégorie. Madame Fourier, 89 ans, ancienne meunière, ne voit que des avantages à

⁴⁶⁴ Ceux-ci étant généralement plus prompts à fixer des limites au maintien à domicile.

⁴⁶⁵ Les résidents utilisent uniquement le terme docteur, jamais celui de médecin et fréquemment à la forme possessive.

s'installer en EHPAD en comparaison de sa vie à domicile. Lors de notre premier entretien, elle était venue en hébergement temporaire pour l'hiver. Son entrée s'est faite à sa demande, avec le soutien de son médecin. Ses trois enfants habitent loin. Ils sont réservés quant au fait qu'elle reste en structure, l'un d'entre eux était même très réticent :

« Le docteur m'a dit : « vous ne passerez pas l'hiver là ». Et donc elle a fait la demande, chez moi, le jour même. Elle a fait les papiers administratifs, chez moi, le vendredi et c'est parti comme ça. Et puis je me trouve très bien parce que chez moi, je ne mangeais plus. J'ai quand même perdu quinze kilos. Ici, la cuisine est bonne, ça c'est sûr et puis moi, je suis les pieds sous la table et puis voilà. Parce que chez moi, je ne mangeais pas et surtout je ne mangeais pas de viande. J'ai un appareil, que je n'arrivais pas à manger de viande. Alors qu'ici, ils ont des très tendres ou des hâchés-renstitués, c'est vraiment l'idéal. [...] Je ne marchais plus chez moi, je n'osais plus sortir de peur de tomber. Eh bien maintenant, je me déplace. Alors finalement, je suis bien. Y'a que mon fils qui n'est pas content. [Nous lui demandons si sa maison, ses habitudes ne lui manquent pas] Ah, ben ça ne me manque pas ! Parce que mes habitudes c'était ça [Madame montre un cahier de jeux fléchés]. Bon le soir, je faisais ma soupe, pour trois ou quatre jours, évidemment pour ne pas la faire tous les jours. Eh ben, je vais vous dire, le soir quand j'allais faire mon potage, oh, c'était une cruauté. Et puis se mettre à table toute seule... c'est terrible. »

(Madame Fournier, 89 ans, veuve, mère de trois enfants, ancienne meunière)

Quelle que soit leur situation à domicile (natifs avec un soutien actif, natifs ou personne arrivée tardivement avec un soutien absent ou éloigné), chacun se fixe une limite. Dans le meilleur des cas celle-ci a été débattue avec l'entourage familial et/ou professionnel : nous nous sommes entretenue à trois reprises avec Madame Tendière. Elle a 93 ans, mère de quatre enfants et veuve d'un haut fonctionnaire. Elle et son mari sont venus se réinstaller dans le village d'origine de ce dernier. Tous deux avaient déposé un dossier dans l'établissement depuis plusieurs années. Elle peine à se déplacer depuis longtemps, son mari compensait ses difficultés. Au décès de celui-ci, les enfants ont intensifié leur soutien. Pourtant, Madame Tendière ne souhaitant pas « être à la charge » s'est fixé une limite, celle de pouvoir encore marcher et ce, même si finalement, cela n'avait pas réellement d'impact sur sa prise en charge quotidienne. A chaque entretien, elle nous redit et à plusieurs reprises la même phrase : « Tant que j'ai pu mettre un pied devant l'autre, j'étais chez moi. »

Les limites fixées sont souvent très concrètes et basées soit sur un aspect fonctionnel (principalement la marche), soit sur un type d'incident (isolé ou réitéré), en très grande majorité la chute. Dans certains cas, une seule suffit, dès lors qu'elle a engendré une hospitalisation longue et/ou des séquelles. Dans d'autres situations, les chutes ont été répétées, mais c'est le fait de n'avoir pas pu se relever seule qui déclenche la demande d'hébergement par la personne ou par sa famille. Monsieur Souris a 91 ans, ancien agriculteur, veuf, il est père de sept enfants. Le récit des motifs de son arrivée à l'EHPAD, confirme bien que pour lui, il y a chute et chute... :

« Mr Souris: Oh, ben, ma maison, j'étais tout seul. Vous savez, quand on est tout seul comme ça..... Et puis, je portais même une alarme comme j'étais tout seul, si je tombais. Donc j'avais une alarme.

Question : Ca vous est arrivé de tomber ?

Mr Souris : Je suis tombé une fois dans mon jardin.

Question : Et vous êtes resté longtemps par terre ?

Mr Souris : Non.

Question : Quelqu'un vous a aidé ?

Mr Souris : Oui.

Question : C'était un voisin ?

Mr Souris: Oui.

Question : Bon, ça va si vous n'êtes pas resté trop longtemps par terre parce que tout seul, parfois ça peut durer.

Mr Souris : Oui, des fois on peut pas se relever. Je suis bien tombé d'autres fois et je me suis relevé (rires). »

Pour Madame Duvergne, 93 ans, ancienne commerçante, veuve et mère de deux enfants qui vivent loin, c'est le fait d'avoir été blessée qui a déclenché sa décision :

« J'ai fait plusieurs chutes. Ces chutes bien sûr, toutes les fois ça m'a fatiguée, et puis la dernière chute que j'ai faite...

Enfin, il faut que je vous explique d'abord : j'ai fait des chutes mais il n'y avait jamais de sang et la dernière chute que j'ai faite, ce n'était pourtant pas grave, c'était que le cuir chevelu, mais devant tout ce sang, oh, là, mon Dieu, j'ai eu peur ! J'ai eu peur, j'avais un bracelet, l'alarme, j'ai pu sonner, mes voisins sont venus me ramasser et puis on m'a emmenée aux urgences bien sûr. De là, cette chute, ça m'a traumatisée à un tel point que j'ai été une douzaine de jours à l'hôpital. Je me suis dit : "ma petite, est-ce

que tu peux retourner chez toi ?" Parce que mes enfants sont sur Lyon, ils ne sont pas à côté, alors j'ai réfléchi, je m'en suis rendu malade. Et puis j'ai dit, finalement, il faut te décider, parce que tu ne peux pas, plus rester chez toi. »

Ainsi, une chute, réelle ou appréhendée est souvent le facteur déclencheur de la décision. La saison joue un rôle également important : les personnes craignent plus de tomber en hiver, quand la nuit arrive plus tôt, les volets des voisins sont fermés et imaginer de chuter seul, dans le froid peut être source d'angoisse : *« J'étais très bien, j'avais tout ce qu'il fallait à la maison, mais malheureusement j'étais toute seule, alors j'avais trop peur que, avec l'hiver, il vienne de la neige, du verglas. Alors j'ai dit, moi je peux tomber à six heures du soir, comme maintenant, tout est fermé, et puis rester par terre jusqu'à... huit heures du matin. »*. Ce qui est d'ailleurs notable, dans la manière dont cette résidente construit son récit, est que ce qu'elle appréhendait le plus finit par se produire : *« Alors de cinq heures du soir à huit heures du matin toute seule, il y a le temps de se passer beaucoup de choses... Alors, je suis tombée. »*

(Madame Farge, 93 ans, veuve, sans enfant, ancienne boulangère)

Pour conclure cette partie, l'isolement des personnes âgées, qu'il soit résidentiel ou physique, n'est pas systématiquement synonyme de solitude. Certes les conditions objectives (distances, présence de voisins, de famille...) ont une influence mais les manières de les vivre, subjectivement, sont tout aussi importantes : *« Parler de solitude, ce n'est pas toujours parler de personnes seules et, à l'inverse, parler de personnes seules, ce n'est pas forcément approcher la solitude. La solitude ne s'approche pas à l'aune de l'isolement : c'est un sentiment plus qu'une caractéristique. On peut être isolé de multiples manières : géographique, sociale, affective, mais on sentira éventuellement la solitude sans qu'aucun des critères d'isolement ne soit présent. [...] la notion de solitude est délicate. Elle ne se laisse pas appréhender facilement tant elle est complexe et relève plus d'un ressenti que d'une réalité palpable. ⁴⁶⁶»*

b) Un rapport spécifique à soi et à sa santé

Dans le discours des personnes âgées, les problèmes de santé sont souvent omniprésents. Ils finissent par rythmer leur quotidien, entre consultations, modifications d'ordonnance, effets

⁴⁶⁶ Dion M., « L'isolement et la solitude des personnes âgées au prisme du regard démographique », *Gérontologie et société*, 2016, n° 149, p. 58.

secondaires, voire iatrogéniques, opérations, hospitalisations... Cette dimension de leur vie prend une place prépondérante et occupe une grande partie de leur attention, *a fortiori* en EHPAD⁴⁶⁷. Surtout, ils leur font mesurer, ce qu'ils ne sont en plus en capacité de « faire », élément essentiel pour les personnes dont le premier instrument de travail a été leur corps⁴⁶⁸. Toutefois, les résidents invoquent assez peu les aspects strictement médicaux lorsqu'ils justifient leur entrée en structure. Dans leur chronologie (construite ou reconstruite), ils repèrent, chacun, un élément déclencheur qui leur permet de trouver une logique à cette dernière étape de leur vie à domicile. Construction ou reconstruction nécessaire car, pour la plupart, il n'y a aucun sens à venir finir sa vie en EHPAD et ce passage va à l'encontre de ce à quoi ils aspirent réellement, d'autant plus que, pratiquement aucun ne l'avait anticipé par des dépôts de dossiers ou des visites préalables.

Toutefois, nous avons été particulièrement frappée par le degré d'acceptation des personnes face à leur situation, tout en faisant également preuve d'une grande lucidité et/ou perspicacité. Aucun ne se leurre à ce sujet, même parmi les plus satisfaits de leur vie en institution. Tous savent qu'ils sont ici parce qu'ils sont à la fin de leur vie :

« [Comment se passe votre vie ici ?]

Ben ... On est très bien logé.

[Oui ?]

Mais ... Je suis seule, quoi.

[Ah, oui.]

Alors, c'est déjà bien d'être seule dans sa chambre.

[Hum.]

Mais ... On n'est pas chez soi. Autrement, on ne peut pas être mieux qu'ici, mais c'est ça vous pensez que ... On a peur de mourir, quand on est là.

[C'est vrai ? C'est ce que vous ... ?]

On est là pour attendre que ce soit fini. »

(Madame Tendière, 93 ans, mère de quatre enfants et veuve d'un haut fonctionnaire)

Ici aussi, l'origine, la génération et le genre des résidents interviewés entrent très clairement en compte. Leur vie s'est bien davantage construite autour de leurs divers impératifs familiaux,

⁴⁶⁷ Du fait du fonctionnement actuel des EHPAD, cette dimension devient quasi centrale dans la vie quotidienne des résidents.

⁴⁶⁸ Nous verrons plus loin à quel point ne plus pouvoir « faire » est prépondérant dans le discours des résidents.

domestiques, conjugaux et professionnels que par des choix clairement opérés. Ils ont été élevés dans de grandes fratries, au sein de famille dont l'activité était basée principalement sur l'économie de subsistance et dans la mémoire et le vécu de deux guerres mondiales⁴⁶⁹. Beaucoup ont ensuite mené une activité sur le lieu même de leur domicile (agriculture, artisanat, petit commerce) conduisant à une intrication extrêmement forte entre sphère domestique et professionnelle. Leurs journées étaient rythmées par les saisons et les nécessités : s'occuper des enfants, des parents, nourrir les bêtes ou faire tourner la boutique, servir les clients, livrer la marchandise... :

« ils ont monté une boulangerie, tout de suite. Ils ont toujours été patrons de leur boulangerie. Ils en avaient une à X, après à Y. Ils ont bossé énormément. Ma tante, elle a travaillé 35 ans sans prendre un jour. C'était ouvert tous les jours, même le lundi. »

(Monsieur Farge, neveu de Madame Farge, veuve, sans enfant, ancienne boulangère)

Autant de tâches incompressibles et qui ont empli, du matin au soir, toute leur existence en ne laissant que très peu de place à des projets ou des aspirations personnelles. Ce constat est spécialement vrai chez les femmes, y compris parmi celles que nous avons pu rencontrer et qui ont eu une activité professionnelle. Il est particulièrement marqué chez les anciennes femmes d'agriculteur : beaucoup n'ont pratiquement jamais vécu pour elles.

Aussi, lorsqu'il ne leur est plus possible de rester chez eux, parce qu'ils ne peuvent « *plus mettre un pied devant l'autre* », et qu'il faut aller en maison de retraite, beaucoup font preuve d'un grand fatalisme et finissent par se résoudre face à ce dernier stade de leur vie, quand on ne peut plus se suffire ou pour reprendre une expression que nous avons entendue à maintes reprises « *c'est comme ça, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise* ».

Ici, la vieillesse, pour ceux qui sont restés proches de la culture ou de la vie paysanne, est conçue comme une étape « naturelle » de la vie, proche du rythme des saisons, de la terre, de ce qui vit et de ce qui meurt. Leur système d'entraide familiale ou de « débrouille » participe également au fait de considérer la vieillesse comme une simple avancée en âge, ainsi que l'absence de rupture nette dans leur mode de vie à la retraite, notamment chez les anciens agriculteurs ou conjoints. Elle est en sus liée au fait que les personnes ont moins recours (dans le territoire

⁴⁶⁹ On a souvent tendance à « illustrer » la Seconde Guerre mondiale à travers principalement des images relatives à la vie dans les villes à cette période : bombardement, ghetto, rafle, etc. Toutefois, les habitants des campagnes ont également « payé leur lot » : mobilisation ou STO (service du travail obligatoire) pour les hommes, présence des occupants, de la résistance. Aussi, les personnes que nous avons rencontrées restent-elles très marquées par cette période.

observé) à des aides professionnelles, notamment sanitaires. « Or, la vieillesse comme limitation, comme déclin, comme impuissance, comme temps de maladie et de handicap, assombrie par la perspective d'une mort prochaine, voire comme une maladie elle-même, devant être prise en charge par des professionnels de santé, est très largement mise en forme par les professionnels de la vieillesse, et en France par les professionnels du secteur sanitaire⁴⁷⁰ ». Ayant eu peu à faire à ces professionnels, les personnes interrogées, sont finalement moins soumises à cette vision d'une vieillesse dépendante et malade. Elles mentionnent bien des difficultés accrues à se déplacer, à lire, à entendre, ont quelques « douleurs ⁴⁷¹ » physiques ou des limitations dans leurs activités, mais ces constats sont rarement expliqués à l'aide d'un vocabulaire médical ou assimilé. Dans les quarante-quatre entretiens que nous avons conduits avec les résidents, aucun n'a jamais mentionné le terme de dépendant ! Terme qui est pourtant en passe de devenir le synonyme de personnes âgées dès que celles-ci ont dépassé les 85 ans. Finalement, dans le discours des personnes interrogées, la vieillesse est bivalente et comporte deux faces : celle qui va bien et qui permet de rester chez soi et celle qui va mal. Dans cette vision, le vocabulaire technique médical n'est guère mobilisé car peu signifiant. Le vieillissement est une suite naturelle de la vie, les maux qui l'accompagnent également. Pour ces personnes, mourir de vieillesse est toujours une réalité, quand d'autres l'ont totalement banni au profit de terminologies empruntées à la pathologie.

5.1.1.2 L'entourage

a) La figure sacralisée du médecin

Dans le récit des personnes, « leur docteur » occupe une place primordiale. Pourtant, fréquemment, elles avaient d'autres professionnels qui intervenaient chez elle (aide à domicile ou personnel soignant), mais dans nos échanges, ces derniers semblent ne pas avoir tenu de place dans la décision. Seule la parole du médecin est importante et peut parfois même jouer

⁴⁷⁰ Gucher C. et al., Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?, Rapport de recherche, INSERM, 2007, p. 149.

⁴⁷¹ Même ici, il convient de noter que le terme « douleur » n'apparaît que trois fois dans la totalité des entretiens avec les résidents. Le mot « mal » est plus fréquent (88 occurrences), mais rarement en tant que synonyme de leur douleur (15 occurrences). Le verbe souffrir et ses déclinaisons ne revient que huit fois, mais dans cinq cas sur huit, à propos d'une autre personne que le résident lui-même (souvent leur conjoint défunt).

un rôle prépondérant dans le déclenchement de celle-ci, voire dans l'organisation de l'admission.

Pour les vieux ruraux, les soucis de santé sont occultés jusqu'à l'apparition de problématiques aiguës. Dans ce cas, leur recours repose principalement sur un interlocuteur : leur médecin, qui est souvent celui du bourg le plus proche. D'après l'enquête par questionnaire réalisée auprès de retraités agricoles⁴⁷², les pompiers arrivent en seconde position, mais uniquement dans le cas où le médecin ne peut se déplacer. C'est ce dernier qui est au centre de toute l'organisation des soins nécessaires à apporter : il contacte et oriente vers les autres professionnels de santé avec lesquels il travaille en réseau, il assure une surveillance qui dépasse très largement les horaires de la plupart de ses confrères qui exercent en ville. Il lui arrive de devoir prodiguer les premiers soins d'urgence⁴⁷³ et même d'assurer des « services pharmaceutiques » en apportant des médicaments⁴⁷⁴ lorsque cela est nécessaire⁴⁷⁵. Ce que nous a largement confirmé le Docteur Perrin. Originaire de la ville de Langeville, une bonne partie de sa famille travaille dans le secteur agricole. Il a d'abord effectué des remplacements dans les environs avant de reprendre le cabinet de son cousin à Noireux. Très attaché au territoire et aux personnes qui y vivent, il continue d'exercer, pour reprendre ses propos, de la « médecine familiale » :

« C'est classique et c'est toujours comme ça. Ils me téléphonent pour savoir s'ils appellent les urgences, alors qu'ils ont parfois des traumatismes importants, au niveau des doigts par exemple. On appelle, son docteur : "qu'est-ce que je dois faire ?".

⁴⁷² Gucher C. et al., Vieillir en milieu rural... ? op. cit.,

⁴⁷³ Nous rappelons que le service d'urgences hospitalières est à près de quarante minutes du lieu d'observation.

⁴⁷⁴ Il existe bien sûr un système de pharmacie de garde. Toutefois, le maillage est tellement lâche qu'en fonction de la pharmacie de garde, les personnes peuvent avoir trente ou quarante minutes de trajet en voiture pour se procurer des médicaments la nuit ou le week-end.

⁴⁷⁵ Il faut noter toutefois que ce modèle de médecin, majoritaire auparavant, est en « voie de disparation », deux phénomènes sont principalement en cause. Premièrement, la raréfaction des médecins est encore plus criante en milieu rural et ceux qui ont décidé de s'y installer sont de moins en moins disponibles. Deuxièmement, la création des maisons médicales permet certes d'attirer de nouveaux praticiens mais elle a également pour effet de tirer les professionnels vers des pratiques et horaires plus proches de l'organisation d'une structure. Le docteur Perrin, pense, lui, que celles-ci ont également pour effet de « dépersonnaliser la prise en charge » : « *Ca dépersonnalise beaucoup ces maisons de santé. Après, on est deux ou trois médecins et le patient, finalement, il prend celui qui est libre. Et donc ça dépersonnalise l'accueil. Les maisons de santé, c'est bien dans un sens, on est moins isolés, on a une secrétaire pour l'ensemble, il y a des avantages. Mais c'est tout à fait autre chose comme médecine, à mon avis.* »

Vraiment. Et puis c'est surtout pour être rassuré, dans un premier temps. Ils attendent les premières paroles de secours, les premiers gestes à faire éventuellement. Non ça reste toujours d'actualité. Toute la journée. Je travaille sur de relativement grandes amplitudes horaires. Je viens à six heures du matin ici, jusqu'à vingt et une heures. Je ne dis pas que je fais tout le temps des actes, il y a beaucoup de papiers, des choses comme ça. Mais je reste disponible par téléphone, pour éventuellement des angoisses de nuit, après minuit, qui peuvent arriver. Pour les personnes âgées et puis aussi, les petits enfants. »

La confiance qui est accordée au médecin est très forte, voire indéfectible. A l'instar du Maire, il reste, pour les vieilles personnes des communes rurales, une autorité de référence. Cette confiance se base finalement moins sur ses compétences médicales que sur ses qualités relationnelles et sa disponibilité. Bien souvent, il connaît tout de l'histoire de la personne, mais également celle de sa famille dont les membres, présents sur le territoire, sont également ses patients :

« Je préfère le milieu rural, parce que je pense que c'est plus familial. Le contact est plus familial, je connais les familles, je connais leur profession. Moi, je suis donc originaire de Langeville, je connais bien la région, toute ma famille est originaire du milieu rural. Donc, je connais aussi leur souci, dans leur quotidien. »

(Docteur Perrin)

La prise en charge médicale se fait donc non seulement en fonction de cette connaissance, mais également de celle des habitudes de vie des vieux ruraux :

« Mon père il mange encore le matin ses morceaux de saucisson avec son verre de rouge. Il ne boit pas mon père, je ne l'ai jamais vu ivre, mais il boit ses trois/quatre verres de rouges, tranquille. Bon c'est comme ça. Mais le médecin lui a dit qu'il fallait continuer comme ça [rires]. »

(Monsieur Farge, neveu d'une résidente, à propos de son père, âgé de 90 ans et qui vit encore à son domicile)

Aussi, lorsque les personnes et/ou leur entourage réalisent qu'il est nécessaire d'envisager une entrée en structure, c'est souvent à lui qu'ils font appel pour savoir laquelle choisir, voire pour engager directement les démarches auprès de l'établissement :

« Je lui dis : « écoutez, docteur, vous cherchez ma mort ? » Il me dit : « pourquoi vous me dites ça ? » Je lui dis : « j'ai manqué tomber dans les escaliers. Moi je ne veux plus rester là. Ecoutez, faites-moi rentrer dans une maison de retraite ». Je m'étais déjà fait

inscrire à Z⁴⁷⁶ puisque j'étais à Z, et puis on m'a dit : « inscrivez-vous donc à Noireux. Comme ça, vous aurez la chance de l'une ou de l'autre ». Donc mon docteur m'a fait rentrer ici. Il m'a dit : « moi, je vous conseille Noireux », parce qu'il connaît très bien la maison. Il connaissait tous les machins. Alors il dit : « rentrez donc là-bas ». Alors ça y est, c'était parti. En huit jours, j'étais dans la maison, je n'avais encore pas vu ma chambre... Mais non, mais rien du tout, ma pauvre, je vous dis. Ca a été si vite fait. »

(Madame Lufaye, 86 ans, ancienne ouvrière, veuve et mère d'une fille vivant loin)

b) Le rôle des familles : une pression ?

Nous avons été surprise de voir à quel point les discours des résidents et de leurs enfants étaient proches, tant dans la chronologie des événements les ayant amenés à opter pour une entrée en structure que dans le choix même des termes utilisés. Après un détour du côté du concept d'individu collectif, développé par certains sociologues, mais non opérant dans les situations que nous avons étudiées, nous nous sommes appuyée sur les travaux d'Erving Goffman et notamment, ceux réalisés dans le cadre de son ouvrage *Stigmate*⁴⁷⁷. En effet, selon cet auteur, les personnes porteuses d'un stigmate suivent un processus de socialisation dont l'une des phases « est celle durant laquelle l'individu stigmatisé apprend et intègre le point de vue des normaux, acquérant par-là les images de soi que lui propose la société, en même temps qu'une idée générale de ce qu'impliquerait la possession d'un tel stigmate. Puis vient la phase où il apprend qu'il possède ce stigmate et connaît, cette fois en détail, les conséquences de ce fait. »⁴⁷⁸

Selon nous, dans le cas des personnes âgées qui entrent en institution, cette assignation est double. D'une part, elles ont très bien intégré le point de vue des « normaux » car elles en ont fait partie pendant plus de quatre-vingts ans⁴⁷⁹. D'autre part, tout au long de leur vie, les parents et leurs enfants construisent un système relationnel dans lequel s'inscrivent les différents événements de leur vie et qui constitue la base de leur récit familial. Celui-ci est plus ou moins

⁴⁷⁶ Il s'agit d'une commune à dix kilomètres de Noireux.

⁴⁷⁷ Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, Paris, 1975 (première traduction française), 2010.

⁴⁷⁸ *Ibid.*, p. 46.

⁴⁷⁹ Pour avoir travaillé en logement-foyer, nous avons pu mesurer à quel point les personnes âgées sont elles-mêmes empreintes des préjugés relatifs à leur congénères dépendants et sont les premières à dire que vu l'état de leur voisin, elles ne comprennent pas pourquoi il ne part pas en EHPAD.

dense en fonction de l'intensité des relations entre eux et des périodes (cohabitation dans les jeunes années des enfants, naissance des petits-enfants...). Il a tendance à s'intensifier à nouveau au moment où les parents vieillissants ont besoin d'aide à leur tour, *a fortiori* en milieu rural où, comme nous l'avons vu plus haut, ces derniers bénéficient d'un soutien plus prononcé, dû à une plus grande proximité géographique de leurs enfants ou des membres de leur famille restés sur place. Ainsi, finalement, il est tout à fait compréhensible que les personnes âgées avec lesquelles nous nous sommes entretenue aient parfaitement intégré le discours des « normaux », en l'occurrence ici, celui de leurs enfants, d'autant plus si celui-ci a été entériné par leur médecin.

C'est également très probablement la raison pour laquelle, les résidents (avec lesquels nous avons échangé) ne nous ont pas fait part d'un sentiment de pression, voire d'injonction, de la part de leur famille à devoir s'installer en EHPAD, contrairement à ce que nous avons souvent pu lire auparavant. La proximité spatiale des membres de la famille permet une évaluation de la situation plus régulière et donc plus nuancée, des réajustements plus fréquents, mais également des temps d'échanges et de négociations. Lorsque les enfants vivent loin, ils ne peuvent avoir qu'une vision partielle de la manière dont évolue leur parent. Alertés uniquement lors d'incidents, ceux-ci vont avoir tendance à prendre toute la place et à les inciter à agir de façon plus directive et rapide, par peur de ne pas être présents en cas de nécessité.

5.1.1.3 Le choix du lieu et de l'établissement

S'agissant du choix, il est important de différencier le lieu et l'établissement. Majoritairement, les personnes que nous avons rencontrées sont originaires « du coin » et ont vécu toute leur vie dans les alentours (en moyenne les résidents habitaient à 11 kilomètres de la commune d'implantation de l'établissement). D'autres EHPAD existent à des distances relativement comparables. Lorsque nous les avons interrogées quant aux raisons qui leur ont fait choisir cet établissement en particulier, c'est d'abord l'emplacement qui est privilégié et sa proximité avec l'ancien lieu de vie. Dans les études réalisées sur le choix de l'établissement⁴⁸⁰, très souvent la raison évoquée est le rapprochement avec les enfants. Pourtant, pour les vieux ruraux, il apparaît que leur ancrage prédomine dans leur choix, même lorsque leurs enfants habitent loin et, nous semble dit-il, en dehors des considérations financières :

⁴⁸⁰ Voir notamment : Chazal J. *et al.*, « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Les dossiers de la DREES*, n° 18, 2011.

« [J'espère que la question n'est pas indiscrete, mais vous n'avez pas envisagé de choisir un établissement à côté de votre fille en Bretagne ? Vous avez préféré rester ici ?]

Ah non, non, non. Je ne veux pas y aller... D'abord mon gendre est décédé. Vous savez pas. Eh bien je vais vous dire quelque chose. Il y a déjà un moment qu'il est décédé. Elle a retrouvé un copain. Bon, moi je dis rien, parce qu'elle fait ce qu'elle veut. Elle a soixante-quatre ans, elle sait ce qu'elle a à faire. Bon, il est très gentil. Moi, je ne veux pas dire du mal de lui, ni rien du tout. Mais, non, non, non, je n'irai pas en Bretagne. Ah non... Je leur ai dit là. Je leur ai dit : « vous savez, ici, je vais y rester jusqu'à ma mort, voilà. Mais j'ai fait des papiers, j'ai rempli des papiers. Si je viens à mourir, où est-ce qu'il faut m'emmener, qu'est-ce qu'il faut faire, tout ça. ».

(Madame Lufaye, 86 ans, ancienne ouvrière, veuve et mère d'une fille vivant loin)

Pour les résidents qui ne sont pas natifs, nous pouvons distinguer ici, deux types de personnes (très minoritaires dans notre échantillon). Premièrement, celles qui ont vécu un temps à proximité et qui considèrent le territoire comme leur « espace fondateur⁴⁸¹ ». C'est le cas d'un prêtre qui a longtemps exercé son ministère dans la petite ville proche (Langeville). Il nous raconte avoir très tôt prévu les différentes étapes de son vieillissement. Il a d'abord fait le choix d'un établissement en ville, à Lyon (où il a fait ses études), puis l'a quitté au bout d'un an car il se sentait enfermé :

« J'ai été assez rapidement bloqué, du moins, comment dire, agacé par ce qui m'apparaissait comme une surveillance excessive. On n'avait pas la clé. On ne pouvait pas sortir. On ne pouvait ni entrer ni en sortir. On était bloqué dans la maison, on sortait si on avait la permission. Il fallait demander et à certaines heures et en complément, nous n'avions pas la clé de nos chambres. [...] Quand on était absent la direction passait pour voir si tout allait bien, si tout était en ordre dans la chambre, en particulier. La première chose qui m'a agacé c'est de voir que, quand je suis arrivé, j'avais évidemment des cartons. Il y a des cartons qui sont restés deux ou trois jours et pendant mon absence, ils sont entrés et ils ont vu qu'il y avait des cartons. Ils m'ont dit : "mais il faudra supprimer ça, c'est dangereux". J'ai dit : "d'accord, je vais m'en occuper". J'ai été absent deux jours et quand je suis rentré, les cartons étaient partis. Ils étaient intervenus. ».

(Père Antoine, 91 ans)

⁴⁸¹ Voir partie « 3.1 Un monde rural ? », p. 208.

Devant cette situation, il décide de déménager et de s'établir dans le lieu où, selon lui, il a passé ses meilleures années. Ses souvenirs ont, pour partie, idéalisé cet endroit : « *Ici c'est le jour et la nuit. Quelle différence il y a ? Physiquement, on respire. Y a ça, l'environnement. C'est vrai que ce pays est un beau pays donc on est heureux simplement d'être dans la nature quoi.* » Nous verrons plus loin que cette stylisation ne lui suffira pas à combler ses aspirations, notamment en termes de relations aux autres.

Nous avons également rencontré un deuxième type de personnes : celles qui sont venues pour se rapprocher d'un de leur enfant établi dans « le coin ». Souvent, nous avons tendance à oublier une évidence : lorsque les résidents sont vieux, leurs enfants sont en passe de l'être aussi. C'est particulièrement le cas de Madame Joliette, 97 ans, veuve, mère de deux enfants, dont l'un est décédé ; elle est très autonome et ne souffre d'aucune pathologie invalidante. Elle aussi avait prévu d'organiser son vieillissement en s'installant dans un logement-foyer dans sa commune d'habitation et dans lequel, selon ses dires, elle se sentait très bien. Toutefois, les années passant, l'éloignement avec sa fille de plus de cent kilomètres l'a contrainte à quitter son logement pour se rapprocher d'elle afin de lui éviter des trajets trop longs (celle-ci a plus de 75 ans). Le changement de lieu et de population de résidents est très difficile pour Madame Joliette :

« C'est que je n'ai plus que ma fille maintenant et elle habite à X, alors pour elle ça lui faisait bien moins loin. Ça lui faisait quand même cent kilomètres à faire pour venir me voir. Elle venait toutes les semaines et j'ai trouvé que ce n'était pas rien. Alors bon. Et puis je me suis dit : « un jour à l'autre, il faudra bien rentrer dans une maison comme ça, autant y rentrer tout de suite ». Et voilà ! [Question] Je suis venue pour me rapprocher de ma fille et lui éviter quand même de faire des pareils parcours. Parce que j'étais déjà dans une maison, mais c'était une résidence, ça n'a rien à voir. Je faisais ma cuisine, j'avais une pièce où je pouvais faire ma cuisine, on pouvait rentrer et sortir comme on voulait. A ce moment-là j'avais des amies qui étaient à peu près du même âge que moi et on sortait beaucoup. Elles sont mortes maintenant. C'était comme si j'étais chez moi tout en ayant une certaine sécurité. Alors c'est ce que j'ai craint en arrivant là, l'ambiance quoi, ça m'a changé. [Question] Eh bien oui, là, ce sont vraiment des gens... ce n'est pas du tout pareil quoi. Ce n'est pas du tout la même vie. »

Ainsi, à travers l'analyse des discours des résidents, nous pouvons repérer deux types de distances qui séparent les parents de leurs enfants. Celles perçues comme trop longues pour leur

avoir permis de maintenir des relations étroites et très régulières. Dans ce premier cas, les personnes ont construit leur existence en partie à côté de celle ou celui de leurs enfants qui ne peut leur rendre visite que quelques fois dans l'année. Elles ne connaissent pas vraiment ni le lieu où leurs enfants habitent ni les personnes qui y vivent, voire les personnes avec lesquelles ils vivent, comme dans le cas de Madame Lufaye. Aussi, imaginer un déménagement, dans un lieu totalement inconnu, même pour se rapprocher de ses enfants est totalement impensable. A l'inverse, lorsque les distances sont plus réduites, ou les moyens de transports accessibles, les habitudes de rencontres fréquentes et régulières ont pu être maintenues. Dans le cas de Madame Joliette, c'est la préservation de ses relations avec sa fille qui prime sur son lieu de vie. Les visites hebdomadaires de son enfant sont tellement ancrées dans leur vie quotidienne que, plutôt que les remettre en question, elle fait le choix de se rapprocher d'elle.

Lorsque nous avons interrogé les résidents quant au choix de l'établissement en lui-même, il nous a été assez difficile d'obtenir des raisons de leur part :

« [Pourquoi vous avez choisi Noireux ?] *Parce que je suis tombée sur celle-ci* ».

(Madame Mme Laplace, 83 ans, veuve, mère de six enfants, ancienne commerçante)

« [Et qu'est-ce qui a fait que vous avez choisi cette maison de retraite là ?] *Oh, j'en sais rien. Ca s'est trouvé comme ça. Je ne peux pas vous donner de détails. [...] Je suis arrivée là, fallait aller quelque part.* »

(Mme Auboeuf, 93 ans, ancienne agricultrice, veuve, mère de quatre enfants).

Le territoire d'observation est assez bien doté en structures de ce type⁴⁸². Aussi, ce maillage offre la possibilité d'un véritable choix, d'autant que nous avons moins souvent repéré le scénario habituel conduisant à une institutionnalisation, à savoir, une hospitalisation en urgence suivie d'une entrée en EHPAD, elle-même en urgence, qui ne laisse pas la latitude de sélectionner une structure. En effet, de nombreux enquêtés nous ont dit être arrivés directement de leur domicile, ce qui, normalement, aurait pu leur laisser le temps de prendre des renseignements, visiter les différents établissements, etc. Or, ce ne fût pas le cas pour la plupart. Nous pensons que cela est principalement dû au fait que, dans la très grande majorité des

⁴⁸² Il existe sept autres EHPAD à une distance de moins de 20 minutes en voiture de la commune de Noireux. Certains sont plus proches de l'ancien domicile des résidents venus s'installer à Noireux.

situations⁴⁸³, ce sont leurs enfants qui ont effectué toutes les démarches de prospection et d'admission. Lorsque l'on croise les récits des personnes avec ceux de leurs enfants, différents motifs apparaissent qui sont en lien avec une connaissance préalable de ces derniers. Ainsi, leurs enfants y ont soit déjà eu un parent (belle-famille, oncle, tante...) qui a été hébergé dans la structure, soit ils ont une relation (familiale, amicale) avec un membre du personnel, soit ils sont eux-mêmes salariés de l'établissement. Le choix a donc été effectué principalement via leur réseau d'interconnaissance, ce qui a pour conséquences que très peu effectuent des comparaisons avec les autres structures présentes dans le territoire (sauf trois familles issues des classes supérieures).

Les récits des résidents à ce sujet démontrent, ici aussi, la permanence des modes de vie rurale. Ils sont très éloignés d'une conception de clients consommateurs : ce sont leurs enfants qui ont choisi la structure et s'ils ont pu y être admis, c'est parce qu'ils étaient connus, soit directement soit par le truchement de leur fille ou fils. Le crédit ou bonne réputation qu'il leur est ainsi accordé, les place plus dans le sentiment d'avoir été accepté par l'établissement plutôt que l'inverse. Les trois extraits d'entretiens ci-dessous en sont des exemples :

« Ma femme est venue ici en Alzheimer, je venais tous les jours alors j'étais connu un peu. J'ai pas été dépaysé en arrivant là. Le docteur R [médecin coordonnateur], je le connaissais. Je connaissais mal le Directeur. Vous savez, je venais les après-midis voir ma femme... enfin, je n'étais pas un inconnu. Ils m'avaient demandé de faire un dossier d'avance et du fait que j'étais connu un peu, ils m'ont pris tout de suite sans attendre les quarante jours. C'est du fait que je leur ai dit que c'était pour rester, alors ils m'ont pris tout de suite. Et puis cette chambre était libre, je ne peux pas être mieux servi que comme ça. [...] et puis, le personnel me connaissait, alors c'était déjà une mise en avant quoi. »

(Monsieur Niveau, 90 ans, veuf, père de quatre enfants, ancien agriculteur, ancien maire d'une commune limitrophe)

« Oh et bien, des gens qui connaissaient mon fils, oui parce que mon fils est connu, avec toutes ses occupations, ses... ses réunions. Il fait partie du reste du Conseil d'administration ici. [Et puis si je me souviens bien, vous avez un petit-fils qui est très connu aussi ?] Oui, j'ai un petit-fils très connu. Et qui est député, et qui est à l'Assemblée maintenant. [Oui, donc ce qui fait que le personnel quand vous êtes arrivée, les gens

⁴⁸³ Seules trois résidentes sur vingt-sept rencontrés nous ont dit avoir effectué les démarches seules, dont deux avec l'appui de leur médecin.

vous connaissaient un peu] *Oh oui, on connaissait mon nom, on connaissait un peu.*
[Oui, et puis si vous avez un petit-fils qui est député, les gens ils ont dû vous reconnaître aussi pour ça.] *Ben évidemment, c'est la première chose qu'on m'a dit.* [Ca vous fait plaisir ou ça vous gêne un petit peu ?] *Ca ne me gêne pas du tout ! Mais je ne discute pas avec eux politique, ni rien du tout. »*

(Mme Vounet, 94 ans, mère de deux enfants, veuve, ancienne commerçante à Langeville)

« [Donc vos enfants ont fait des recherches et ont su que cet établissement était bien ? Ils vous ont dit de venir ici ?] *Et bien... C'est ma nièce qui travaille ici, dans les bureaux. Elle est adjointe au Directeur.* [Sylvie ?] *Vous connaissez, Madame Limousin ?* [Oui] *Ah bien. Enfin je ne dis pas qu'elle... Et puis elle ne me favorise pas. »*

(Mme Salers, 88 ans, veuve, mère de deux enfants, ancienne fonctionnaire)

Ainsi, finalement, les résidents font assez peu part de caractéristiques spécifiques qui auraient pu les conduire à choisir cet établissement en particulier. Ils se sont fiés à l'avis de leurs enfants ou de leur médecin envers lesquels ils affichent une confiance absolue. Le fait qu'ils leur aient assuré que c'était le « meilleur dans le coin » leur a suffi.

Ce qui nous a particulièrement marquée est que pratiquement aucun⁴⁸⁴ ne soit venu visiter la structure avant son admission, ce qui, *a priori*, aurait pu être possible car, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut, beaucoup sont arrivés depuis leur domicile, sans que l'admission se fasse en urgence et avec une offre en termes de places d'hébergement assez dense.

Il en va de même pour les familles qui ont effectué les démarches. Assez peu⁴⁸⁵ nous ont dit avoir visité plusieurs structures pour opérer leur choix :

« [Et vous en avez entendu dire du bien de cet établissement, vous l'aviez déjà visité avant ?] *Pas du tout, je ne l'avais pas visité, j'ai fait confiance à mon fils, c'est lui qui gère mes affaires et ça je le laisse faire. Il l'avait visité, et quand il a eu la clé en main, il m'a dit » non maman il n'y a pas deux sortes de ... c'est une résidence impeccable ».*

(Mme Vounet, 94 ans, mère de deux enfants, veuve, ancienne commerçante)

⁴⁸⁴ Seuls deux résidents (deux hommes vivant seuls) nous ont expliqué qu'ils étaient venus visiter l'EHPAD avant leur admission.

⁴⁸⁵ Il s'agit ici principalement de familles issues des catégories socio-professionnelles supérieures.

« [Et avant de vous installer ici, vous aviez déjà visité ?] *Non, je n'ai pas visité. C'est Nicole qui m'a dit : " tu sais, tu en as une belle [chambre], ce n'est pas le moment ... Bon j'ai fait confiance à ma fille. Non, mais c'est certainement une des grandes chambres. »*
(Madame Joliette, 97 ans, veuve, mère de deux enfants)

5.2 Vie quotidienne, modes de sociabilités et de solidarités en établissement

5.2.1 La vie quotidienne

L'entrée en structure collective brouille l'ensemble des repères que les personnes s'étaient construits durant leur longue vie. Les lieux, les temps, les activités réalisées, les motifs et le cadre des interactions avec autrui (autres résidents, professionnels et entourage familial et amical), tout change, tout est chamboulé. Ce bouleversement conduit à une véritable épreuve⁴⁸⁶, dans le sens où il oblige les personnes à des reconversions importantes dans les rapports qu'elles entretiennent avec les autres, le monde et elle-même. Adaptation délicate, *a fortiori* pour des personnes très âgées dont les repères et les routines sont établis depuis de très nombreuses années, voire se sont calcifiés⁴⁸⁷.

5.2.1.1 Une vie rythmée par le temps de l'établissement : le temps des soins

La vie quotidienne en établissement s'articule autour de différents temps collectifs et individuels qui sont à la jonction entre les rythmes de vie des résidents et les rythmes de travail des personnels. C'est principalement l'organisation de l'établissement qui les structure, notamment afin de pouvoir planifier le temps des professionnels et ce, même dans les structures (comme celle que nous avons observée) qui tentent de les rendre moins rigides⁴⁸⁸. Il en va de même pour les lieux où se réalisent les différentes activités (soins, repas, animations). Aussi, les résidents doivent-ils se conformer au rythme de l'établissement plutôt que l'inverse, ce qui leur impose une réorganisation très importante, parfois quasi complète, du mode de vie qu'ils avaient jusqu'alors.

⁴⁸⁶ Au sens défini par Danilo Martucelli.

⁴⁸⁷ Voir partie « 2.2.4.3 Le vieillissement, un rapport au monde qui évolue » au sujet des processus de routinisation chez les personnes âgées, p. 80.

⁴⁸⁸ L'établissement dans lequel nous avons principalement conduit notre enquête a beaucoup travaillé pour l'assouplissement de ces rythmes.

La vie quotidienne, dans l'établissement que nous avons observé, commence très tôt. Les soignantes arrivent à six heures trente et effectuent, avec leurs collègues de nuit, une « *relève* ⁴⁸⁹ ». Elles enchaînent ensuite rapidement leur service dans les étages : levers, toilettes, habillage et préparation et/ou aide au petit-déjeuner (pour ceux qui restent en chambre). Ce premier repas est préparé par les équipes de cuisine et du pôle hôtelier qui démarrent leur journée vers sept heures. Il est servi en salle de restauration de huit heures quarante-cinq à dix heures. Ici le rythme de sommeil des résidents est respecté au maximum et autant que possible ils ne sont pas réveillés par le personnel. Aussi, la « *maison* ⁴⁹⁰ » s'éveille doucement avec les « lève-tôt », habillés et prêts dès l'aurore, quand d'autres arrivent tranquillement en pantoufles et en robe de chambre en milieu de matinée pour prendre leur petit-déjeuner. Ce temps est moins institutionnalisé que celui des autres repas : les résidents ne sont pas tenus d'être tous présents à la même heure, ils s'installent plus facilement à la table de leur choix et peuvent, s'ils le souhaitent, laisser traîner en longueur ce temps plus intime. Petit à petit une certaine effervescence emplit les couloirs dans un chassé-croisé entre les résidents qui regagnent leur chambre et les personnels conduisant les nombreux charriots qui les accompagnent tout au long de leur journée, selon les tâches à effectuer (soins, entretien et hôtellerie). Ces derniers alternent les différents passages dans les chambres entre ménages, toilettes, changes, soins et distribution des médicaments. Ces différentes activités les amènent bien souvent jusqu'au temps du repas de midi, dans un rythme de travail très soutenu.

Pour les personnes chargées de l'administration, la journée démarre un peu plus tard, à huit heures trente, sur « *les chapeaux de roue* ». Interpellées par les uns et les autres, résidents, salariés, professionnels indépendants, bénévoles, fournisseurs et familles, elles sont sollicitées de vive voix ou par téléphone quasiment en permanence pendant toute la matinée et ce, dès l'ouverture de leur bureau. Elles sont l'interface entre les différents mondes, celui des professionnels et des résidents, celui du dehors et du dedans, et le matin est bien souvent entièrement dédié à cette mission. Seule l'une d'entre elles s'échappe quelques dizaines de minutes pour distribuer le courrier directement dans les chambres, occasion de pouvoir discuter, prendre des nouvelles de ceux qui sortent difficilement de leur appartement. Les autres ne

⁴⁸⁹ Dans d'autres structures, la « relève » peut être également nommée « transmission », il s'agit du temps que les professionnels consacrent à se transmettre différentes informations, essentiellement relatives aux résidents, lors des changements d'équipe. La plupart du temps, trois équipes se relaient : celle du matin, celle de l'après-midi (ou du soir) et celle de nuit.

⁴⁹⁰ Ce terme est fréquemment utilisé par les professionnels. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

manquent jamais une occasion de passer lui dire bonjour, demander un petit service, un conseil ou tout simplement s'installer près d'elle dès qu'elle a regagné l'accueil.

Les animations sont peu fréquentes le matin et assez courtes quand elles existent, afin de ne pas gêner la mise en place de la salle pour le repas de midi⁴⁹¹. Aussi, certains résidents vaquent principalement à leur occupations (lecture du journal, menus travaux manuels, etc.) dans leur chambre, et d'autres s'installent à des endroits stratégiques, à « leur » place, afin de voir tous ceux qui entrent et sortent.

A midi, la « maison » se met à nouveau en mouvement : chacun rejoint les deux salles de restauration⁴⁹² (une grande pour les personnes qui peuvent manger seules et une plus petite pour celles qui ont besoin d'aide) dans un ballet bien rodé, de cannes, de déambulateurs et de fauteuils roulants poussés par les professionnels ou par quelques résidents, fiers de montrer qu'ils sont encore capables de donner un « coup de main ». Le repas du temps méridien dure environ une heure. Puis tout le monde regagne sa chambre, beaucoup utilisent ce temps pour se reposer, voire faire la sieste.

A quinze heures, les activités démarrent sous la houlette des animateurs ou des bénévoles. Elles sont structurées selon un planning hebdomadaire fixe :

« Donc c'est assez rythmé : le lundi, c'est des jeux ; le mardi, chorale ; le mercredi, c'est boutique ; le jeudi, c'est aussi des jeux ou activités manuelles et le vendredi, loto. Ils aiment bien quand c'est rythmé comme ça. Il y a la messe une fois par mois, dans le grand restaurant, le mardi. »

(Sylvie Limousin, adjointe administrative)

D'autres activités sont organisées de manière plus ponctuelle, selon les saisons ou les habitudes prises (pêche, olympiades avec d'autres établissements, semaine bleue, semaine du goût, marché de Noël, etc.). Beaucoup sont centrées autour des repas, où non seulement chaque équipe participe à la mise en œuvre (décoration, menus à thèmes...), mais également les résidents et leur famille. Ainsi, la kermesse annuelle rassemble plus de deux cents personnes.

⁴⁹¹ Un projet de construction d'une nouvelle salle de restaurant est en cours (au moment où nous rédigeons ce texte) afin de laisser une salle d'activités disponible en permanence.

⁴⁹² Pour celles et ceux qui sont hébergés en unité de vie protégée, le personnel déjeune avec eux, dans des locaux spécialement dédiés.

Ici, la régularité des animations quotidiennes constitue un repère et structure journées et semaines. À l'inverse, celles qui sont exceptionnelles, les vacances⁴⁹³, les sorties au restaurant ou les repas de fêtes introduisent des césures dans une vie routinière et permet d'éviter de sombrer dans une trop grande monotonie.

Il faut également noter que pour certains, ces activités sont également l'occasion de découvertes⁴⁹⁴ qui peuvent constituer des expériences fortes, même à un âge très avancé.

Une fois les activités terminées, vers dix-sept heures, « *gros temps mort* » en attendant le dîner à dix-neuf heures. Puis le bal reprend, l'équipe d'après-midi termine ses tournées : aide au coucher pour ceux qui le souhaitent, changes, médicaments... jusqu'à l'arrivée des veilleuses vers vingt heures trente. Après la transmission des informations de la journée, ces dernières prennent le relais :

« il y a les changes, les relations, les positionnements, les massages, l'écoute, l'accompagnement aux toilettes, etc. Tout ce qui est vraiment du soin, de l'hygiène, du confort, de réassurance, de présence. Voilà, tous ces mots... Qu'on a la possibilité de faire, réellement. Bon quand ça court, ça court. On est à la merci de notre nuit. Quoi qu'il en soit, on privilégiera toujours les soins, les résidents par rapport à un coup de balai. »

(Karine Discours, aide-soignante de nuit et élue au Conseil municipal de la commune)

Un élément notable dans cet établissement est que les couchers se font à la demande, sans limite d'horaires, comme nous l'explique la même aide-soignante :

[Il y a beaucoup de demandes la nuit ?] Ah, oui. Il y a des nuits plus calmes que d'autres. Mais il y a des nuits où... déjà il y a énormément d'angoisse à la tombée du soir, comme partout. Il y a beaucoup quand même de gens... c'est pareil si on veut garder une autonomie maximale, tous les gens qui sonnent, qui appellent pour se lever, on les lève. On les lève, on les couche. Des installations sur bassins, selon, selon leurs besoins. Certains demandent à aller se coucher à vingt-trois heures, pas beaucoup, mais ça arrive. »

⁴⁹³ L'établissement organise tous les deux ans des vacances d'une semaine à la mer avec les résidents qui ne l'ont jamais vue.

⁴⁹⁴ Voir plus loin, l'exemple de Madame Fourier qui découvre les vertus des mandalas.

Cet établissement a fait le choix de correspondre autant que possible à un véritable lieu de vie. Aussi, la structuration du temps est très proche de l'organisation traditionnelle du quotidien. La présence des familles est ainsi rendue possible et favorisée :

[Pour les repas de fêtes, est-ce que vous les faites le jour même ou en décalé ? Certains établissements décalent pour que le personnel puisse être en famille.] *Non, parce que on est bien obligé d'avoir du personnel ce jour-là. C'est marrant d'ailleurs, le personnel ce jour-là déjeune avec les résidents et certains vont s'habiller en fête, donc c'est sympa. L'animation vient, alors que normalement ils ne travaillent pas les jours fériés. Mais pour la fête des mères, pour Pâques, Noël et le Jour de l'an, ils font la déco et restent jusqu'à environ treize heures pour lancer le repas. Y'a vraiment un repas, une atmosphère de fête. Déco spéciale, de la musique... Et normalement le dimanche, c'est une vaisselle différente, je crois qu'ils mettent des verres à pieds, des choses comme ça. Pour qu'ils remarquent que le dimanche, c'est différent. Le vin est amélioré, des petites choses comme ça, pour leur permettre de changer un peu de l'ordinaire. Et donc les familles peuvent venir déjeuner quand elles veulent, la semaine, le week-end... [Et c'est fréquent ?] Hier on a eu une famille, avant-hier, aujourd'hui... oui. C'est tous les enfants qui sont un peu loin, ou que pour la personne ce n'est pas évident d'aller manger à l'extérieur. Donc, oui, oui, c'est quand même assez fréquent. Pour Noël, on a la famille de Mme L, qui réserve une salle et qui vient (comme c'est une personne qui est très handicapée), ils font préparer le repas par un traiteur et ils font leur repas de famille ici. »*

(Sylvie Limousin, adjointe administrative)

Ainsi, cette recherche d'une plus grande proximité avec l'organisation d'une vie quotidienne classique est favorable à une meilleure acclimatation pour les résidents, en leur permettant de ne pas perdre tous les repères et de maintenir leur insertion dans un rythme social plus large. D'autant plus, qu'ils ont la possibilité d'adapter certains temps de l'établissement à leur propre rythme individuel (notamment en début et fin de journée) et d'associer leur famille aux différents moments qui scandaient jusqu'alors leur vie (repas du dimanche ou de fêtes).

Toutefois, seules les personnes qui ont pu ou su créer une vie personnelle dans l'établissement, avec ou sans le concours de leurs proches, parviennent à reconstruire des rythmes propres et à les intégrer, tant bien que mal, dans les horaires institutionnels.

5.2.1.2 Un temps pour soi, entre permanence, (re)découverte et vide

Parmi les personnes dont l'entrée s'est faite de manière plus volontaire⁴⁹⁵ on peut distinguer deux catégories (une troisième sera analysée plus loin, elle concerne les personnes qui se sont résignées à devoir opter pour une vie en établissement).

a) Un univers personnel préservé

La première concerne les résidents issus de catégories socio-culturelles supérieures et qui, avec l'appui de leurs enfants, ont préparé leur admission et ont trouvé les ressources pour récréer en partie leur univers intime et les loisirs qu'ils pratiquaient. Ainsi, Madame Vounet, après une expérience très douloureuse en logement-foyer⁴⁹⁶, a pu pleinement réinvestir sa passion : la broderie.

« [Alors, comment est-ce que vous vous occupez ici ?] *Et bien je brode parce que j'ai été nommée « Meilleur ouvrier de France ». Et là vous avez ma table où il y a tous mes produits de broderie, les choses que je fais ... [D'accord, et vous arrivez toujours à bien broder ?] Oui, mais ... pas toujours aussi bien que je le voudrais, malheureusement. Et je dessine, je fais tous les dessins. Je dessine et je brode. Alors quand je ne dessine pas, je brode. Quand je ne brode pas, je dessine. »* (Premier entretien)

« [Nous demandons à Madame Vounet si elle participe maintenant aux animations] *Non, parce que j'ai une activité qui me prend beaucoup de temps. Et justement, je garde ça pour mes mains parce qu'elles se paralysent, et j'y vais de temps en temps mais très peu, très peu. [Et quand vous descendez, vous faites quoi ?] Et bien, quand je descends, j'écoute, je n'ai rien à faire, je ne participe pas beaucoup en bas. D'abord il n'y en a pas beaucoup, il y a la chorale ben je ne peux pas chanter avec ma gorge, il y a le tricot, je tricote très peu, il me faut un an pour faire un pull-over, après j'ai cette autre activité qui me tient le dessin, la broderie. J'avais envisagé de faire une petite exposition de broderie par la suite, mais pas tout de suite, il faut que mon fils m'aide, voir si on peut faire quelque chose. J'aurais quelques ouvrages à montrer. [Oui, c'est une bonne idée.]*

⁴⁹⁵ En opposition à celles qui se sont résignées à entrer en EHPAD, sans forcément de contrainte extérieure, ainsi que nous l'avons présenté plus haut.

⁴⁹⁶ Son état de santé n'étant plus compatible avec la vie en logement-foyer, la période précédant son départ en l'EHPAD a été très conflictuelle avec la direction de son ancien lieu d'hébergement.

Oui, des petits napperons en organdi brodés canne d'or, je pense qu'elles n'en ont pas vu beaucoup [Madame parle des autres résidentes], et donc ça pourrait peut-être être agréable, mais voilà. [Nous regardons ses différents tableaux] C'est ce que mon fils dit, alors ma foi ... Il y a le Pierrot qui est là-bas, c'est moi qui l'ai fait, le grand, c'est moi, là, il y en a deux, là c'est encore moi, là, deux, là, là. [Les iris sont très beaux]. Ils ont eu le premier prix ceux-là. Oui, ça s'appelle la peinture à aiguilles. » (Deuxième entretien)

Sa chambre est largement personnalisée, bien au-delà des habituelles photos de familles, par les nombreux « tableaux brodés » qu'elle a réalisés tout au long de sa vie et qu'elle a choisis comme étant les plus représentatifs de son art. De même, les meubles personnels qui ont été apportés, ont été sélectionnés avec soin, tant pour leur commodité que pour leur importance symbolique :

« L'autre jour c'était une crise, je suis arrivé en plein, on peut dire en conflit. Qui prenait son origine parce que les infirmières lui avaient dit « y'a un petit meuble dans la salle de bain, ça nous embête, et ce meuble il est en bois ». Bon c'est normal avec la douche. Sauf ce qu'elles ne savaient pas, mais c'est comme dans nos vies, on est réactif sur des points, parce que l'environnement ne sait pas ce que ça a comme poids. Ce que les gens ne savaient pas c'est que ce petit meuble c'était son papa qui l'avait fait et que ce petit meuble, il a suivi (il est insignifiant ce meuble) toute notre vie. »

(Fils de Madame Vounet)

Quant à Monsieur Mangin, c'est à l'occasion de son arrivée en EHPAD qu'il s'est découvert une passion pour la musique classique :

« Ce que j'ai trouvé aussi, c'est la grande musique. Je m'y suis mis. Alors qu'avant la grande musique... Mais maintenant du Schubert, du Bach... Je ne sais pas, d'un seul coup c'est venu, je ne sais pas pourquoi. Il y a une émission que je regarde maintenant, c'est « Les prodiges ». [Je ne connais pas] C'est des petits enfants, enfin des jeunes, des jeunes prodiges. Alors des jeunes chanteurs, des jeunes musiciens, tout ça. C'est excellent. Et puis c'est bien mené, c'est bien. Voilà le genre de trucs que je regarde. Mais autrement les jeux l'après-midi, moi... je n'ai pas de temps pour ce genre de trucs. ».

(Monsieur Mangin, 79 ans, divorcé, ancien responsable du service après-vente dans une grande entreprise, père d'un fils ingénieur et d'une belle-fille médecin)

Sa chambre est également celle qui est la plus meublée et équipée parmi celles que nous avons pu voir. Plus proche d'un studio ou d'une studette d'étudiant, il y a installé tout ce qui « *pouvait tenir* » afin d'être le plus autonome possible dans son quotidien et maintenir ses relations avec le monde extérieur :

« *Ce que je voulais, c'est... comme ici. Mon petit chez moi, là c'est le bazar. [Je trouve que vous avez installé beaucoup de choses à vous. Vous avez plusieurs petits meubles, et puis je vois que vous avez même votre petit frigo pour vous.] Là, il est récent. Enfin, je ne m'en sers pas tellement parce que il fait pas un temps... C'était plutôt, il aurait fallu que je l'ai plus tôt, au moment de la chaleur. [...]* [Et je vois que vous avez une bouilloire. Vous vous faites des boissons chaudes ?] *J'ai une amie, une petite amie, qui vient me voir une fois par semaine en général, et elle aime le thé alors on boit le thé. C'est pas mal. C'est vrai que c'est pas mal le thé. Et puis je vais voir, je vais peut-être m'acheter une cafetière électrique, enfin un truc moderne. Des petites capsules, voilà. [Oui, vous avez installé beaucoup de choses dans cette chambre, c'est bien. Vous êtes vraiment chez vous ?] Oui, oh oui vraiment. »*

Ainsi, ces résidents utilisent les services mis à leur disposition par la structure (Madame Vounet n'a plus l'usage de ses jambes et Monsieur Janin à la suite de son divorce ne voulait plus « *rien avoir à faire* » et notamment tout ce qui relève des tâches domestiques). S'ils investissent les temps de vie collective de l'établissement c'est plus souvent dans le cadre de ses instances « *politiques* » ou représentatives (Conseil d'administration, commission des menus, Conseil de la vie sociale...) que dans celui des loisirs proposés car ils sont principalement centrés sur ceux pratiqués précédemment ou découverts individuellement en s'installant en EHPAD. Lorsqu'ils participent aux animations, c'est généralement pour faire plaisir au personnel et/ou pour ne pas créer une trop grande distance avec les autres résidents :

« [Je voulais vous demander, vous parliez des animations. Vous y participez ?] *De temps en temps. C'est-à-dire que je participe peu pour l'instant mais je pense que je le ferai une fois ou l'autre. Les petites animations, les exercices de mémoire ou de souplesse ou d'équilibre. Peut-être aussi parce que j'ai choisi justement de me réserver du temps. Autrement, je participe en général à une ou deux des grosses animations de la semaine. Enfin, je ne voudrais surtout pas bouder... De la semaine ou de l'année. Quand il y a un déplacement, il y a eu une journée où on a fait une croisière sur la Saône, voilà j'y étais bien sûr. Toute cette semaine... Jeudi dernier il y avait une sortie au restaurant, grenouilles ou je ne sais pas quoi, ce n'est pas que ça m'enthousiasme mais enfin bon*

j'y serais allé normalement, mais je participe aussi au Conseil d'administration de la maison. Or, il avait lieu le soir, enfin en fin d'après-midi, je ne voulais pas arriver complètement fatigué. [Vous dites, pour ne pas boudez. Est-ce que vous y allez pour faire plaisir ou parce que ça vous fait plaisir ?] Oui. Oui, oui. Ca existe, ça fait partie de la maison, je ne peux pas m'en détourner complètement. Du reste, ce n'est pas désagréable. Le loto, on est à une table, à trois ou quatre, on écoute, on gagne un savon, enfin bon (rire). »

(Père Antoine, 91 ans)

Toutefois, même pour cette catégorie, lorsque les difficultés ou handicaps sont trop importants et malgré des ressources et un appui soutenu de leurs proches, l'investissement dans cette dernière étape de leur vie devient pratiquement impossible. Ainsi, Madame Tendière, née en 1920 dans une famille bourgeoise à fort capital culturel (elle est titulaire d'une licence de droit), mariée à un haut fonctionnaire, est venue s'installer dans le village d'origine de son mari⁴⁹⁷ à la retraite de celui-ci. Elle sera membre du Conseil municipal de cette commune pendant douze ans et s'investira dans de nombreuses activités, telles que l'administration du club du troisième âge. Aujourd'hui, son impossibilité de marcher et surtout sa surdité la handicapent fortement et l'ont contrainte à se replier sur sa sphère familiale (les conversations dans un collectif lui sont impossibles) et sur la lecture, seule activité qu'elle a pu maintenir :

« Oui je fais que lire, je ne peux rien faire d'autre. Mes mains ne font pas ce que je veux, je peux plus coudre ni tricoter, alors je lis et je fais les mots croisés pour faire travailler un peu la mémoire. »

(Madame Tendière, 93 ans).

b) Une adoption du mode de vie de résident

La seconde catégorie de résidents concerne les personnes issues de classes moins favorisées (agriculture, milieu ouvrier) et qui ont été les premiers moteurs de leur admission en EHPAD. Il s'agit d'individus ayant subi intensément leur isolement physique et social. Leur solitude et la peur d'un accident les ont fait vivre comme de véritables reclus à leur domicile. Aussi, leur arrivée en établissement est-elle conçue comme un soulagement, « *une véritable délivrance* ». Les qualificatifs, voire les superlatifs, ne sont pas assez nombreux pour décrire toutes les

⁴⁹⁷ Lui-même originaire d'une famille de nobles terriens et d'intellectuels (son grand-père était médecin dans la commune en 1830).

aménités de « leur » établissement : « *ici c'est le paradis !* ». Au-delà du sentiment de sécurité procuré, ces personnes investissent toutes les possibilités offertes par l'établissement, notamment en participant à chaque activité proposée à l'intérieur et à l'extérieur de la structure (sortie au marché, restaurant, olympiades, etc.). Elles vont même jusqu'à être à l'initiative de certaines animations et se convertissent en véritables auxiliaires. Ainsi, Madame Fourier a découvert lors d'une activité proposée par l'animatrice, les mandalas⁴⁹⁸. Ravie par ce nouveau passe-temps, elle décide de constituer un groupe avec d'autres résidents afin de les initier :

« [Il s'agit de notre deuxième entretien et nous demandons à Madame Fourier comment se passe son intégration, suite à la fin de son séjour en hébergement temporaire]. *Je ne veux pas retourner chez moi. Puis, là, je me suis habituée, je suis très bien. Et moi je m'occupe beaucoup. Vous voyez ce que je fais. Puis j'ai les dames, j'ai décidé ces deux dames à venir faire des mandalas avec moi, parce que, disons que ça fait vraiment du bien. On oublie tout, on dessine, on est bien. Alors je fais deux heures de dessin le matin, une heure et demie l'après-midi après cinq heures.* [Tous les jours ?] *Tous les jours. C'est mon but, je trouve que ça m'enlève toutes ces... certaines idées noires qu'on peut avoir et puis voilà.* [En dehors des mandalas, est-ce que vous faites d'autres activités à la maison de retraite ?] *Oui, qu'est-ce qu'on fait à la maison de retraite ? Ben, on va faire comme des dictées, et puis alors les mots comme ça. Mais moi j'en fais ici, je préfère.* [Madame parle du coin qu'elle a annexé pour « son groupe »] *Autrement, on fait des jeux d'adresse, et puis là en ce moment, justement, là j'ai un modèle, là. J'ai le modèle [de jeux de lettres] parce que les dames qui ont fait le modèle elles ont dû se tromper.* »

Les animations organisées par la structure se déroulent en général en milieu d'après-midi. Le matin est réservé aux soins et au ménage. En début d'après-midi, beaucoup de résidents font une sieste ou regardent un feuilleton télévisé. Aussi, il reste peu de temps entre « Les feux de l'amour » et l'immuable émission « Des chiffres et des lettres ». Pour pallier ces contraintes, Madame Fourier a créé un espace secondaire dans un petit salon. Ici, cette résidente s'est non

⁴⁹⁸ Originaire de l'hindouisme et du bouddhisme, les mandalas sont initialement des « figurations à valeur mystique et rituelle, représentant, sous la forme d'un diagramme géométrique d'aspects variés, le cosmos et les différentes relations qui s'y établissent entre le matériel et le spirituel. » (Source : Dictionnaire en ligne du CNRTL - www.cnrtl.fr). Ils sont aujourd'hui très largement utilisés notamment pour favoriser l'apaisement et la concentration et ont perdu, en Occident leur dimension religieuse.

seulement approprié tous les codes de la structure, mais elle les a tellement bien assimilés qu'elle en devient une forme de prolongement.

Madame Lufaye, bien que moins proactive, est également un bon exemple de ces personnes qui embrassent cette nouvelle vie à bras ouverts et qui se font un point d'honneur à profiter de tout ce que l'établissement offre :

« Mais là, mais c'est le paradis ! [C'est vrai ?] Ah oui, madame, ou mademoiselle je ne sais pas. Mais c'est le paradis vous savez. Et on est heureux là, incroyable ! On a tout. Vous savez, c'est formidable. On a les animations toute la semaine. Toute la semaine il y a des animations. [Et vous y participez ?] Ah oui, je participe ! Il n'y a rien qu'aujourd'hui, je n'ai participé à rien du tout parce que j'attendais de la visite. Voyez, je pensais même que c'était ma visite. Et ben ils ne sont pas venus. Ils ne vont pas venir aujourd'hui, ils viendront demain. Tant pis. Alors je suis restée là. Sans ça, je joue à la belote. Voyez, alors on a un jeu de belote, on a un jeu de scrabble, enfin toutes sortes de jeux. Et puis des animations : il y a du tricot, mais moi je ne peux plus tricoter. Je ne peux plus me servir de mes mains. Alors ça, je laisse tomber. Je joue à la belote. Voilà. Ou au scrabble des fois, ça dépend. Voilà. Alors maintenant, bon, parlons de la nourriture. La nourriture, impeccable ! ».

Ces résidents ont entièrement réorienté leur vie vers celle de l'établissement. Tout leur convient, tout semble couvrir leurs besoins et leurs envies. D'ailleurs leur attention est tellement tournée vers la vie de la structure que ces personnes investissent très peu leur chambre, tant en termes d'aménagement et de décoration que de temps passé. Elles ont installé peu de meubles, quelques photos et ne réintègrent vraiment leur chambre qu'en toute fin d'après-midi, puis en soirée. Elles ne ressentent pas réellement le besoin de se recréer un espace personnalisé, puisque c'est l'ensemble de l'établissement qui est devenu leur univers : elles ont pleinement assimilé puis adopté les rythmes et les espaces de l'EHPAD. Nous verrons plus loin qu'il s'agit également des personnes qui mobilisent le plus de relations avec les autres résidents, mais surtout avec le personnel.

c) « *On est plus bons à rien* »

Nous l'avons expliqué plus haut : pour les personnes issues des catégories populaires (agriculteurs, ouvriers, artisans et commerçants⁴⁹⁹) le passage à la retraite est une inflexion plus qu'une rupture de leur mode de vie.

Celles-ci ont principalement construit leur activité dans le registre du « faire », en mobilisant de manière importante leur corps. Le travail est pour ces personnes une valeur fondamentale, voire la valeur cardinale, et même si la retraite est considérée comme un repos bien mérité, le travail ne s'arrête pas à ce moment-là et demeure un principe organisateur du quotidien. Ainsi, leur valeur fonctionnelle et leur utilité sociale se mesurent à l'aune de leurs aptitudes physiques et morales à endurer les tâches quotidiennes au service de leur exploitation et/ou de leur famille. Cette considération perdue, pour la plupart, après la retraite. D'une part, grâce à la transmission du patrimoine (matériel ou symbolique) dont ils ont eux-mêmes hérité de leurs ascendants et qu'ils ont fait fructifier, ainsi que nous l'explique Monsieur Niveau, 90 ans, qui a transmis son exploitation à son fils qui a fait de même avec le sien. Il nous explique en souriant que son petit-fils agriculteur a lui-même un fils de 8 ans et qu'un jour c'est peut-être lui qui reprendra :

« Oui, je me suis marié à 28 ans, c'était pas jeune. J'étais chez mes parents, qui étaient propriétaires, quoi⁵⁰⁰. Mais bon, on avait tout juste de quoi. On avait peut-être six vaches laitières et puis des blanches [charollaises] et puis de la vigne. J'avais un frère, on était cinq enfants. On faisait tous du boulot dans la maison. [...] Moi, je suis parti de quatre. Deux que mes parents m'avaient données et deux que j'avais achetées. Deux laitières et deux blanches. Alors c'était tout un programme pour s'installer. [...] Voilà, ma foi on a commencé avec des laitières et puis petit à petit, je me suis agrandi tout doucement. Mon fils a pris la suite. On s'était bien agrandi parce que quand ça a brûlé, on avait déclaré cent-soixante bêtes. »

D'autre part, du fait que la considération octroyée pendant leur vie professionnelle peut être maintenue grâce à la permanence de leur mode d'existence, surtout dans les cas de transmission

⁴⁹⁹ Nous incluons ici les artisans et les personnes ayant tenu des petits commerces du territoire d'observation dans les catégories populaires. D'une part, leur activité n'a souvent pas généré des revenus très confortables et d'autre part, ils sont nombreux à ne pas avoir pu « remettre » leur commerce avec la disparition généralisée de ce type d'activité au profit de la grande distribution.

⁵⁰⁰ La notion de propriété ou de fermage était et reste très importante dans la valeur attribuée à un agriculteur.

de l'activité. Ces personnes âgées continuent de donner des « coups de main »⁵⁰¹, parfois conséquents, aux enfants, aux voisins, aux amis. Les aides sont multiples : garde d'enfants, jardinage, élevage de petits animaux fermiers, etc. Ces services sont rendus d'autant plus facilement du fait de la proximité géographique avec leur famille élargie. Tous les résidents avec lesquels nous avons échangé, nous ont dit avoir « bricolé »⁵⁰² jusqu'au bout. Même lorsque leur valeur fonctionnelle décline et que les aides apportées sont devenues plus difficiles, voire impossibles, du fait de leur vieillesse, leur considération sociale peut être, pour partie, préservée dans les mémoires de ceux avec lesquels ils ont toujours vécu. Ici, alors, la permanence des lieux et de leur réseau d'interconnaissance prend toute son importance et permet aux vieux ruraux de maintenir leur sentiment d'utilité. Leur enracinement local et familial contribue à préserver les statuts, les rôles (même s'ils ne sont plus tenus) et à donner un sens à la vie. La valeur qui leur est attribuée (et celle qu'ils s'attribuent) est mesurée en regard de leur longue vie professionnelle, débutée souvent durant l'enfance, dans des conditions parfois très rudes et dont les séquelles physiques sont la preuve. Elle justifie un repos bien mérité et fonde l'estime de soi et le sens conféré à leur vie.

Pour les femmes ce sentiment est renforcé ou compensé⁵⁰³ par la satisfaction d'avoir donné naissance à des enfants, de les avoir « bien élevés », souvent dans la continuité de l'éducation qu'elles ont elles-mêmes reçue, tant dans les pratiques familiales que sur des registres moraux et/ou religieux⁵⁰⁴, puis d'avoir ensuite soutenu leurs parents. Une fois le temps de la retraite

⁵⁰¹ Dans le cas de transmission de la ferme à leurs enfants, afin de leur permettre d'avoir le statut de responsable d'exploitation, les agriculteurs cessent leur activité à l'âge légal. Toutefois, ils sont très nombreux à continuer d'y travailler, avec ou sans le statut de salarié. Parfois au grand dam de leur enfant, qui bien que statutairement responsable, continue de faire selon les « idées du père ».

⁵⁰² Le terme est ici compris dans ses deux acceptions : faire du bricolage et continuer de « faire des bricoles ». Pour les vieilles personnes issues du monde agricole ou ouvrier, bricoler est synonyme de s'occuper, sans forcément l'usage d'un matériel de bricolage : enlever les mauvaises herbes, donner à manger au chat, voire simplement faire un tour dans le jardin.

⁵⁰³ Une grande partie des femmes de cette génération a tout autant travaillé que leur mari, mais sans réellement de statut à part entière et rendant largement leur travail invisible. La législation a d'ailleurs été très longue à évoluer dans ce secteur. A ce sujet, voir les travaux d'Odile Plan et Jean-Claude Bontron et notamment leur article « Les rapports de sexe dans l'exploitation familiale agricole en France. De l'ombre à la reconnaissance, de l'assujettissement aux droits propres, de ce qu'il reste à faire... », *Pour*, 2014/2, n° 222, p. 87-100.

⁵⁰⁴ La culture religieuse dans le monde paysan, s'exprime moins par sa ferveur, voire sa pratique, que par un cadre moral et d'action (voir notamment, Hervieu B., Viard J., *Au bonheur des campagnes (et des provinces)*, Marseille, L'Aube, 1996.

arrivé, ces femmes continuent également d'évoluer dans le prolongement du mode de vie qu'elles ont toujours eu. « *Cet enracinement donne, aux femmes âgées ayant toujours vécu au pays, des ressources au moment où la vieillesse impose un réaménagement des relations sociales, où l'on devient soutenue après avoir soi-même soutenu les autres. Si les enfants et petits-enfants, surtout les filles, assurent un rôle de premier plan dans le soutien aux femmes âgées, les femmes n'ayant pas d'enfant au pays peuvent compter sur la parentèle élargie ou sur les relations du village.*⁵⁰⁵ ».

Toutefois, lorsque le rapport aidé-aidant est trop déséquilibré, que les difficultés de santé deviennent trop pesantes pour rester chez soi, la raison impose de devoir partir en maison de retraite. Or, pour celles et ceux qui ont pratiquement toujours vécu de la même manière, qui continuaient de « faire », même si ce n'était plus que des « *petites bricoles* », l'entrée en établissement constitue une rupture radicale. Du jour au lendemain, et parce qu'ils n'ont plus rien à faire, ils se sentent totalement inutiles, « *plus bons à rien* ». Ce sentiment peut aller jusqu'à la sidération totale. « *C'est précisément cette population fragile qui est concernée par la prescription lapidaire si souvent rencontrée dans les hôpitaux ou les maisons de retraite : « Patiente à stimuler ». Stimuler à quoi ? Comment ? Jusqu'où ? Pour quoi faire ? Voilà bien des questions qui se posent, alors que ce message, qui a tout d'un langage codé, est censé et compris instantanément. [Alors] dans les pratiques, les soignants se heurtent parfois à une faible collaboration, voire à un refus plus ou moins explicite, de la part de la personne âgée. Quand l'activité se raréfie et que les refus, lors de sollicitations, sont fréquentes, voire systématiques, quel que soit le domaine concerné, on parle volontiers chez la personne âgée de démotivation.*⁵⁰⁶ » Terme tout aussi sensé être compris par tous mais qui en dit peu quant aux propositions/solutions à apporter à cette personne.

C'est le cas de Madame Farge, bien qu'elle ait décidé seule de venir en établissement, sans avoir été incitée par sa famille ou son médecin, dont le quotidien en structure s'est vidé de toute substance. Hormis les temps de repas et les venues des professionnels dans sa chambre, elle passe la majorité de son temps assise, porte entrouverte, et ne cherche même pas à voir ce qui se passe dans le couloir⁵⁰⁷. Durant ces périodes, elle alterne des phases de somnolences et

⁵⁰⁵ Mallon I., « S'enraciner ou s'émanciper ? Vieillir au féminin en milieu rural isolé », *Recherches féministes*, vol. 26, n° 2, 2013, p. 137.

⁵⁰⁶ Mourey F., « Le corps en mouvement et les limites de la stimulation », in Pfitzenmeyer P., Mourey F., Mazen J-N., Ancet P., *Vieillir dans la dignité. Un combat pour demain*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p. 182-183.

⁵⁰⁷ Cette situation n'évoluera pas durant tout son séjour.

d'éveil et malgré plusieurs rencontres (au total quatre entretiens durant un an et demi), il ne nous a jamais été possible de savoir, dans ces moments, à quoi elle pouvait bien penser : « [Quand vous êtes comme ça, vous réfléchissez à quoi ?] *Oh, ben à ce qui se trouve. Sur le passé, sur l'avenir, sur....Nan, ma foi c'est comme ça. On est là et puis faut qu'on s'y fasse et puis c'est tout.* »

Sa fermeture au monde est telle, qu'elle refuse même de demander aux aides-soignantes de changer les piles de ses appareils auditifs : « [Nous lui demandons s'il lui arrive de discuter avec d'autres résidents] *J'entends pas ce qu'ils me disent. Je ne cherche pas à fréquenter quoi que ce soit.* [Oui, c'est vrai que c'est embêtant. Mais vous n'avez pas de] *Oh, j'en ai deux, des appareils.* [Et vous ne les mettez pas ?] *Je ne les mets pas pour la bonne raison que mes mains ne vont plus donc il faut que quelqu'un me les mette et puis tous les huit jours, il faut quelqu'un qui me change les piles. Alors vous savez quand il faut embêter les gens, c'est embêtant.* [Je pense qu'ils seraient contents, les gens qui travaillent ici de le faire pour vous.] *Oh, ben oui, mais je te dis, quand il s'agit d'embêter tout le monde. Alors ben dans l'histoire je les mets pas !* ».

Elle ne participe à pratiquement aucune activité et le justifie systématiquement par ses difficultés physiques (incontinence, jambes vacillantes, surdité et « vue trouble ») mais qui sont finalement le lot de la grande majorité des autres résidents :

[La journée, comment vous vous occupez ?] *La journée, je dors. Je lis, je dors, voilà tout ce que je fais.* [Et qu'est-ce que vous lisez ?] *Oh ben des petits magazines, des trucs comme ça. Le journal, et puis des petits magazines. Oh, de la bricole. Mais je vois plus clair, je vois trouble, alors...* [C'est vrai ? Vous avez des lunettes ?] *Oh, j'ai vu deux ophtalmos, ils m'ont dit que mes yeux étaient usés, qu'ils n'y pouvaient rien..., qu'il fallait faire avec. Alors je vois... je vois trouble, quoi. Enfin, je m'en arrange, je fais ce que je peux. C'est comme ça la vie.* (Premier entretien)

[Alors, comment ça se passe pour vous ?] *Oh, ben ma foi, ça va, qu'est-ce que vous voulez ? Je reste chez moi la journée et puis c'est tout. Qu'est-ce qu'il faut faire ?* [C'est vrai ?] *Vous savez ce que j'ai craint le plus c'est que chez moi, de faire mon travail, de trafiquer et puis là, d'un seul coup j'ai eu plus rien à faire. Alors là, ça j'y ai craint.* [Qu'est-ce que vous faisiez chez vous que vous ne pouvez pas faire ici ?] *Ah ben j'entretenais mon ménage. J'avais bien des femmes de ménage, mais malgré tout, je faisais ma lessive, je faisais mon repassage, je faisais tout mon ... j'entretenais toute ma comptabilité, j'entretenais tout mon... mes chèques et tout ce qui s'ensuit. Tandis que là, du jour que je suis arrivée là, moi je n'ai plus rien à faire. C'est ça que j'ai craint le*

plus. Vous comprenez, c'est d'avoir plus rien à faire. [Et comment vous occupez vos journées ?] Rien, sur ma chaise, sur mon fauteuil. [C'est vrai ?] Que voulez-vous que je fasse ? [Je ne sais pas, vous pourriez aller aux activités, ou des choses comme ça.] Je ne vois plus clair et j'entends rien. [Ah bon, là pourtant je ne parle pas très fort. Là, vous m'entendez ?] Mais même que vous me causez, j'entends pas ce que vous dites. [...]

[Et en bas, vous y allez un petit peu, là où ça fait un peu comme une cafétéria ?] Oui, mais je n'y ai jamais été. Je reste chez moi, sur mon fauteuil et voilà. [Ici, vous considérez que c'est chez vous ?] Et ben, là on est même très bien, ils s'occupent bien de vous. Justement c'est ce que j'ai craint moi. Qu'on s'occupait bien de moi mais que moi j'avais plus besoin de faire rien. C'est ça que j'ai craint. Avant y'avait bien des choses que je faisais en bricolant. [Du coup ça ne vous fait pas beaucoup d'occupation dans une journée.] Ben je vous dis, je n'ai pas beaucoup d'occupations, on me fait mon lit, on me fait ma salle de bains, on me fait tout. Mon neveu, c'est lui qui s'occupe de la comptabilité. Alors qu'est-ce qu'il faut faire toute la grande journée ? Alors, je reste sur mon fauteuil et puis voilà. Je ferme les yeux, parce que ça me fatigue de les laisser ouverts à cause que je ne vois déjà plus clair. Ce qui a trop changé pour moi, c'est que je me suis retrouvée sans travail, sans rien. Faudra ben s'y faire. Eh ben ma foi.

(Deuxième entretien)

Enfin, sa chambre est totalement dénuée d'objet personnel, hormis sa télévision qu'elle regarde uniquement en fin d'après-midi en ne dérogeant pas à l'habitude prise à son domicile mais tout en ne complétant pas les moments laissés vides par d'autres activités plus récréatives :

« [Vous êtes venue directement de l'hôpital à ici ? Vous n'êtes pas rentrée chez vous ?] *Ah non, non, non. J'ai pas voulu y retourner et puis j'ai rien ramené. [Oui, c'est ce que je vois.] Ah, non, non, non. J'ai rien, j'ai dit : "C'est plus facile à oublier que d'avoir des affaires". J'ai dit non. J'ai rien, rien. Pas une photo, pas un cadre, rien, rien, rien. J'ai rapporté mon linge pour moi, puis c'est tout. J'ai dit « c'est plus facile à oublier ».*

(Premier entretien)

[Vous ne vouliez pas ramener d'affaires de chez vous ? Vous n'avez pas changé d'avis à ce sujet ?]

Ah, non, non, non j'ai rien du tout, j'ai même absolument rien concernant ma maison. Voyez, j'ai même pas une photo. Non, comme ça j'ai dit j'oublierai mieux. [Vous croyez que c'est possible ?] Parce que j'ai dit comme ça, si je vois mes affaires, comme ça dans la maison et que je m'occupe de rien, ça va pas aller. Alors j'ai rien pris du tout, non, non. J'ai rien du tout, rien du tout. J'ai mon poste, ma télé. (Deuxième entretien)

[Et depuis que vous êtes ici, à la maison de retraite, vous n'êtes jamais retournée chez vous ?]

Ah, non, non, non ! On m'y a proposé plusieurs fois. Mon neveu m'a proposé plusieurs fois et puis j'ai pas voulu. J'ai dit non, non, non. Moi j'ai laissé la maison, j'ai tout laissé. Je veux pas y retourner et puis encore que ça va me chagriner d'y voir tout ça. Alors j'aime mieux pas aller y voir. Alors j'ai pas retourné. Nan, nan, nan. Je suis là, je suis là, j'ai même rien amené. J'aurais pu amener des meubles, mais pour y mettre quoi ? Des saletés. [Et des photos ?] Ah, non, non, non, j'ai pas de photos. D'abord, moi je ne suis pas marchande de photos. J'avais demandé pour qu'on apporte mon mari. J'ai une photo là-bas. Mais ma foi, jusqu'à maintenant, ils n'y ont pas pensé. Et ben ma foi, on fait avec et puis c'est tout. Nan, nan, moi j'ai dit : "moi je ne veux pas de souvenir". Que d'y voir, revoir mes affaires pour me rappeler quoi que ce soit. Je suis arrivée, j'ai mes murs et un point c'est tout. Nan, nan, nan, je veux pas, j'ai rien amené à moi. »
(Troisième entretien)

Ces longs extraits d'entretien pourraient être analysés comme étant le signe d'une dépression sévère⁵⁰⁸, mais pour en avoir échangé avec le médecin coordonnateur, il s'agit tout autant d'une propension, hors du commun, à accepter des conditions de vie avec résignation. Ce que nous confirme son neveu (aidant principal) :

« [Elle était comme ça avant votre tante ?] *Ah, oui, quand elle décidait quelque chose, elle décidait quelque chose. Très gentille, de ce côté-là, elle était très gentille. Mais décidé, c'est décidé, terminé. [...] Ce n'est pas un caractère dur. C'est quelqu'un qui sait ce qu'elle veut et quand elle a décidé, c'est fini, ce n'est même pas la peine de la contrarier, ça ne sert à rien. »*

L'ensemble du discours de Madame Farge est émaillé de phrases sentencieuses : « *On va pas changer mes yeux maintenant. Oh, ben ma foi, on fait ce qu'on peut et puis c'est tout. » ; « Oh, pftut... J'entends rien et un point c'est tout. Vous savez de la complication, y'en faut pas à mon âge. Non. C'est comme ça la vie. » ; « Ma vie passe et un point c'est tout. ».*

Si le cas de Madame Farge doit bien évidemment être analysé en tant que cas-type, nous avons pourtant retrouvé ces traits, de manière plus ou moins prononcée, chez de nombreux résidents : en entrant en EHPAD ils font le deuil de leur vie telle qu'elle s'organisait et s'exprimait

⁵⁰⁸ Nous ne sommes pas compétente dans le domaine pour pouvoir en juger.

précédemment. Les réaménagements ne leur sont pas possibles parce l'existence en structure tranche trop avec ce qu'ils ont connu. En pourvoyant à tous les besoins de la vie quotidienne, l'institution rend caduques les activités qui structuraient, à leur domicile, leur temps, comme le ménage, la cuisine ou les courses. Même si les résidents continuent à exercer quelques-uns de ces travaux ménagers, ils bénéficient d'un temps libre beaucoup plus important et doivent pour l'occuper se recentrer sur des activités récréatives. Or, si durant leur retraite ils ne se sont pas arrêtés de travailler, ils ne se sont également guère ouverts à l'oisiveté ou au monde des loisirs. Ainsi, autant cette permanence dans le mode de vie a pu être opérante lors de leur vieillissement à domicile, autant elle ne leur a pas donné les ressources d'adaptation nécessaires pour réinvestir leur nouveau lieu d'hébergement et notamment en participant aux différentes activités proposées. Pour ces résidents, celles-ci n'ont finalement pratiquement aucun sens. Toutefois, peu d'entre eux nous ont fait part d'une forme de désespérance. Ils réduisent leur monde à quelques activités qu'ils ont pu maintenir, même si cela est loin d'emplir leur quotidien.

5.2.1.3 Occuper son temps, partager son quotidien

a) Lire, regarder la télévision, « faire des mots »

Les usages des média d'information sont significatifs des appartenances des individus (générationnelle, sexuelle, sociale, culturelle et géographique). Pour l'ensemble des résidents, le journal et la télévision⁵⁰⁹ sont particulièrement présents et remplissent une double fonction : s'informer et s'occuper. Ils sont d'ailleurs mobilisés à des moments bien précis de la journée et rythment ainsi le quotidien.

Le journal choisi est toujours local⁵¹⁰ et permet de maintenir une prise avec son milieu de vie, celui de son « pays ». Il est lu avec application ou juste « regardé » quand, pour certains, leur vue ne permet plus que de déchiffrer les gros titres. La rubrique nécrologique tient une place toute particulière, car c'est bien souvent ici que les résidents « prennent des nouvelles » des personnes connues de leur génération. Sa lecture nécessite de la concentration, aussi il est compulsé à plusieurs reprises⁵¹¹, certains nous ont dit s'endormir régulièrement « dessus » :

⁵⁰⁹ Nous n'avons pas vu de radio dans les chambres des résidents avec lesquels nous nous sommes entretenue. Un seul résident nous a dit l'écouter. Deux hommes nous ont dit utiliser internet.

⁵¹⁰ Madame Joliette fait venir son journal local depuis la Loire chaque semaine.

⁵¹¹ La routine des résidents est telle que nous soupçonnons qu'ils aient même ritualisé à quel moment lire une rubrique en particulier.

« *La journée, depuis ce matin, je tourne en rond. Je me suis pourtant mise à lire, je regarde le journal, mais il y a des fois, il faut que je le prenne deux ou trois fois, ça dépend.* »

(Madame Duchamps, 91 ans, veuve, mère de deux enfants, fille d'agriculteurs, ancienne commerçante au village de Noireux).

Nous verrons plus loin que le journal est parfois un support en termes de sociabilités et de solidarités.

Les autres lectures sont très différenciées socialement : certains vont se limiter à la consultation des articles de leur programme de télévision, quand d'autres ont pu maintenir des goûts spécifiques en termes de littérature : « *Alors, j'avais dit : "Je veux tout sauf les policiers". [...] Je trouvais que c'était pas bien [...] Oui, j'aime mieux lire autre chose.* »

(Madame Tendière, 93 ans, mère de quatre enfants et veuve d'un haut fonctionnaire)

« [Nous parlons des informations locales] *Oui, mais entre les informations quotidiennes, multi-quotidiennes, les informations ce ne sont pas seulement les chiens écrasés, parce qu'on en est là finalement. Le journal d'ici, bon il y a quelques articles, mais...* »

(Père Antoine, 91 ans)

Enfin, beaucoup de résidents disposent de carnets de jeux de mots (fléchés, croisés, mêlés...), pratique qu'ils avaient tous avant leur arrivée, sorte de gymnastique intellectuelle qui leur donne le sentiment de les aider à « garder leur tête » :

« *Non, mais moi vous voyez, je me couche, je fais mes mots-croisés, mes sudokus. Mais ça fait travailler... Il faut. Parce qu'on est déjà des vieux machins, mais ça va être de pire en pire si on fait rien.* »

(Madame Guillet, 90 ans, sans enfant, ancienne secrétaire)

Un objet personnel est systématiquement présent dans chaque chambre : la télévision. Elle est la première chose installée dans le nouveau logement :

« [Si vous restez, vous aurez toujours le temps de récupérer quelques affaires.] *Oh, ben ça me suffit, pour ce que je fais... Si, je vais récupérer mon fauteuil. Mon fauteuil, ma télé, c'est le principal, c'est tout ce que je me sers à la maison.* » (Madame Duvergne, 93 ans, ancienne commerçante, veuve et mère de deux enfants)

Même dans les chambres où les résidents ont choisi de n'apporter aucun effet personnel, celle-ci fait toujours exception :

« [Vous avez réussi à installer quelques meubles de chez vous ?] *Je n'ai pas voulu amener grand-chose, j'ai pris la télé et les cadres de ce que j'ai voulu garder de chez moi.* » (Madame Fourier, 89 ans, veuve mère de trois enfants, ancienne meunière)

Parfois pour des raisons très pragmatiques... :

« [En revanche, je regarde, vous n'avez pas amené de meubles à vous ici ?] *Non, non, non. Ma télé, c'est tout. [...]* *Non, je dis comme ça, quand je m'en irai, il n'y aura rien à emmener.* » (Madame Miron, 83 ans, veuve, un fils, ancienne agricultrice)

Si le journal est principalement dédié à la consultation des informations locales, la télévision leur permet une ouverture plus large sur le reste du monde (France ou étranger). Pour certains, elle est allumée dès qu'ils sont dans leur chambre ; pour d'autres, le choix des émissions et les horaires sont très contrôlés, dans tous les cas, elle fait office de compagnie. Si elle permet une ouverture vers l'extérieur, les informations transmises sont de natures ambivalentes et mettent parfois les résidents face à un monde qu'ils ne connaissent plus ou ne comprennent plus. Aussi, les personnes âgées ont tendance à privilégier les émissions en concordance avec ce qu'ils considèrent « être de leur génération ». La télévision endosse alors, une fonction de reviviscence : jeux de culture générale, feuilletons policiers en après-midi et rediffusés depuis de très nombreuses années (Maigret, Hercule Poirot...), vient ensuite l'incontournable journal télévisé, puis le choix se restreint en début de soirée et se cantonne souvent à quelques vieux films ou émissions de voyage (une attention particulière sera portée aux programmes politiques lors des élections nationales).

b) Les repas, une violence symbolique et verbale

Si, comme nous le verrons plus loin, les résidents fréquentent peu les espaces collectifs, il en est un qu'ils ne peuvent éviter : la salle de restauration. Dans l'établissement où nous avons principalement conduit nos observations, il existe quatre⁵¹² manières de prendre son repas. Les résidents qui peuvent manger seuls se retrouvent dans la grande salle dite « le restaurant ». Les personnes qui ont besoin d'assistance sont regroupées dans une plus petite salle. Enfin, celles qui sont alitées et ne peuvent être emmenées en fauteuil prennent leur repas dans leur chambre.

⁵¹² Il existe une quatrième salle de restauration au sein de l'unité protégée pour les personnes atteintes de troubles cognitifs. Nous n'en traiterons pas ici.

Pourtant, quel que soit leur degré d'autonomie, lorsque nous avons évoqué les temps de repas, la totalité des résidents nous a dit les redouter.

Premièrement, les résidents sont placés à table par les salariés. Même si ceux-ci tentent d'associer les personnes du mieux qu'ils le peuvent (originaires du même village, centres d'intérêt communs...), les combinaisons ne sont pas toujours heureuses, surtout lorsque l'on sait devoir passer tous ses repas, chaque jour de l'année, avec les deux ou trois mêmes individus... Si les conversations peuvent paraître agréables au début, elles peuvent également finir par devenir au mieux insipides, pour ne pas dire insupportables. De plus, certains handicaps nuisent aux échanges. Les résidents mettent souvent en avant les problèmes de surdité (les leurs ou ceux de leurs voisins). Lorsque nous avons observé un temps de repas, il nous est également apparu une évidence : nombreux sont ceux pour qui s'alimenter requiert beaucoup de concentration. En effet, la baisse de l'acuité visuelle, des capacités de préhension fine, la crainte de la fausse route... sont autant de difficultés, plus ou moins cumulées, qui rendent certains gestes de la vie quotidienne très complexes⁵¹³. Ainsi, terminer une assiette de carottes coupées en rondelles avec une petite cuillère prend beaucoup de temps et d'énergie et ne laisse que peu de disponibilités pour discuter avec son voisin.

Deuxièmement, le temps de repas est le seul moment durant lequel les résidents sont regroupés au même endroit et tous ne partagent pas les mêmes codes de civilité et de courtoisie. La salle de restauration offre ainsi une vue panoramique sur le comportement de chacun⁵¹⁴. Pour les vieilles personnes, le fait de « bien se tenir à table » est essentiel :

« A table, je suis très sévère, c'est vrai. J'ai même des dames qui laissent dans leur assiette, qui prennent beaucoup et qui laissent dans leur assiette.

[Ah oui ?]

Je ne peux pas m'empêcher de leur dire : « Prenez-en très peu et ne laissez pas dans votre assiette ». Ou alors il y a, par exemple, une pizza ou une quiche, on ne mange que le dessus puis on laisse le bas. Non, c'est pas ... C'est désagréable, ça. C'est très embêtant, et ça g ne terriblement, même des personnes à table en même temps. »

(Mme Vounet, 94 ans, mère de deux enfants, veuve, ancienne commerçante)

⁵¹³ Nous avons été régulièrement stupéfaite de voir à quel point la vie des personnes très âgées peut régulièrement se transformer en un véritable « parcours du combattant » quotidien.

⁵¹⁴ Nous verrons plus loin que la comparaison aux autres et à toutes les variantes de vieillesse est loin d'être facile pour les résidents.

Ainsi, tous ceux qui contreviennent sont sévèrement jugés, mêmes lorsqu'ils n'en sont pas vraiment responsables. Les déambulateurs qui gênent le passage, les résidents qui se plaignent des repas, qui hêlent le personnel trop bruyamment ou qui ont des difficultés à manger proprement, etc. sont autant de comportements difficiles à supporter dans le temps :

« Ce que j'ai trouvé dur, c'est le repas. Bien-sûr, on est quand même dans notre salle à manger, mais on est environ, cinquante, cinquante-cinq. [...] Y'a des personne qui ne peuvent pas supporter quoi que ce soit. Alors c'est des cris, c'est des bêtises. C'est ce que je dis, on retombe dans l'enfance maintenant. C'est pas fondé, les gens sont vraiment...c'est eux et rien d'autre. [...] Alors ça s'installe et puis conversation nulle, des conversations qui mènent à se chipoter. Parce ce qu'il y a quand même bien des personnes qui sont sourdes. Alors il faut leur crier aux oreilles et puis alors, elles entendent plus ou moins. Et puis il y a les personnes qui sont là, mais elles ne savent pas leur âge. Elles sont là. Alors c'est difficile de s'intégrer, c'est dur ça. Et puis d'éviter les mots. Les mots durs. Parce que vous savez, elles parlent, y'en a quand même quelques-unes qui ont, disons, un langage particulier hein. Et pourtant ce sont des personnes qui travaillaient dans les bureaux.

[Ah oui ?]

Moi je suis écœurée de ça. Mais enfin, autrement, je m'y plais bien. Mais les repas sont tout à fait trop longs. Alors, moi, je pars dès que j'ai mangé mon fromage. Je pars peut-être un quart d'heures avant les autres. Je ne bois pas le café. Parce que j'ai horreur, j'ai horreur des mots. Ca me fait mal. »

(Madame Duvergne, 93 ans, ancienne commerçante, veuve et mère de deux enfants)

A ce sujet, nous avons été particulièrement touchée par les propos de Madame Barry. Plus jeune que les autres résidents, elle est atteinte d'une sclérose en plaques qui l'a considérablement diminuée physiquement, tout en ayant gardé ses capacités cognitives intactes. Elle a dû se résoudre à venir en EHPAD car son mari a subi une opération et ne peut plus s'occuper d'elle. Ancienne agricultrice, elle fait preuve d'une très grande résignation face aux difficultés qu'elle doit supporter au quotidien. Lors de notre entretien, elle ne se plaindra à aucun moment, hormis lorsque nous aborderons les temps de repas. Elle nous avouera les trouver très pénibles à supporter : les bruits de déglutition, les odeurs, le fait de devoir manger avec des personnes nettement plus dégradées cognitivement, sont autant d'épreuves qu'elle doit subir quotidiennement :

« Le matin, je déjeune dans la salle commune avec tout le monde et puis à midi et le soir, c'est à six heures pour moi, dans une autre pièce. Parce qu'on m'aide à manger, parce que ma vue a beaucoup baissé. Alors je ne vois pas très clair pour manger, alors on m'aide. Je mange à six heures avec les gens un peu déficients mentaux. C'est ça qui n'est pas très agréable pour moi. Mais enfin, je m'y suis faite.

[Et ça ce n'est pas très agréable pour vous ?]

Non, pas du tout. »

5.2.2 Les modes de sociabilités et de solidarités

Nous avons analysé les modes de sociabilités et de solidarités des résidents à travers trois axes : ceux qu'ils entretiennent entre eux, avec le personnel et avec leur famille.

Avant d'en présenter les résultats, il nous semble important de consacrer quelques lignes aux spécificités de ces modes en milieu rural, notamment avec le voisinage et dans les relations familiales. La plupart des enquêtes quantitatives pointent une diminution des sociabilités au fur et à mesure du vieillissement, ce processus pouvant conduire à un isolement relationnel, voire à un sentiment de solitude accru. Toutefois, ces travaux ont très peu étudié l'influence du milieu de vie et la manière dont les sociabilités et les solidarités s'expriment spécifiquement à la campagne pour les plus âgés et comment celles-ci s'organisent au quotidien. A la suite de la recherche conduite par Catherine Gucher, Isabelle Mallon et Véronique Roussel⁵¹⁵, nous pensons que si les morphologies géographiques et historiques des territoires modèlent des types de sociabilités particuliers (en offrant ou en dérobant des espaces et des occasions de rencontre), c'est d'abord le parcours de vie des personnes âgées et de leur entourage qui configure leurs modes de sociabilités et de solidarités⁵¹⁶. Ainsi, selon qu'ils auront toujours vécu au « pays », qu'ils y sont revenus ou qu'ils s'y sont installés au moment de la retraite, les vieux à la campagne auront des références et des ressources spécifiques en termes de relations sociales, tant dans leur fréquence, leur intensité ou leurs formes.

⁵¹⁵ Gucher C. et al., Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?, Rapport de recherche, INSERM, 2007.

⁵¹⁶ On entend ici ces deux notions de manière neutre. Solidarités : ensemble de soutiens matériels, financiers ou immatériels (services, conseils, appuis...) réalisés, de manière plus ou moins instituée et lisible, entre les individus. Sociabilité : ensemble des relations sociales entretenues entre des individus et les interactions qui en résultent.

Pour les personnes natives⁵¹⁷ du milieu rural, la principale caractéristique est une intrication entre sociabilités et solidarités, due à une superposition totale ou partielle des sphères familiale, de voisinage et d'aide professionnelle. Pour celles et ceux qui ont toujours vécu « ici » leur réseau d'interconnaissance est particulièrement étendu. Il est tout d'abord et avant tout organisé autour de leur famille élargie (enfants, petits-enfants, neveux, germains...) dont la proximité géographique permet des visites fréquentes, voire quotidiennes pour certains. Celles-ci sont autant d'occasions d'échanger, de rompre l'isolement que de rendre service : transferts de produits (légumes, petit matériel...), partage d'activités ou « coups de main » rendus (récolte, ménage, dépannage...) qui peuvent se déployer tant dans le registre du soutien affectif que dans celui de l'aide physique et corporelle.

Ici, le modèle familial principal est celui décrit par Catherine Bonvallet, la « *famille-entourage locale* »⁵¹⁸, qu'elle définit comme une entité où les individus entretiennent avec au moins un parent une relation d'une certaine intensité (c'est-à-dire qu'ils se considèrent comme proches), habitent à proximité⁵¹⁹, ont des contacts réguliers et sont dans une logique d'entraide. Ainsi, et *a contrario* des thèses sociologiques qui se sont centrées sur le ménage, Catherine Bonvallet a démontré que ce type de configuration familiale concerne 30 % des personnes interrogées pour l'ensemble du territoire français. Si l'on recoupe ce résultat avec ceux d'une enquête conduite auprès des retraités agricoles⁵²⁰, on peut considérer que ce modèle est probablement nettement plus fréquent en milieu rural.

Même si l'ensemble du groupe de parenté n'est pas proche géographiquement, les différents membres se répartissent entre prises en charge des besoins réguliers ou quotidiens et renforts plus ponctuels parmi ceux qui se sont éloignés, pendant les vacances ou les week-ends. Ainsi, les sociabilités locales ou à distance activent des mobilités familiales centripètes chez les natifs. Si ces derniers accueillent volontiers leurs enfants qui vivent loin, ils vont rarement chez eux, surtout pour des périodes prolongées. « *Leur enracinement dans le pays, [leur activité] qui les*

⁵¹⁷ Nous ne traiterons ici que des personnes âgées natives. Pour une analyse de celles venues s'installer ou se réinstaller au moment de la retraite, se référer à l'article d'Isabelle Mallon : « Vieillir en milieu rural isolé : une analyse au prisme des sociabilités », *Gérontologie et société*, 2013/3, vol. 36, n° 146, p. 73-88.

⁵¹⁸ Bonvallet C., 2003, « La famille-entourage locale », *Population*, 2003/1, vol. 58, p. 9-43.

⁵¹⁹ Même commune ou commune limitrophe.

⁵²⁰ 57,8 % des enquêtés ont répondu avoir au moins un enfant vivant dans la même commune qu'eux (34,7 % pour les petits-enfants ; 35,4 % pour un frère ou une sœur ; 33,6 % pour un neveu ou une nièce et 38,5 % pour un cousin). Source : enquête FDSEA, dans le cadre de la recherche *Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité* (Gucher C. et al., INSERM, 2007, p. 211-212.)

*a longtemps rivés à leurs terres, sans possibilité de vacance ou de voyage ont construit des habitudes de mobilités restreintes au pays proche, que l'avancée en âge consolide [...].*⁵²¹»

L'intégration dans une parentèle (la sienne et celle des autres) peut également être opérante pour l'ensemble du réseau de sociabilités : amis, voisins, professionnels. Ceux-ci sont alors repérés selon leur appartenance à une lignée, ce qui nécessite parfois des efforts très importants de mémoire et de reconstruction généalogique... Les voisins, les amis, mais aussi les professionnels sont autant d'individus potentiellement intégrables dans son réseau de connaissances. Cette connaissance commune, permet de personnaliser même les relations fonctionnelles (commerçant, services d'aides ou de soins) et crée des formes de familiarité qui renforcent le sentiment d'appartenance à un lieu dont l'histoire se retrace à travers les membres des différentes générations. « *Le brouillage des frontières entre le registre des sociabilités et des solidarités formelles et informelles constitue l'une des spécificités des populations natives. Dans l'intervention des professionnels de l'aide aux personnes âgées et plus largement de certains intervenants locaux – facteurs, taxis, secrétaires de mairie... – pratiques professionnelles et relations de proximité, liées à une appartenance commune au territoire, se mêlent étroitement. Chacun joue sa partie professionnelle mais intervient aussi du fait de sa participation à cette société d'interconnaissance où chacun se sent co-responsable de la personne vieillissante en difficulté. [...] De même que les professionnels de l'aide à domicile assurent des fonctions relevant des solidarités de voisinage, les élus locaux sont amenés à intervenir bien au-delà des frontières officielles de leur mandat. C'est toute une économie de services réciproques qui se développe et à laquelle chacun participe, quelle que soit sa position professionnelle.*⁵²² »

Toutefois, si les vieux ruraux originaires « du coin » bénéficient de cette intrication entre les sphères formelles de services et les sphères informelles de solidarités et de sociabilités⁵²³, celles-ci s'expriment différemment selon que les intervenants sont des parents proches ou non. Autant le soutien et l'aide apportés par la famille (surtout les ascendants) sont souvent considérés comme normaux ou « naturels » et sans limite de durée (les enfants sont des débiteurs jusqu'à la fin de la vie de leurs parents qui les ont élevés, leur ont transmis leurs valeurs, leur patrimoine). Autant ceux dispensés par les voisins et les professionnels doivent s'inscrire dans des logiques de réciprocité pour être acceptés. Si parfois les contre dons ont été

⁵²¹ Mallon I., « Vieillir en milieu rural isolé..., *op. cit.*, p. 80.

⁵²² *Ibid.*, p. 81-82.

⁵²³ Nous verrons plus loin que cette intrication perdure en établissement.

effectués *a priori* et permettent aux personnes âgées de bénéficier d'une sorte de retour sur crédit, ils ne peuvent pas toujours couvrir l'ensemble des besoins. En effet, les relations de voisinage ordinaires⁵²⁴ ont, par définition, leurs limites : la reconnaissance de l'autre, la garantie de la protection de soi et la réciprocité⁵²⁵. Elles ont pour principale fonction d'assurer une veille et une sécurisation : *« on s'informe entre voisins des modifications que l'on s'apprête à apporter à ses routines quotidiennes (absences prolongées, voyages, etc.) pour éviter de susciter de fausses alertes. Ce sont ces formes de « voisinage ordinaire » qui sont particulièrement appréciées. D'un côté, elles contribuent à façonner et maintenir un sentiment d'appartenance à un collectif résidentiel qui [...] apporte une certaine sécurité ; de l'autre, elles garantissent la protection contre une trop grande familiarité.*⁵²⁶ »

Aussi, quand les personnes âgées estiment que leurs demandes sont trop fréquentes ou trop importantes et nécessitent des intrusions régulières dans leur sphère privée, ce sont souvent elles-mêmes qui les modèrent, voire les interrompent⁵²⁷. Pour les professionnels, le problème ne se pose pas de manière comparable car ils perçoivent une rétribution, même si celle-ci ne couvre pas toujours la totalité des services rendus (l'infirmière et le facteur n'hésiteront pas à ramener une petite course du fait qu'ils sont la fille ou le fils d'untel.).

5.2.2.1 Sociabilités et solidarités entre résidents, un voisinage impossible

Lorsque nous avons débuté notre enquête, nous avions pour hypothèse que, pour les résidents, le fait d'entrer dans un établissement hébergeant d'autres personnes de « leur coin » pouvait faciliter leur intégration. Nous les imaginions, se rendant visite les uns chez les autres, échangeant sur leur passé commun. Les entretiens et les observations nous ont montré le contraire, y compris dans le registre de liens faibles, tels que les relations de voisinage. Lorsque nous les avons interrogés, pratiquement tous les résidents nous ont dit ne jamais entrer dans les autres chambres (ce que les professionnels nous ont confirmé) et avoir assez peu d'échanges, hormis dans les cas de co-résidence avec un membre de leur famille.

⁵²⁴ Nous traiterons plus loin des questions de voisinage en établissement.

⁵²⁵ Drulhe M., Clément S., Mantovani J., Membrado M., « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie*, PUF, 2007/2, n° 123, p. 325-339.

⁵²⁶ *Ibid.*, p. 334.

⁵²⁷ Voir *supra* le discours de Madame Farge au sujet de ses voisins.

L'approfondissement de cette question nous a permis de relever qu'un grand nombre de facteurs (certains très pragmatiques, d'autres plus symboliques) rendent ces interactions sociales de base difficiles, voire impossibles.

a) Affronter les autres : « ici, il n'y a que des vieux »

Si on s'appuie sur les travaux de Marcel Druhle *et al.*, précédemment cités, avoir des relations de voisinage nécessite un premier maillon : la reconnaissance de l'autre. Si dans un premier temps, les résidents nous ont dit avoir été rassurés de croiser des têtes connues en arrivant, de nombreuses difficultés ne leur permettent pas de dépasser ce premier stade : les résidents en EHPAD ne se reconnaissent pas entre eux, tant au sens figuré qu'au sens propre. Premièrement, et nous en avons traité longuement plus en amont, l'entrée en institution constitue une véritable épreuve et les personnes subissent de nombreux chocs : départ du domicile, bouleversement des habitudes et du quotidien, etc... mais aussi, ils se trouvent face à des individus dont les conditions de vieillissement sont plus ou moins perturbantes, voire choquantes. Comme la plupart ne sont pas venus visiter avant leur admission⁵²⁸, ou juste rapidement en passant par les bureaux et quelques couloirs, ils ne sont pas du tout préparés à affronter la population hébergée et notamment les personnes très dépendantes et/ou désorientées : « *La première fois que l'individu apprend l'identité de ceux qu'il doit désormais tenir pour siens, il faut s'attendre à ce qu'il éprouve, à tout le moins, une certaine ambivalence des sentiments ; car ces autres, non contents d'être manifestement stigmatisés, et donc différents de la personne normale qu'il se sait être, peuvent en outre posséder des attributs avec lesquels il lui paraît difficile de s'associer. Ce qui peut finir en camaraderie [...] commence bien par un frisson.*⁵²⁹ ». C'est d'ailleurs souvent au moment du repas que les nouveaux entrants mesurent l'état de leurs congénères ; comme tous le disent : « *ici il n'y a que des vieux* ». Il faut interpréter cette phrase : bien sûr, tous savaient qu'ils entraient dans un établissement pour personnes âgées, mais ils n'avaient pas imaginé que celles-ci auraient autant de difficultés. Cela est d'ailleurs tout à fait normal puisque les individus très dépendants ne sont pas visibles dans l'espace public.

⁵²⁸ De même très peu rendaient des visites à des personnes connues lorsqu'ils vivaient à leur domicile. Comme nous a dit le neveu de Madame Farge : « *Mon père il n'aime pas venir à la maison de retraite, des fois que ça lui tombe dessus.* »

⁵²⁹ Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, Paris, 1975 (première traduction française), 2010, p. 51.

Pour les résidents, ces figures de la « mauvaise vieillesse » sont tellement angoissantes que bien souvent ils n'arrivent pas à les nommer :

« Eh bien oui, là, ce sont vraiment des gens... ce n'est pas du tout pareil quoi. Ce n'est pas du tout la même vie. »

(Madame Joliette, 97 ans)

Aussi, pour ceux qui viennent d'arriver et/ou qui n'ont pas ces problèmes, il leur est tout à fait impossible de se reconnaître en eux ou de les reconnaître comme leurs semblables. Pour les vieux « du coin », ce choc est d'autant plus important qu'ils ont connu les personnes avant :

« [A propos de Monsieur Souris] il ne peut plus...Oui, ils le font manger maintenant. C'était mon voisin. Je le connais. On est trois ici de V. Il y a une autre dame qui est ici. [Ah oui ?] C'est Madame Doras. Elle est au rez-de-chaussée. Elle est tout à fait vers l'accueil. Mais... Elle se perd, elle répète cinquante fois la même chose. Quand on lui dit une chose... Par exemple quand je lui dis que j'avais été à V donc, c'est son pays. Je voyais sa maison depuis la fenêtre de mon cousin, alors je lui disais : « Enfin, tu connais bien, Pascale. Oh non, je ne sais pas. » Alors bon ben, pas la peine d'insister. »

(Madame Fourier, 89 ans)

[Est-ce que vous avez trouvé des personnes avec lesquelles discuter ?] Alors, c'est là qu'on trouve les tristesses, parce que telle personne que j'ai connue avant, et qui était assez engagée au service des autres, et puis ici, elle perd peu à peu la mémoire, elle perd l'attention, il n'y a plus rien. »

(Père Antoine, 92 ans)

Parfois, les « retrouvailles » sont brutales, tant pour l'un que pour l'autre :

[Est-ce que quand vous êtes arrivée ici, il y avait des personnes que vous connaissiez d'avant ?] Oui, dans le personnel et puis j'ai rencontré malheureusement des personnes qui perdent la tête. [Ah, des gens que vous connaissiez d'avant ?] Oui, il y en a un de S, qui est de mon âge : il ne m'a pas reconnue. Je lui ai dit : "écoute Philippe, quand tu sauras qui je suis, tu m'appelles ». [C'est triste.] Ah, oui, y'en a quand même pas mal. Moi, ça me, ça me bouleverse un peu. Et euh, c'est une chose... me guette peut-être. Enfin mieux vaut ne pas y penser. [Oui, mais ce n'est pas parce qu'on y pense que ça va arriver.] Ah lala, mais il y en a quand même pas mal. Et puis, il y a beaucoup de personnes bien sûr en fauteuil roulant. C'est la maison de retraite, hein (silence).

(Madame Duvergne, 93 ans)

Ce sont notamment les personnes avec des troubles cognitifs qui inquiètent le plus les autres. D'une part, parce qu'ils craignent de devenir un jour comme eux, mais surtout car ces derniers ne maîtrisent plus les codes sociaux de civilités. Or, c'est également sur cette base que sont fondées les règles de base de voisinage : *« globalement on peut dire que ce « travail relationnel » développe des activités qui se déroulent dans le cadre de normes implicites mais bien établies relevant des convenances sociales. Elles ont trait à l'interaction civique de base, avec son rituel d'ouverture et de fermeture : le « bonjour-bonsoir » ou le signe de la tête ou le regard de reconnaissance. [...] La répétition de ce rituel produit une certaine confiance parce qu'il témoigne d'une certaine stabilité : elle inscrit cette rencontre avec l'autre dans les limites d'un monde connu [...] Les manières d'entrer en contact sans s'attarder permettent d'éprouver ce sentiment de sécurité dans notre rapport au monde. Elles produisent une confiance de base : la fiabilité apportée par la récurrence permet d'éviter d'être constamment sur ses gardes.⁵³⁰ »*

Or, les personnes démentes ne sont plus capables de les respecter : leurs cris, voire injures, leurs intrusions dans l'intimité des autres (toucher, irruption dans les chambres...), pire, leur rapport à la pudeur ou à l'hygiène sont autant de comportements qui empêchent les autres résidents de se sentir en sécurité, d'autant plus que leur attitude est très souvent imprévisible.

De plus, et en dehors des troubles ou pathologies cognitives, beaucoup ont des capacités à communiquer qui se sont amoindries, effritées. D'une part, le temps passé seul à leur domicile⁵³¹ leur a fait perdre, pour certains, l'habitude d'échanger quotidiennement. La vieillesse a fait disparaître une bonne part des membres de leur réseau social et notamment ceux de leur génération. D'autre part, les résidents sont nombreux à souffrir de perte auditive et/ou visuelle. Il s'agit du premier argument qu'ils invoquent pour expliquer pourquoi ils ne discutent pas avec les autres, notamment dans les temps collectifs (repas ou animations) :

« Et puis moi comme je n'entends rien, je peux pas causer, j'entends pas ce qu'ils disent, je suis bonne à rien. »

(Madame Tendière, 93 ans, à propos des repas).

Erwing Goffman décrit très précisément les processus qui conduisent les individus stigmatisés à reconnaître leurs semblables. Ceux-ci nécessitent du temps d'acceptation, d'apprentissage, temps dont les personnes âgées vivant en institution ne disposent pratiquement pas. S'ils

⁵³⁰ Drulhe M., Clément S., Mantovani J., Membrado M., « L'expérience du voisinage..., *op. cit.*, p. 327-328.

⁵³¹ Les résidents vivaient très majoritairement seuls à leur domicile (veuvage ou célibat), cf. *supra*.

finissent tous plus ou moins par se résigner à leur nouvelle vie avec les autres résidents, les maladies ou décès trop fréquents ne leur permettent pas de s'engager dans des relations stables. Ainsi, Monsieur Niveau, résident depuis moins de deux ans en EHPAD, nous dira avoir changé quatre fois de voisin de chambre (plus encore de voisin de table) et ne plus vraiment chercher à faire connaissance.

Cependant, il ne faut pas totalement noircir le tableau car certains résidents parviennent malgré tout à nouer des relations, voire des amitiés, avec les autres. Ces relations sont soigneusement sélectionnées afin de garantir des interactions sociales classiques et satisfaisantes. C'est le cas, par exemple de Madame Joliette. Arrivée à 97 ans dans l'établissement où elle ne connaissait absolument personne⁵³², elle nous raconte, lors de notre première rencontre, à quel point son intégration est difficile :

« [Vous disiez que l'intégration était un peu difficile ?] *Ca change quoi, ce n'est pas du tout la même chose, pas du tout. Mon Dieu !* [Les gens sont plus âgés et plus malades ?] *Eh bien oui et puis... les gens il y en a qui ont la bouche ouverte. Oh ! Ca c'est quelque chose ! Alors que là-bas [au logement-foyer], c'était quand même des gens, ce n'est pas pareil.* [Est-ce que là-bas vous connaissiez plus de gens ?] *Je connaissais tout le monde, ce n'était pas pareil. J'étais chez moi quoi. Depuis que je suis mariée, j'ai habité C, alors quand même c'était pas pareil. Et puis j'avais de bonnes amies, mais j'ai tout enterré, je me retrouve toute seule. Quand on arrive là, on n'a plus personne, même dans la famille, on se retrouve tout seul. C'est pas drôle. C'est vraiment pas drôle. C'est comme ça. »*

Toutefois, trois ans plus tard, Madame Joliette a réussi à se constituer un nouveau cercle d'amies. Quand l'animatrice de l'établissement lui a demandé ce qui lui ferait plaisir pour fêter ses cent ans, elle a souhaité faire un barbecue dans le jardin avec ses quatre amies.

Madame Fourrier, elle, a pleinement investi la structure :

« [Et donc votre installation à la maison de retraite, vous disiez que vous ne regrettiez pas du tout ?] *Ah ben, je ne regrette pas. Ah non non, ça je ne regrette pas. Pas du tout du tout du tout. Ma vie est ici, c'est mon univers. Bon, ben, on sait que quand on rentre ici, c'est fini, mais là moi je sais que tant que je peux... »*

Son sentiment de connaître tout le monde (même si tous ne la reconnaissent pas) lui procure un enthousiasme communicatif et lui permet d'activer un nouveau réseau relationnel (nous reprenons l'entretien au sujet des mandalas) :

⁵³² Pour rappel, Madame Joliette est venue s'installer pour se rapprocher de sa fille qui habitait à cent kilomètres de son ancien domicile (logement-foyer).

« Je ne sais pas d'où ça vient, mais je vous assure que, oh la la, ça fait du bien, mais alors c'est pas croyable. Il y a une dame, la dame à qui j'ai marqué le dessin, elle était tout le temps allongée sur son lit dès qu'elle rentrait chez elle, alors je lui ai dit : « alors venez avec moi un petit peu. Ah, je ne sais pas si je pourrais. » Ben ça fait quatre jours. Par contre, Madame C en face qui avait fini le sien, ça fait plus longtemps. Mais elle dit : « c'est vrai, ça m'occupe l'esprit, je n'ai plus le cœur ». Et puis l'autre monsieur, c'est Monsieur Mangin, il est dans le même couloir que moi. Ben ça fait longtemps, ça fait plus longtemps que moi qu'il est là. Il a la maladie de Parkinson. Alors il ne peut pas colorier. Alors ce matin il est venu vers nous, là. C'est pas tout le temps qu'il vient. Et ce matin, il est venu à notre table et je lui ai donné ses feuilles. Bon, ben moi, je suis encore assez alerte, alors je m'occupe de ceux qui sont plus... Disons je m'occupe, façon de parler. Ce monsieur, monsieur Mangin est venu, je lui ai dit : « ben vous voulez faire avec nous », il me dit : « je me mets vers votre table ». Je lui dis : « qu'est-ce que vous voulez faire ? » Ben il me dit : « moi je veux faire mes mots. » J'ai cherché ses fiches et puis voilà. ».

Ainsi, dans les structures on trouve de petits groupes de personnes, plus ou moins institués et organisés par eux-mêmes, sans la médiation des professionnels ou des bénévoles. Le premier niveau est celui des résidents qui se regroupent à un endroit de passage, souvent dans le hall, dans la structure où nous avons conduit nos observations, ils s'installent vers l'entrée de la salle de restauration. Lieu stratégique, au carrefour de plusieurs couloirs, les personnes âgées s'y assoient (chacun ayant sa place attirée) dans une position de spectateurs passifs des allers et venues incessants. Il y a peu de conversation, tout au mieux quelques mots ou commentaires, parfois caustiques, à propos de celle ou celui qui vient de passer. A un deuxième niveau, on trouve des résidents qui se rejoignent pour jouer à des jeux de société (souvent de cartes). Cette activité a pour intérêt de les départir de leur rôle habituel de résidents. En partageant les mêmes règles, horaires et envies, le jeu leur permet, pendant un temps circonscrit, de créer un espace, en dehors du rythme et des activités de l'institution. Toutefois, celui-ci est éphémère. D'une part, les résidents ne partagent pas forcément d'autres activités ou d'autres moments avec leurs « collègues » de belote, et s'ils se sont retrouvés autour d'un intérêt individuel commun, cela n'implique pas forcément une complicité. D'autre part, la survenue de maladies ou de décès déstabilisent régulièrement ces groupes et mêmes les plus motivés finissent par jeter l'éponge faute de trouver un nombre suffisant de compétiteurs. A un troisième niveau, et de manière beaucoup plus exceptionnelle, certains résidents créent des groupes d'activités comme celui de Madame Fourier. Ceux-ci ont l'avantage d'offrir les conditions de conversations libres (ce qui

n'est pas le cas lorsqu'on joue aux cartes) et exigent moins de prérequis pour pouvoir l'intégrer, notamment celui de bien maîtriser les règles. De plus, les entrées et sorties sont moins déstabilisantes car il s'agit d'activités qui ne nécessitent pas un nombre précis ou limité de personnes. Néanmoins, ces groupes ont un principal inconvénient, celui de reposer sur la volonté d'une seule personne. Lorsque celle-ci fatigue ou tombe malade, le groupe s'évanouit automatiquement.

Enfin, d'autres encore tissent un réseau informel d'entraide très discret et se rendent mutuellement de menus services : le journal circule de main en main, les plus valides aident les salariés à emmener les personnes en fauteuil roulant... Toutefois, d'une manière générale, les résidents ont tendance à ne pas chercher à voisiner et à se replier dans leur chambre afin de préserver leur intimité.

b) Les chambres, une limite infranchissable

S'il est bien un lieu en dehors de toute sociabilité entre résidents, c'est leur chambre, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, la chambre est le seul lieu où les résidents peuvent s'extraire de la vie collective, le seul espace qu'ils peuvent investir de manière uniquement personnelle (hormis les interventions régulières des professionnels). Ils en détiennent la clef et ont la possibilité de fermer leur porte s'ils le souhaitent⁵³³. Ils sont également largement incités à la décorer selon leur goût. Ainsi, la chambre est le principal espace, sinon le seul lieu, qui permet la préservation de leur intimité et qui offre une possibilité de se recréer un monde à soi, que certains préservent jalousement.

Même pour ceux qui souhaiteraient recevoir des personnes chez eux, l'architecture de leur chambre rend malaisé les relations sociales de ce type car l'espace est très réduit (quelques mètres carré tout au plus). Certains résidents nous ont ainsi fait part de la difficulté à accueillir dans de bonnes conditions leur famille. Il leur est compliqué de pouvoir installer correctement plus de deux personnes, ce qui limite considérablement les opportunités d'inviter, tant en termes de durée que de nombre de personnes, notamment les jeunes enfants.

Mais surtout toutes les principales fonctions d'un logement y sont regroupées : repos, loisirs, hygiène et soins. Habituellement, personne ne reçoit dans sa chambre, lieu le plus intime par

⁵³³ De fait, très peu de personnes ferment leur porte à clef. Ce sont principalement les anciens résidents du foyer occupationnel qui avaient pris cette habitude dans leur établissement précédent.

définition, où seuls le conjoint ou les enfants peuvent normalement pénétrer. Les autres sont, normalement, accueillis dans le salon ou plus fréquemment dans la cuisine en milieu rural. Or, la configuration et l'exiguïté des chambres ne permettent pas de délimiter des espaces spécifiques aux relations sociales amicales ou de voisinage, tout en préservant sa sphère intime. Cette difficulté est d'autant plus accrue pour les personnes les plus handicapées dont les stigmates de leur hétéronomie sont présents partout (paquet de protections, lève-malade, médicaments) et prennent trop de place, tant physiquement que symboliquement.

c) Les personnes handicapées : une figure atypique dans le réseau de sociabilités et de solidarité entre résidents

Dans les établissements implantés en milieu rural, est hébergée une catégorie atypique de résidents. Il s'agit de personnes handicapées qui sont arrivées jeunes, voire très jeunes (16 ou 18 ans). Certaines s'y sont installées avec leur(s) parents(s) vieillissant(s), d'autres au décès de ces derniers. A Moutiers où nous avons effectué nos travaux de Master, Madame Doras, aide-soignante, nous raconte leurs conditions d'arrivée et de vie au début de la structure :

« La maison a été ouverte en 1958, moi je suis arrivée en 1974. [On m'a dit qu'au début, ces personnes dormaient sur des lits de camps dans les couloirs ?] Oui, on déployait trois lits pour les filles. Il y avait Armande et Lucie et puis pareil, deux ou trois lits pour les hommes. Oui, c'était comme ça. Je me souviens très bien de Christophe Ondard, lui il avait 16, 17 ans maximum. [Vous vous souvenez pourquoi il est arrivé là ?] Oui, il était à Noranges, à l'assistance publique. Ses parents avaient de nombreux enfants et plusieurs étaient placés. Après une fois qu'il a été à la maison de retraite, peut-être pas tout de suite, mais il allait en vacances chez ses parents. Une fois qu'il a été adulte, il allait en vacances chez ses parents. [Et vous savez pourquoi il est venu ici et pas plus proche de Noranges ?] Non, je ne sais pas pourquoi. Donc, là, il est décédé, mais il aurait 69 ans. Alors, il y a fait de nombreuses années puisqu'il est mort il y a deux ans. [Oui, ça fait environ cinquante ans] Oui et puis, mes collègues m'ont raconté qu'elles l'avaient vu arriver avec sa valise et sa petite blouse grise. C'était un grand enfant, attardé quoi. »

Parce que ces personnes sont souvent plus « autonomes », celles-ci entretiennent des relations spécifiques avec les autres résidents notamment en termes de services rendus. Connues et reconnues de tous, elles font de petites courses à la superette et donnent parfois des coups de mains aux habitants du village : *« Oui, il rendait beaucoup services, des courses, des choses*

comme ça, vous voyez. Il aidait même les gens du pays. C'est vrai que lui, il trouvait du plaisir, il sortait de l'établissement, il allait faire du bois avec Maurice G. Et puis après, ils livraient, ça le promenait. »

(Janine Doras, aide-soignante à propos de Christophe Ondard).

d) Une sociabilité fragmentée plus que communautaire

Enfin, très peu de facteurs permettent des modes de sociabilités et de solidarités classiques en établissement et les résidents ne constituent pas une ressource pour les autres dans ce domaine, tout simplement parce qu'ils ne constituent pas un groupe, mais plutôt un assemblage d'individus aux parcours différents et dont le principal point commun est d'être venus ici pour finir leur vie. En effet, ces structures pour personnes âgées ne fonctionnent pas réellement comme une communauté (dans le sens où les individus partagent sinon un but, mais au moins un intérêt commun). Tous, mêmes les plus satisfaits de la vie en établissement, auraient préféré pouvoir rester chez eux si les conditions matérielles et humaines le leur avaient permis.

Leur entrée en établissement est très ambivalente, elle les fait basculer d'un univers routinier et relativement solitaire à un collectif de près d'une centaine d'individus avec lesquels ils doivent partager du jour au lendemain leur intimité : prendre le petit-déjeuner ensemble, se croiser en robe de chambre, apercevoir des corps dénudés dans les entrebâillements des portes restées ouvertes... Il est ainsi très difficile de trouver la bonne distance avec une telle diversité de personnes, *a fortiori* avec celles qui ne maîtrisent plus les codes de sociabilités élémentaires. Alors, souvent, la stratégie la plus simple est le repli sur soi. Même pour les individus se connaissant auparavant, sauf les co-résidents d'une même famille, ils n'ont jamais eu l'occasion de partager leur quotidien de cette manière. Tout au plus ils avaient passé la porte de leur cuisine ou de leur salon car, dans la culture rurale, la majorité des sociabilités extra-familiales se déroulent dans des espaces publics. Ce sentiment d'étrangeté dans les interactions avec les personnes connues précédemment peut être renforcé par le fait que ces anciennes connaissances peuvent avoir énormément changé et être devenues méconnaissables.

Une fois passé le choc de l'entrée (que d'aucuns n'arriveront jamais à surmonter), certains, notamment ceux qui se sentaient très isolés chez eux, tentent de s'investir dans de nouvelles relations. Comme dans toute construction de relations de voisinage, voire d'amitié, celles-ci demandent du temps et une permanence dans les interactions pour pouvoir se faire mutuellement confiance. Aussi, quelques groupes ou duo se créent-ils mais la fragilité de leurs

membres les rend très instables et éphémères. Lorsque quelques-uns arrivent à partager des conversations ou des activités, les maladies, voire le décès, peuvent faire tout basculer. Ainsi, mêmes les plus investis finissent à un moment ou un autre par déclarer forfait et se replier soit vers des relations plus stables (avec leur famille ou le personnel) soit sur eux-mêmes.

Le père Antoine nous racontera, lors de nos derniers entretiens, être finalement déçu de sa vie en établissement et d'avoir failli à la mission qu'il s'était donnée :

« Je progresse dans le handicap. [C'est vrai ? Vous trouvez ?] Ah oui, je ne peux plus marcher qu'avec des cannes et je ne peux pas aller très loin alors que j'ai l'habitude d'aller et venir, de sauter dans les transports en commun. Alors ce qui reste vrai, c'est que c'est quand même un isolement, c'est-à-dire qu'on ne peut pas rejoindre des gens qu'on aimerait rejoindre, avec qui on aimerait réfléchir, c'est un petit peu un isolement, une solitude oui, intellectuelle aussi et psychologique, spirituelle. [Quand vous parlez d'isolement, vous avez réussi à nouer des liens avec d'autres personnes ici, dans l'établissement ?] Oui et non. C'est-à-dire que, finalement, je n'ai pas de lien profond avec personne dans la maison. J'avais un lien plus profond avec un autre prêtre qui a une maladie de Parkinson. Que j'aimais bien, que j'ai rencontré souvent, avec qui on avait un certain nombre de points communs et il est de plus en plus fatigué et réduit lui aussi. Il avance dans la réduction. [Elle est particulière l'image que vous utilisez d'avancer dans la réduction. C'est une chose à laquelle vous aviez réfléchi, que vous n'avez pas forcément créé du lien avec les gens ici, sachant que vous me disiez que, comme vous aviez fait le choix de venir là ?] Que dire... En particulier, c'est très particulier ça hein. Donc je suis prêtre et je souhaite être en relation avec une communauté chrétienne. Or, il y a un certain nombre de gens qui viennent ici, de gens croyants et pratiquants, mais ils ne sont pas une communauté chrétienne. Ce sont des individus qui ont leur foi chacun et mon travail de prêtre aurait pu être, enfin a été de faire naître, avec des gens, comme ça, de bonne volonté, et pas forcément du reste seulement des croyants, de faire naître une communauté. Mais, je n'ai plus les moyens actuellement de faire naître cette communauté ici. Si bien que je reste finalement sans réussir à trouver une communauté où me sentir bien mais je ne regrette pas du tout d'être venu ici. [...] Dans la maison même, finalement, je n'ai pas réussi à me lier profondément à mes co-résidents. On s'entend bien, ça reste sympathique, c'est comme ça. »

(Avant-dernier entretien)

« *Oui, oui. Les personnes sont... C'est des univers séparés, chacun dans sa bulle. Une bulle familiale souvent, c'est dommage, mais voilà. Du coup, il y a des univers juxtaposés. Y compris alors par les chrétiens si vous voulez, c'est une collection d'ermites, des ermites qui ne communiquent pas. [C'est effectivement assez récurrent chez les personnes qui avancent en âge le fait de se refermer un peu sur soi, de se refermer sur ses souvenirs.] Mais en même temps, ils ne se referment pas entièrement, sauf ceux qui sont tout seuls, mais autrement la plupart s'enferment dans leur groupe familial, voilà, et ça va bien, ça leur fait du bien. Mais c'est...* »

(Dernier entretien)

De même, Madame Fourier, qui, selon ses dires, s'était pleinement intégrée, finira aussi par se replier sur elle-même : les rebuffades de certaines résidentes, le soutien de ses enfants dans sa démarche qui n'arrive pas et, enfin, la survenue de la maladie auront raison de son enthousiasme et de son envie de partager avec les autres. D'ailleurs, elle qui avait été la plus prolixe lors de nos premiers entretiens, ne souhaitera pas prolonger la conversation avec nous, ni que celle-ci soit enregistrée.

Pour conclure cette partie relative aux modes de sociabilités entre résidents, nous nous appuyons, à nouveau, sur les travaux de Marcel Drulhe *et al.* Selon ces auteurs, le « *voisinage ordinaire* » peut se décliner sous deux grandes formes, tout en s'appuyant sur le même « *tabou* » : celui du chez-soi. La forme la plus analysée en sociologie rurale et ouvrière est celle de la sociabilité dite communautaire qui peut se décliner soit à l'intérieur d'un village, soit d'un quartier populaire. Basé sur le principe de l'interconnaissance et sur la division sexuée des espaces et des activités, ce type de voisinage amène les un(e)s et les autres « *à constituer des espaces d'entre soi : les hommes d'un côté les femmes de l'autre savent qu'ils [qu'elles] peuvent rencontrer leurs semblables à certaines heures en des lieux particuliers. Le marché de plein vent, les commerçants de proximité, le terrain de boule, le square, le bistrot... constituent autant d'espaces médiateurs pour faire plus ample connaissance sans empiéter sur le quant à soi de l'autre.* ⁵³⁴ ». La seconde forme est celle de la sociabilité fragmentée : « *contrairement à la précédente, il y manque ces lieux et ces moments de totalisation où la plupart des voisins se retrouvent. Si la métaphore de la grande île convient pour imaginer la sociabilité communautaire, on peut recourir à celle de l'archipel pour donner une image de la sociabilité fragmentée de voisinage : personne n'a une vision totale de l'ensemble des voisins parce qu'ils*

⁵³⁴ Drulhe M., Clément S., Mantovani J., Membrado M., « L'expérience du voisinage..., *op. cit.*, p. 333.

forment des groupuscules séparés, car les lieux de rencontre sont multiples et variés ; seules quelques personnes arrivent à établir des ponts entre ces petits groupes. Cependant, les échanges à l'extérieur de chez soi fournissent la garantie de l'indépendance et permettent de poser un principe d'équivalence entre voisins ⁵³⁵».

Il nous semble que les modes de sociabilités entre résidents sont une forme hybridée de ces deux types. La structuration architecturale de l'établissement peut faire penser à un village ou à un quartier populaire : les bancs de la grande place sont substitués par les fauteuils devant la salle de restauration, le bistrot et le marché par la « boutique », le bureau de poste par l'accueil, etc. Pourtant les sociabilités qui s'y expriment sont plutôt de type fragmenté, car dans les moments où les personnes se trouvent toutes au même endroit (repas, spectacle...), elles ne se sentent pas appartenir à un même ensemble, une même communauté. Les échanges s'effectuent à l'intérieur de groupes restreints et précaires, où seuls de rares résidents arrivent à passer de l'un à l'autre.

Toutefois, si les sociabilités entre résidents restent assez distantes et superficielles, pour toutes les raisons que nous venons d'évoquer, nous allons voir maintenant que les spécificités de ce type d'établissement en milieu rural permettent à une bonne partie des résidents de maintenir des relations sociales internes et externes satisfaisantes avec les salariés et leur famille, notamment grâce à l'intrication des sphères personnelle et professionnelles

5.2.2.2 Sociabilités et solidarités entre les résidents et le personnel

a) Les aides apportées par les résidents : peser le moins possible

Le mantra de la quasi-totalité des résidents est « *d'embêter* » le moins possible le personnel, en leur facilitant le travail autant que faire se peut. Il est particulièrement systématisé chez les vieilles personnes issues du monde rural qui, comme nous l'avons présenté plus haut, ne se positionnent absolument pas en clients de la structure et dont les valeurs et la morale leur interdisent toute intempérance⁵³⁶.

Selon nous, cette attitude a deux principales fonctions. La première est de pouvoir garantir aux personnes âgées de ne pas avoir le sentiment d'être totalement inutiles et à charge. La seconde

⁵³⁵ Ibidem.

⁵³⁶ Nous verrons que cet autocontrôle en milieu rural, induit par les principes de l'interconnaissance, est également opérant pour les professionnels et les familles. En effet, toute personne, ayant un comportement inadapté, prend le risque d'être méjugée par ses congénères appartenant au même réseau d'interconnaissance.

est de leur assurer les bonnes grâces du personnel. En effet, les médias, les politiques, voire les scientifiques, ont tellement mis en exergue les cas de maltraitance de professionnels⁵³⁷, que les résidents ont probablement une crainte sourde d'en être victime.

En fonction de leurs attentes envers l'établissement, leur parcours individuel et leurs aptitudes, cette solide résolution s'exprime à divers degrés, que les résidents peuvent mobiliser en alternance ou simultanément.

Le premier est de s'efforcer de solliciter le personnel le moins possible, à tel point que lorsque nous les avons interrogés sur les tâches que les salariés effectuaient pour eux, leurs réponses étaient souvent très succinctes :

[Nous interrogeons Madame Guillet à propos des aides que lui apporte le personnel] :
« *Oh ben oui, mais ils sont charmants, tous. Moi je dis qu'on est très bien. Passez-moi l'expression, il n'y a que les emmerdeurs qui pourraient se plaindre. Non, non, mais on est très bien là. Ils sont tous gentils, accueillants, tout. [...] Je suis assez grande, je m'assume toute seule, voilà. Tant que je pourrai, je ferai. Comme je dis, moi je n'ai pas envie qu'on vienne me laver les fesses.* »

Le second degré consiste à faciliter le travail du personnel tout d'abord en se rendant aimable. Aucun résident ne nous a formulé des critiques à son encontre, au contraire la plupart ne tarissent pas d'éloge à son sujet, quel que soit leur dépit ou leur satisfaction de vivre en établissement. Tous les salariés sont présentés comme « *parfaits, charmants, adorables* »... D'autres vont réaliser quelques menues tâches (passer un coup de chiffon dans la chambre, mettre sa chaise sur le bureau avant le nettoyage du sol, etc.) pour tenter de soulager le personnel du travail harassant qu'il doit accomplir quotidiennement. Même si ces tâches peuvent paraître minimales (y compris à leurs yeux et à ceux du personnel), elles permettent néanmoins aux résidents de maintenir un sentiment d'utilité et d'instaurer une forme de réciprocité avec les salariés. Cependant, la plupart de ces actions sont empêchées et ce, au-delà de la volonté et/ou des incapacités des résidents. En effet, il existe une sorte de convenance tacite (partagée par les personnes âgées et le personnel) selon laquelle comme l'établissement peut pourvoir à l'ensemble des besoins quotidiens des résidents, il n'est pas nécessaire, voire possible, que ceux-ci en assument une partie si cela est leur souhait. Dans le contrat de séjour (document qui devrait normalement être personnalisé) la personne et la structure s'accordent sur les prestations disponibles et celles que le résident souhaite utiliser. Or, ce type de document est souvent très standardisé et les actes de la vie quotidienne, que les professionnelles tendent à maintenir, dans

⁵³⁷ Qui sont la plupart du temps des cas de violences « institutionnelles ».

le cadre de la préservation de l'autonomie des personnes âgées, sont souvent centrés sur quelques aspects coutumiers (se laver, manger seul...). A notre connaissance, ceux-ci ne portent jamais sur des tâches qui pourraient être assimilées à du travail (entretenir sa chambre ou faire la cuisine), alors qu'aucune disposition légale ne l'interdit⁵³⁸, bien au contraire.

Quelques personnes interviennent directement dans l'organisation de l'établissement et se transforment en véritables auxiliaires. Certaines se convertissent en assistant de communication : leur discours est tellement élogieux, leur chambre tellement bien aménagée et personnalisée (selon les canons en vigueur dans ce type de structure) qu'elles sont fréquemment sollicitées lors de visites de futurs résidents ou de leurs enfants. Le logement devient une sorte « d'appartement témoin » dont elles prennent grand plaisir à décrire tous les recoins et les avantages (douche sans bac, vue sur la campagne, etc.). D'autres endossent les missions d'assistantes de Direction, elles participent à toutes les instances de l'établissement⁵³⁹ et n'hésitent pas à diffuser les principes retenus par celles-ci, voire à sermonner les récalcitrants :

« J'étais à une réunion pour les menus, j'ai été désignée et c'était très intéressant, on surveillait bien, j'avais pas mal de grilles à faire faire sur les repas. Pour certaines personnes difficiles, il n'y avait pas de plat de remplacement, il n'y avait rien. Mais là, ça ne leur plaît pas non plus. Alors je crois que je vais abandonner parce que là... il n'y a rien à faire ... [Pour trouver des menus de remplacement ?] Oui, c'est-à-dire, il y en a, mais le menu de remplacement ne leur plaît encore pas. Alors on peut pas en donner trois quand même. [Oui, ça devient compliqué] Ca devient trop compliqué. Alors, ce qui est fait, est fait, voilà. C'est ce que je leur ai dit. [Madame parle des autres résidents]. »

(Mme Vounet, 94 ans)

D'autres enfin (comme nous l'avons présenté en amont), en découvrant les plaisirs des loisirs en structure, deviennent les précieuses collaboratrices des animateurs : elles aident à sonner le rappel en début d'activités auxquelles elles participent systématiquement, tentent de convaincre les indécis ou les rétifs, voire organisent elles-mêmes ces temps, à l'instar de Madame Fourier.

⁵³⁸ Hormis le simple respect des règles de base en termes d'hygiène et de sécurité pour soi et les autres.

⁵³⁹ Pour avoir nous-même dirigé un établissement d'hébergement pour personnes âgées, nous savons à quel point il est difficile de « recruter » des résidents pour participer aux différentes instances de la structure. Principalement orientés vers leurs besoins ou problèmes personnels, ne souhaitant pas endosser la responsabilité de représenter les autres ou craignant de ne pas être à la hauteur, ils sont très peu nombreux à accepter de donner leur avis quant à l'organisation générale de l'institution.

Peu à peu, ces menus services les amènent à s'inscrire de manière formelle et informelle dans l'organisation de l'établissement, parfois jusqu'à devenir incontournables. Ainsi, c'est parce que ces personnes ont réussi à se créer une place singulière et avérée dans l'institution qu'elles s'autorisent ce type d'intervention. Enfin, en termes de réciprocité, cette forme de collaboration permet également d'attester de la bonne qualité du travail du personnel. En effet, l'ensemble des politiques publiques incite, voire impose, la participation des usagers : une structure qui compte de nombreux résidents au Conseil de la vie sociale, par exemple, sera considérée comme un bon établissement. De même, un animateur pourra s'estimer compétent (à juste titre) s'il a réussi à mobiliser de multiples volontaires pour participer aux activités qu'il a organisées. Aussi, tous ceux qui gardent leur amabilité, participent de bonne grâce, voire avec enthousiasme, sont autant d'indicateurs positifs quant à la qualité du soin et de l'attention que les professionnels leur prodiguent et qui sont loin d'être anecdotiques, au regard de leurs conditions de travail, insuffisamment valorisées par le grand public.

b) Un réseau informel de sociabilités et de services rendus par les professionnels

- Les modes de sociabilités

En première intention, les résidents évoquent peu leur connaissance préalable du personnel comme une ressource en termes d'intégration dans la structure. Lorsque nous leur avons demandé s'ils avaient croisé des visages connus parmi les salariés, la plupart ont admis que cela avait été rassurant pour eux. Toutefois, ils ont, au départ, été assez peu diserts sur cette question. Le premier élément explicatif est que, pour certaines personnes âgées que nous avons interrogées, la différence d'âge est trop importante avec les salariés pour qu'elles puissent réellement les considérer comme des connaissances (qui sont selon elles, plutôt des personnes de leur génération). Deuxièmement, les résidents sont extrêmement attentifs au fait de ne pas donner l'impression de bénéficier de favoritisme. Néanmoins, lorsque nous les avons interrogés plus avant sur leurs échanges avec les professionnels, plusieurs cas typiques se dessinent.

Du point côté des résidents, on repère trois manières d'appréhender leurs relations avec le personnel. Celles-ci sont plus directement en lien avec la manière dont ils acceptent ou non leur vie en établissement qu'avec le nombre de salariés connus.

Pour les personnes ayant investi personnellement la structure, leur discours indique bien un processus d'intégration des salariés dans leur réseau de sociabilités en tant que ressource. Pour ce type de résidents, la connaissance d'un ou plusieurs salariés est mobilisée en tant que capital

d'autochtonie⁵⁴⁰ dans le sens où celui-ci leur confère le sentiment de tenir une place et un statut à part entière vis-à-vis de leurs congénères. Il s'agit, de personnes dont un membre de leur famille travaille dans l'établissement. La valeur de cette ressource sera d'autant plus estimée et estimable que leur parent occupe une place qu'ils considèrent comme importante et reconnue dans la structure. C'est le cas de Madame Salers dont la nièce est responsable administrative à Noireux. Cette résidente la présente comme une personne exceptionnelle à l'instar de toute sa famille (et donc, elle-même) :

« Sylvie ? Eh bien je vous répète, c'est la fille de mon petit frère, que j'adorais. Et puis même, toute la famille. Non, là je vante. Oui je n'ai aucune... Au contraire, qu'un immense plaisir de dire que dans la famille Limousin... Nous étions une famille formidable. Les parents, les enfants, tous, formidables... Excusez-moi, mais c'est vrai. »

(Mme Salers, 88 ans, veuve, mère de deux enfants, ancienne fonctionnaire)

Ici, la connaissance préalable d'un membre du personnel permet de tirer parti, par assimilation, de la considération et de la réputation dont le parent bénéficie.

Dans cette même catégorie, d'autres résidents vont, eux, valoriser le fait de connaître « tout le monde ». Cette affirmation implique le corollaire implicite d'être connus et donc, reconnus de tous. Il s'agit des personnes originaires « du coin », issus du monde agricole et qui ont intégré le personnel dans leur réseau d'interconnaissance, y compris des salariés avec lesquels ils n'avaient pas eu de relations directes avant d'entrer en EHPAD :

« Ici, tout le monde se connaît. C'est vrai. Là-bas, du coin, de mon coin, de mon village. Alors il y a déjà deux aides-soignantes, il y a aussi une veilleuse de nuit, Madame L. Mais il y a un moment que je ne l'ai pas vue. Qui est-ce que j'ai encore ? Eh bien, une qui habite un peu au-dessus, Madame A. [Je ne la connais pas] Vous ne voyez pas qui c'est ? Elle est là mais aujourd'hui, elle est du Gousset, là pas loin. C'est en somme la voisine d'Estelle. C'est Estelle qui l'avait emmenée. [Qu'est-ce que vous en pensez que les professionnels soient du coin ?] Oh ben, c'est très bien, on s'entend très bien. La dame qui va nous servir à midi, eh bien elle est de Callonges. Il y en a une autre qui est

⁵⁴⁰ « Une définition minimale de la notion de capital d'autochtonie pourrait consister à dire qu'elle est l'ensemble des ressources que procure l'appartenance à des réseaux de relations localisés. Il s'agit de nommer des ressources symboliques, symboliques en ce qu'elles ne tiennent ni d'un capital économique, ni d'un capital culturel, mais d'une notoriété acquise et entretenue sur un territoire singulier. » Renahy N., « Classes populaires et capital d'autochtonie. Genèse et usages d'une notion », Regards Sociologiques, n°40, 2010, p. 9.

de Callonges, que je connais sa maman qui nous livrait le pain : Mariam. Qui c'est qu'il y a encore? Alors de Jancy, il y en aussi. Oh, et puis il y a une dame de Gormagny, tiens, qui faisait le ménage et qui me dit : « moi, je suis de Gormagny ». Alors je lui dis : « ce n'est pas vrai ! ». Alors je lui ai demandé qui elle était. Finalement on connaît les mêmes personnes. Il y a aussi eu une petite jeune qui est venue au mois de juillet. Le jour qu'elle est partie, elle me dit : « vous êtes madame Fourrier ? C'est mon copain Damien qui me l'a dit ». Alors je lui demandé d'où elle venait. Elle me dit : « je suis de Gormagny ». Alors j'ai dit : « d'accord, mais vous vous appelez comment ? » Elle dit : « Mantille ». Ben je dis : « ce n'est pas vrai, la fille à Christophe ! » Alors là, Christophe Mantille, il est chauffagiste, enfin il fait de la plomberie. C'est lui qui m'a mis mon chauffage. Ce n'est pas possible ! Elle avait peut-être deux, trois ans à l'époque. Alors, je dis : « ce n'est pas vrai, Christophe ! » Alors je retrouve toutes mes connaissances. C'est tous les jours. [Madame continue la liste de tous les membres du personnel qu'elle considère comme des connaissances].

(Madame Fourrier, 89 ans, veuve mère de trois enfants, ancienne meunière)

Ce mode de sociabilité est bien spécifique au milieu rural, dans lequel il n'est pas nécessaire de s'être déjà rencontré pour être assimilé au réseau d'interconnaissance d'un individu. Ainsi, lorsque nous avons demandé à Mme Fourrier quel(s) salarié(s) elle connaissait au préalable, elle nous a cité de nombreuses personnes, dont une aide-soignante (Sylvie Cromieux), qu'elle présente comme sa voisine. Or après avoir échangé avec cette dernière, celle-ci nous explique que Madame Fourrier habitait à près de trois kilomètres de chez elle et qu'elle ne l'avait jamais rencontrée avant son installation à la maison de retraite. Si Madame Fourrier l'a incluse dans son réseau d'interconnaissance c'est parce que son mari tient une exploitation agricole (héritée de son père) et qu'ainsi ils entretenaient des échanges lorsque le moulin de Madame Fourrier était encore en activité :

« [Finalement cela fait moins d'une dizaine d'années que vous êtes là ?] Au début, j'habitais chez mes beaux-parents. Parce que mon mari habitait à la ferme. Ca n'a pas été facile. Donc, il y avait tout ça à gérer. Puis, on a fait bâtir en 2007. [Quand Mme Forest parlait de vous, elle parlait de vous comme sa voisine] Elle devait entendre parler de moi, mais moi je ne l'avais jamais vue. J'entendais parler de son mari, du Georges et tout. Mon mari était allé à ses obsèques, des obsèques civiles, c'est vrai. Et j'en entendais parler, c'est vrai que je ne suis jamais allée les voir, c'était plus mes beaux-

parents. [Vos beaux-parents les connaissaient bien ?] Bien, oui. Son mari était meunier, il faisait des céréales pour les bêtes. ».

Toutefois, ce type de relations ne va pas sans créer certaines jalousies :

Alors cette personne [Madame parle de l'une de ses voisines de tables], ce qu'elle a d'ennuyeux, c'est qu'elle est très jalouse. Souvent, elle me fiche au nez : « oh ben évidemment, vous, vous êtes la préférée ». C'est sûr que les animateurs, ils sont souvent après moi, me demandent... Je vois Adrien, quand il va faire sa gym douce, il me dit : « allez, venez avec moi, on emmène les autres ! » Moi, ça ne me fait rien, mais elle, elle est jalouse. Il y a quelques temps, il y avait une des aides-soignantes (c'est une de mes voisines) qui m'a proposé d'aller au vide-greniers, là-bas, chez nous à C. Elle vient dans la matinée, elle me dit : « ça vous ferait plaisir d'y aller ? ». Alors je dis : « bien sûr ». Elle dit : « moi je finis à deux heures et demi, je passe vous chercher et puis on va au vide-greniers ». Bon, ben effectivement, elle m'a ramenée le soir à six heures. Le lendemain, Adrien a insisté pour m'emmener à Noranges. Alors bon, je ne leur ai pas dit à table à midi, mais quand j'en ai parlé le soir, ma voisine me dit : « vous êtes allée à Mâcon. Vous ne l'avez pas dit à midi ! ». Je lui réponds que je ne le savais pas à ce moment-là. Alors là elle me fiche au nez : « oh ben, c'est parce que vous êtes la préférée ! ».

(Madame Fourier)

A l'inverse, certains résidents ne mobilisent pas les relations interpersonnelles avec les salariés en tant que ressources d'intégration ou de support identitaire, même lorsque ceux-ci font partie de leur famille. Ainsi pour Madame Farge, l'entrée en établissement l'a tellement déstabilisée qu'elle s'est entièrement fermée au monde. Sa vie est derrière elle et sa nouvelle existence l'a tellement dépossédée de toutes ses références identitaires qu'elle ne se reconnaît plus et ne reconnaît plus les autres. Alors que nous nous sommes entretenue avec elle à plusieurs reprises et durant presque deux ans, non seulement elle ne nous parlera jamais de son ex-belle-sœur (résidente dans le même EHPAD)⁵⁴¹, mais elle semble également n'attacher aucun avantage à la présence d'un parent parmi les salariés :

« [Dans le personnel, il y a des gens que vous connaissiez d'avant ?] Ah ben, j'ai une nièce qui est là. [Elle fait quoi comme travail ?] Ben elle est infirmière en chef.

⁵⁴¹ C'est son neveu qui nous donnera cette information et qui nous racontera les circonstances dans lesquelles Madame Farge a perdu son premier mari.

[D'accord. Et elle vient vous voir souvent ?] *Oh ben non, qu'est-ce que vous voulez, elle a son travail. Je la vois comme ça. Je l'ai vue encore hier matin qui était... qui faisait sa vie... des remèdes là-bas. Alors elle m'a demandé si ça allait, puis j'ai dit : "Oh non c'est toujours du pareil, j'attends le docteur". "Oh ben, elle a dit, oui, on ne peut rien faire tant que le docteur n'est pas passé", alors... [Et ça vous rassure de savoir que votre nièce elle est infirmière ici ?] Oh... Pas plus que des autres, je la vois pas. Vous savez ça serait une autre, ça serait pareil. »*

(Madame Farge, 93 ans, veuve, sans enfant, ancienne boulangère).

Madame Roger, habitait depuis toujours avec son plus jeune fils, mais la nécessité d'une aide permanente pour la vie quotidienne l'a contrainte à s'installer en EHPAD. Lorsque nous la rencontrons, elle est installée depuis plusieurs mois. La présence quasi quotidienne de son benjamin⁵⁴² et celle de l'une de ses petites-filles en tant qu'ASH, ne suffiront pas pour qu'elle accepte ses nouvelles conditions d'hébergement. Lors de notre première entrevue, alors qu'elle nous a longuement expliqué ne connaître personne, elle finira par nous apprendre, à la fin de l'entretien, que sa petite-fille travaille dans l'établissement (celle-ci nous expliquera pourtant qu'elle vient voir sa grand-mère chaque fois qu'elle travaille) :

« Qu'est-ce que vous voulez, ça ne se passe pas tellement bien pour moi, le temps me dure. Ca va que mon fils vient tous les jours. Enfin sauf si il a à faire, autrement j'ai personne. Ma fille ne peut pas venir parce qu'elle ne conduit pas et mon gendre a été opéré, il ne peut plus conduire et puis mon fils aîné, il est retraité. Il habite à S, alors en ce moment, ils ont bien des tracas de santé et tout, alors ils ne viennent jamais. Ça fait longtemps qu'ils ne sont pas venus. Alors à part mon « Chti » comme je dis, il n'y a que lui qui me soulage. [Et votre petite-fille ?] C'est elle qui me donne mes cachets. Alors elle me les apporte et puis après elle revient vers 9 heures 30 pour me les donner. Je les prends et puis ma foi après ça y est : c'est fini ! On est tout seul. Alors ma foi, y'a pas grand-chose... j'ai pas grand-chose à dire. Je ne sais pas si y'en a qui disent pareil que moi, mais c'est pas bien agréable d'être là-dedans. [C'est très différent d'une personne à l'autre.] Ah, oui ? Y'en a qui s'y plaisent ici ? »

⁵⁴² Le fils de Madame Roger, aujourd'hui en retraite, était brancardier. Sa connaissance du monde hospitalier et sa présence indéfectible auprès de sa mère feront de lui un bénévole quasi-professionnel dans l'établissement. Il continuera ses activités dans la structure, même après le décès de celle-ci. Loin d'être unique, nous traiterons plus loin de cet attachement des familles à l'EHPAD.

Entre ces deux pôles, entre sur et sous-investissement des relations avec le personnel, il existe un troisième type. Il s'agit des personnes issues de catégories sociales et/ou culturelles plus favorisées et que nous avons décrites plus haut comme des résidents ayant réussi à recréer leur univers personnel au sein de l'établissement. Souvent, ils regrettent de ne pas avoir de conversations suffisamment stimulantes ou intéressantes avec les autres. Aussi, ils auront tendance à rechercher plus volontiers celles des professionnels. Plus proches d'une relation de « clientèle », totalement absente chez les anciens agriculteurs ou ouvriers, ces résidents n'aspirent pas forcément à une forme d'intimité avec les salariés, car leur famille et/ou les loisirs pratiqués dans leur chambre, à l'abris des regards, leur suffisent. Leur monde personnel est assez stable et riche et ils n'ont pas besoin de l'appui des professionnels pour soutenir ou maintenir leur identité et les raisons de la poursuite de leur existence. Ainsi, le père Antoine privilégiera les conversations philosophico-spirituelles avec le Directeur, après avoir abandonné le projet de « *créer une communauté chrétienne* » avec ses congénères. Quant à Madame Vounet, lasse des « *commérages* » et des « *doléances* » des autres résidents, elle préférera se tourner vers certains membres du personnel, avec lesquels elle peut avoir des échanges plus stimulants et renforcer son sentiment de fierté vis-à-vis de sa famille (un fils élu de la commune et du Conseil d'administration de l'EHPAD et un petit-fils député).

Ainsi, parmi les résidents originaires du coin, seuls ceux qui n'ont pas pu accepter leur entrée en EHPAD, ne peuvent tirer bénéfice de connaître ou d'être connus du personnel. Au départ, les autres en font peu état, leurs discours démontrent que pratiquement tous peuvent mobiliser ce type d'appui pour s'adapter, voire s'intégrer, dans l'établissement : Monsieur Mangin a vendu sa maison à une des aides-soignantes, Madame Vounet (grâce à son ancienne activité) connaît de nombreux salariés ou tout au moins peut les mettre en lien avec un de leur parent, etc.

La raison probable au fait que, d'une manière générale, les résidents sont assez discrets quant à leurs connaissances des salariés, en dehors de leur souci à ne pas paraître favorisés, est qu'ils n'ont pas d'élément de comparaison pour pouvoir valoriser ce type de relations personnelles au sein de l'établissement. L'entrée en EHPAD est, pour eux, une expérience singulière et unique, ils ne l'ont de plus jamais vécue avec leurs propres parents. Seul le père Antoine qui a vécu dans un autre EHPAD, en ville, peut mesurer les différences. Pour les autres, il leur est tout simplement impossible de savoir, ou même d'imaginer en quoi le fait d'arriver dans un établissement où l'on est totalement anonyme aurait pu modifier leur perception de cette

expérience. Ainsi, si la plupart ne mesure pas⁵⁴³ de quelle manière le maintien d'une partie de leur réseau relationnel en établissement, *via* les salariés, peut être un atout, c'est tout simplement qu'ils ne le peuvent pas et ce d'autant plus qu'ils ont, finalement, toujours vécu ainsi.

Toutefois, si nous nous autorisons à soutenir que l'entrée dans un EHPAD où l'on est reconnu personnellement a un impact significatif quant à la qualité de l'expérience de vie, c'est d'une part, grâce aux comparaisons que nous avons pu opérer avec les rares résidents qui ne sont pas originaires du coin et dont le discours ne fait jamais état d'interaction aussi personnalisée avec les salariés. C'est également et d'autre part, à travers nos échanges avec les professionnels, pour lesquels cette connaissance préalable est un support essentiel à la relation qu'ils construisent avec les résidents. Les acquis qu'ils peuvent avoir de la vie antérieure des résidents, d'un point de vue familial et professionnel⁵⁴⁴, sont considérés comme de véritables ressources : elles leur permettent de dépasser la norme d'individualisation et les amènent souvent à rendre un service qui va bien au-delà de celui prescrit par leur cadre d'intervention professionnel.

- Les réseaux de solidarités en direction des résidents

Au détour des conversations, nous avons découvert que les salariés rendent de nombreux services aux personnes âgées de l'établissement et que ceux-ci sont dispensés *via* deux types de réseaux plus ou moins parallèles et complémentaires.

Le premier se structure autour de la conjonction de différents éléments. D'une part, ce réseau se mobilise pour répondre aux besoins relatifs au domaine de la santé, secteur d'activité de l'établissement (récupérer une nouvelle paire de lunettes, des piles pour des appareils auditifs, etc.), et qui nécessitent un déplacement en ville. Enfin, ces services sont rendus, le plus souvent,

⁵⁴³ Hormis les personnes que nous avons présentées au début de cette partie et qui valorisent amplement leur connaissance du personnel.

⁵⁴⁴ Le simple fait de connaître le hameau dont est originaire le résident, où l'environnement professionnel dans lequel ils ont évolué est déjà un avantage que nous avons, nous même, pu mesurer lors nos échanges avec ceux-ci.

lorsque les résidents ne peuvent solliciter leur entourage personnel (absence, éloignement...). Ce réseau est organisé, sans pour autant être formalisé, dans le sens où il ne fait pas l'objet d'une procédure ou d'un contrôle administratif et hiérarchique établi. Il n'est basé sur aucune obligation professionnelle mais seulement sur un accord tacite entre les professionnels. Il nous a d'ailleurs été relativement difficile d'accéder à ses différents ressorts : comment circule l'information, qui sont les interlocuteurs, quels salariés rendent principalement ce type de service ? S'il a été relativement complexe d'accéder au fonctionnement de ce réseau, ce n'est pas dû à une tentative de dissimulation de la part des salariés. Bien au contraire, tous ceux que nous avons interrogés sur la question, nous ont répondu volontiers : les réponses étaient plus difficiles à exprimer simplement parce que cette pratique leur semblait « normale », voire « naturelle »⁵⁴⁵. Or, rien n'est plus compliqué que d'expliquer, de justifier, ce que l'on réalise de manière spontanée :

« [Est-ce que les professionnels rendent des services aux résidents ?]

Oui, on prend sur notre temps. Par exemple les appareils auditifs, quand ça part à Langeville, eh bien ce sont les infirmières ou nous, au bureau : quand on va à Langeville, hop, on va chercher des piles, récupérer l'appareil, on le dépose, voilà.

[Et là, ce ne sont pas les résidents qui demandent, c'est plutôt l'équipe ?]

S'il n'y a pas d'enfant sur place ou d'enfant valide entre guillemet, car on a des résidents qui ont plus de cent ans et les enfants des fois, ne sont pas toujours... C'est vrai que c'est l'équipe qui prend le relais. Les uns ou les autres.

[Est-ce que dans les autres établissements ça se passe aussi comme ça ?]

Dans les petites structures, à la campagne, oui. Dans les grandes, non.

[Est-ce que tous les professionnels le font bien volontiers ?]

Non, si c'est en dehors du temps de travail, y'en a qui vont me dire : "faut me rendre ma demi-heure". Donc, une fois. C'est l'esprit quoi. Nous on le fait naturellement. Après par contre le jour où ma collègue va me dire : "tiens, je pars un quart d'heure plus tôt, je vais faire une course". OK, c'est normal. Voyez, c'est donnant, donnant. Mais non, ce n'est pas tout le monde, il y en a qui n'ont pas de temps, pas de temps pour l'EHPAD, pas de temps pour les résidents.

[Est-ce que ce sont surtout les gens d'ici ?]

C'est quand même surtout le personnel déjà stable, qui est là depuis longtemps, qui connaît bien les résidents. Mais ça n'a pas forcément de lien avec le fait qu'ils soient

⁵⁴⁵ Nous traiterons plus loin de cette dimension « naturelle » pour les salariés d'EHPAD en milieu rural.

d'ici. Non, je pense à une aide-soignante qui est de M et qui ne connaît pas forcément les gens. C'est dans sa nature, elle est généreuse, donc elle fera des choses. Après le lien du village peut faire que. Mais non.

[L'une de vos collègues, en retraite, me disait que cette pratique se perdait.]

Non ça ne se perd pas. »

(Sylvie Limousin, adjointe administrative).

D'une manière générale, ce réseau d'aide s'articule principalement entre les personnels de soins et ceux du service administratif. Bien qu'il ne soit nullement inscrit dans une procédure de la structure, celle-ci l'a avalisé : le Directeur de l'établissement, lors de sa prise de fonction, a rapidement remarqué ce type de pratiques. Il a, dans un premier temps, envisagé de les interdire, au motif qu'elles pouvaient être considérées comme hors du cadre légal d'exercice. Il s'est toutefois ravisé, en mesurant à quel point ces services rendus sont essentiels au bien-être des résidents, tout en ayant conscience d'engager sa responsabilité, au regard des contraintes réglementaires de plus en plus prégnantes dans ce type de structure. Il en va de même pour les salariés qui acceptent de manipuler l'argent des résidents qui ne peuvent se déplacer, pour acheter à leur place ce dont ils ont besoin à la boutique de l'établissement⁵⁴⁶.

Il existe un second réseau d'aide, celui-ci est entièrement informel. Il fonctionne par affinités électives, en lien ou non avec une connaissance préalable entre professionnels et résidents. Ici, les services rendus sont très divers, tant dans leur objet que dans leur importance : certains penseront à acheter la marque de bonbons préférée de Madame R (introuvable à Noireux) au supermarché de Langeville quand d'autres aideront Monsieur V à trouver la bonne bouteille de parfum afin qu'il puisse l'offrir à sa femme pour son anniversaire⁵⁴⁷. Autant de services, qui, aux yeux des professionnels « *ne coûtent pas grand-chose* », mais qui, pour les résidents, sont absolument essentiels lorsqu'ils ne peuvent solliciter une aide extérieure :

« Sinon, au niveau du personnel. C'est pareil, ça marche par affinités. Des gens qu'on a connus. Voilà, un exemple [Madame réfléchit]. Madame E, on était voisin. Bon si elle avait besoin de quelque chose qui n'était pas à la boutique et que son fils ne venait pas,

⁵⁴⁶ Nous avons travaillé, dans un autre cadre, sur la question de la prise de risque des professionnels dans le secteur sanitaire, médico-social et social. Cet aspect a, aujourd'hui, pris une place prépondérante dans le questionnement et le travail quotidien des salariés. Ce travail nous permet de mesurer, ici, à quel point ces pratiques en EHPAD sont exceptionnelles.

⁵⁴⁷ Ce couple de résidents est arrivé récemment de Paris et n'a pas de famille sur place pour les aider dans ce genre de situation.

elle me disait : "est-ce que tu peux me rapporter ça". Mais parce qu'on se connaît depuis... Et je pense que ça marche tout comme ça. Elles demandent aux gens qu'elles connaissent. [...] On dépanne, c'est normal. Enfin, bon, je pense. »

(Corinne Dupuis, ancienne aide-soignante puis animatrice, ayant effectué toute sa carrière dans le même établissement)

Ce réseau dense est tellement diffus, que les salariés eux-mêmes ne mesurent pas la totalité de son étendue. Cette manière de « compenser » l'absence ou l'inexistence⁵⁴⁸ des familles est particulièrement manifeste auprès de personnes handicapées qui habitent en structure depuis de nombreuses années. Le cas du décès d'une de ces résidentes, ayant vécu plusieurs décennies à l'EHPAD, est particulièrement significatif : sans se coordonner, une trentaine de professionnels était présente à la cérémonie (tous ont été surpris d'y retrouver autant de collègues) et les échanges qui ont suivi leur ont fait découvrir l'ampleur des liens, personnels, que chacun avait tissés avec la défunte :

« Oui parce que certaines fois on le découvre dans les conversations. On découvre qu'il y a des choses. On a eu le décès d'Odile⁵⁴⁹. Ça a bouleversé tout le monde et j'ai découvert qu'aussi bien les nouvelles que les anciennes et bien tout le monde était attaché à elle et tout le monde lui rapportait quelque chose quand il partait en vacances. Enfin, pas tout le monde, mais beaucoup et même des nouvelles, très nouvelles. Tout le monde savait qu'elle n'avait pas de famille et qu'elle adorait les bijoux donc c'était un petit bracelet, un petit collier. Eh bien ça, je l'ai découvert au moment de son décès. Y'a des choses qui se font, on ne le sait pas forcément. »

(Sylvie Limousin, adjointe administrative, salariée depuis trente ans à l'EHPAD)

c) Des relations quasi familiales entre résidents et personnels ?

Nous avons longuement hésité quant au terme à utiliser dans cette partie : les salariés construisent-ils des relations quasi familiales ou de familiarité ?

⁵⁴⁸ Ces termes d'absence et d'inexistence sont utilisés ici, au sens littéral et non péjoratif.

⁵⁴⁹ L'ensemble du personnel appelait cette personne par son prénom, parfois suivi de son nom, mais jamais Madame Bardin, comme la plupart des résidents.

Après avoir étudié les relations⁵⁵⁰, directes ou indirectes, entretenues entre les professionnels et les résidents, préalablement à l'entrée en établissement de ces derniers, nous avons pu constater que celles-ci étaient nombreuses, même si leur niveau et leur intensité étaient différentes selon les situations. Elles se déclinent du lien de parenté direct (père ou mère hébergés en tant que résidents) à une connaissance par réputation, *via* le croisement de leur réseau de relations respectif (cf. *supra* le cas de Madame Fourrier et de Sophie Cromieux) en passant par des interactions plus ou moins anciennes de voisinage ou de commerce. S'agissant des relations familiales entre les personnels, nous avons pu noter que tous les types de professionnels pouvaient être amenés à choisir leur lieu de travail comme lieu d'hébergement pour leur parent et ce quelle que soit leur place hiérarchique dans la structure⁵⁵¹. Si, pour les salariés habitant à proximité, les considérations de praticité ont bien évidemment influencé leur choix, il n'en reste pas moins qu'ils considèrent cette structure suffisamment bonne pour y accueillir leur famille⁵⁵² et que la manière dont ils perçoivent les limites entre leur activité professionnelle et leur vie privée sont assez perméables.

Cette porosité existe également dans les relations que les agents entretiennent avec les résidents qui ne font pas partie de leur famille, notamment à travers les différents services rendus que nous avons décrits plus haut, mais également par le vocabulaire mobilisé qui tend à se confondre avec celui employé dans le cadre domestique.

La manière de s'adresser aux résidents est devenue, ces dernières années, une sorte de totem ou de tabou, que certaines approches psychologisantes ont manipulé comme une preuve de non-respect des personnes hébergées, voire de maltraitance, comme si le tutoiement ou l'utilisation du prénom devait être totalement proscrit, quelle que soit la situation : « *Les abus de familiarité du personnel soignant envers les résidents sont essentiellement rencontrés en pédiatrie et en gériatrie. Si la familiarité est en général adaptée dans le premier cas, elle est très souvent abusive dans le second, et s'apparente à une forme de maltraitance. Elle ne doit donc pas nous*

⁵⁵⁰ Cette analyse se base notamment sur le traitement d'un questionnaire dispensé à l'ensemble des salariés et d'entretiens approfondis sur cette dimension avec certains professionnels ayant une grande ancienneté dans l'établissement et qui ont à travailler en interface avec l'ensemble des résidents et leurs collègues.

⁵⁵¹ Même le médecin du village a choisi cet établissement pour ses deux parents.

⁵⁵² Nous verrons plus loin que cette situation n'est pas sans poser de difficultés, notamment selon l'état de santé de son parent.

laisser indifférents. ⁵⁵³». Fort de cette vision dogmatique, l'ensemble des personnels en EHPAD ont été contraints de surveiller leur façon de s'adresser aux résidents, au risque de gommer toute dimension personnelle dans les relations qu'ils ont construites, y compris dans des situations totalement absurdes :

« Ah oui ! Moi, je me suis faite rappeler à l'ordre au bout de trente-cinq ans de service, parce que j'avais parlé d'une dame aux consignes en disant son prénom. Oui, mais je la connaissais depuis que j'étais gamine et je l'avais toujours appelée par son prénom, alors c'était sorti comme ça quoi. [Qu'en disaient les résidents ?] Ben, oui, ils nous regardaient bizarrement, quand on les avait toujours connus, ils devaient se dire qu'on n'allait pas bien ! »

(Janine Doras, aide-soignante en EHPAD, en retraite depuis trois ans).

Or, premièrement, si le vouvoiement est une convention langagière, il ne garantit pas, de manière absolue, le respect à l'autre et imaginer que les résidents et le personnel soient aptes à en renégocier les termes est tout à fait possible, dès lors que la demande est à l'initiative de la personne âgée, ou que des habitudes avaient été prises avant son entrée en structure⁵⁵⁴. L'EHPAD de Noireux, dans lequel nous avons principalement conduit nos recherches, laisse globalement cette part d'autonomie aux personnes. Deuxièmement, si ces manières d'interagir peuvent nous sembler déborder du cadre professionnel, en vérité, et dans la majorité des cas, personne n'est dupe. S'il nous est arrivé d'entendre certains résidents décrire des salariées comme étant « comme leur fille » ou que des professionnels nous expriment le profond chagrin qu'ils ont ressenti au décès d'une personne âgée en particulier, chacun fait bien la distinction :

« Je travaille en gériatrie depuis que j'ai vingt ans et bien-sûr que je mets des limites, mais là je viens de perdre une résidente. J'avais des liens très forts avec cette personne. J'ai pleuré, je n'avais jamais pleuré comme ça. Je me projette peut-être plus par rapport à mes parents. »

[Est-ce que c'était quelqu'un qui était depuis longtemps à l'EHPAD ?]

Elle était là avant l'arrivée de mon fils. Donc, oui, je l'ai vue changer, mais comme des tas de personnes. C'était quelqu'un très jeune d'esprit. On pouvait parler un peu de tout.

⁵⁵³ Covelet, R. « La familiarité du personnel gérontologique envers les résidents. », *Gérontologie et société*, vol. n°26 / 104, p.115.

Une mentalité de jeune, sans parler de manque de respect et tout, pas de tutoiement et tout ça. Elle avait eu plusieurs enfants et qui venaient bien.

Je n'ai plus mes mémés, vous voyez, je lui avais dit : « je ne vous considère pas comme ma grand-mère, mais j'ai plaisir à m'occuper de vous. » Voilà ce que je lui disais. »

(Sophie Cromieux, aide-soignante à l'EHPAD de Noireux depuis dix ans)

Ces relations électives, rapportées à un registre familial, viennent parfois combler des absences, voire des manques : petits-enfants ou enfants qu'on n'a pas vus depuis longtemps, grand-mère disparue récemment, etc. Toutefois, c'est justement parce qu'il ne peut y avoir de concurrence avec la « vraie » famille que ces relations sont créditées d'un caractère familial, vécues de manière idéalisée, en permettant, au quotidien, de vivre des relations choisies. L'élection réciproque, dans un environnement professionnel, où l'autre est souvent imposé (les collègues, la hiérarchie, les autres résidents) vient ainsi, parfois, combler des liens familiaux défailants, absents ou mal vécus. Mais, ainsi que nous l'écrivions plus haut, personne ne se leurre quant au caractère fictif ou pseudo-familial de ces relations, chacun connaît son statut et son rôle à jouer dans ce type de structure. Si la comparaison familiale est commode, c'est parce qu'elle permet de nommer cette proximité affective, née du partage de la vie quotidienne et l'usage du « comme » en marque justement la différence. Elle permet tout simplement, de nouer des relations entre personnes qui partagent une part de leur intimité au quotidien.

Cette proximité relationnelle est tout particulièrement présente avec les personnes handicapées. Plusieurs salariés nous ont dit se considérer « *comme leur famille* » et pour certaines « *comme leur seule famille* », attachement dont les résidents font preuve réciproquement. Ainsi, nous avons pu visiter la chambre d'Odile Bardin (dont nous avons relaté les obsèques plus haut). Les murs de cette pièce étaient couverts de photographies qui, vues de loin, auraient pu être prises pour des portraits de sa vie de famille : repas de Noël, partie de pêche, balade en bateau, vacances... Pourtant, seul le personnel y est présent avec elle, puisqu'Odile Bardin n'avait pas de parent. Lors de notre travail de Master, l'une des aides-soignantes, nous a également raconté un épisode marquant pour elle et ses collègues :

[Nous échangeons au sujet des photographies prises lors d'activités ou de moments spécifiques à l'EHPAD]

« Il y en avait, mais comme ça fait trois ans que je n'y suis plus, je ne peux pas vous dire.

[Je demanderai au secrétariat]

Oui, celles qui sont belles ce sont celles du mariage d'Antonin Furgier.

[Vous pouvez me raconter ?]

Eh, bien, c'étaient deux adultes handicapés. Antonin était commis de ferme, il avait fait les trois quarts de sa vie à la maison de retraite. Et puis est arrivée une femme. Elle s'appelait Jeanne Dediennne. En 1992 pendant que j'étais à l'école, mes collègues me disent : "tiens on a une surprise. Oui, oui. On marie Antonin et Jeanne". Ce sont mes collègues qui se sont occupés de toute l'organisation, la cérémonie, le repas. Donc ils ont des photos. Madame Labrosse avait prêté sa calèche avec les chevaux. Elle leur avait fait faire un tour et ils ont été mariés à la mairie.

[Vraiment ?]

Même que mes collègues étaient témoins, vous voyez.

[Est-ce qu'ils avaient encore de la famille ?]

Non, il n'y avait pas de famille. Jeanne avait peut-être encore une sœur, mais je me demande si elle n'était pas décédée avant le mariage. Mais lui n'avait rien.

[Est-ce qu'ils avaient à peu près le même âge ?]

Lui était plus âgé. La seule chose (je m'en souviendrai toujours), est qu'il n'avait pas bien aimé toucher moins d'argent pour lui après qu'ils se sont mariés. Il ne trouvait ça pas juste quoi. »

(Janine Doras, aide-soignante en EHPAD, en retraite depuis trois ans).

Enfin, ce n'est pas tant la terminologie utilisée pour décrire ces relations qui importe que la sincérité dont elle est la preuve. Si les salariés nous ont dit considérer telle ou telle personne âgée « *comme un membre de leur famille* » ou leur rendre des services relevant normalement de la sphère intime, cela démontre tout simplement la reconnaissance qu'ils ont envers celle-ci (en tant que personne à part entière) et la considération dont ils font preuve à leur égard, tout en mesurant bien les limites (dans le temps et dans l'espace) et le caractère idéal ; aucun professionnel ne n'invite de résident à son domicile.

5.2.2.3 Sociabilités et solidarités avec les familles

Communément, on a tendance à penser que les familles « abandonnent » leurs parents trop dépendants en EHPAD. Or, les travaux de recherche à ce sujet, certes peu nombreux et parfois

anciens, tendent à démontrer le contraire. D'après Aline Desquelles et Nicolas Brouard⁵⁵⁵, si, de prime abord, les personnes âgées hébergées en établissement reçoivent en moyenne, moins de visites que celles vivant à domicile, il faut se garder de conclusions hâtives. En effet, et tel que nous l'avons analysé plus en avant, les résidents en EHPAD cumulent certaines caractéristiques qui réduisent mécaniquement leur réseau social et donc, leurs relations possibles : « *Souvent célibataires, veuves ou divorcées, ces dernières se distinguent par un réseau familial en moyenne sensiblement plus réduit et plus rarement rencontré. Absence de conjoint, fratrie et descendance plus restreintes font partie des « désavantages » qui ne favorisent sans doute pas le maintien à domicile lorsqu'une situation de dépendance survient.* ⁵⁵⁶ ». Ainsi, non seulement la situation familiale joue en termes de probabilité d'entrer en établissement, mais également sur la fréquence des visites que ces personnes peuvent recevoir. Toutefois, à caractéristiques égales⁵⁵⁷, ces deux auteurs, ont pu démontrer que, finalement, la situation des résidents ne se différencie pas significativement des personnes vivant encore à leur domicile. C'est également ce que nous avons pu observer dans les établissements et tout particulièrement dans celui de Noireux.

Si nous avons pu déjà constater les relations spécifiques entre les résidents et le personnel lors de notre stage de Master, le travail, plus approfondi, conduit dans le cadre de notre thèse, nous a permis de découvrir de nouvelles dimensions quant à l'implication des familles dans la vie de leur parent et de la structure elle-même. Afin d'apprécier objectivement cette question, nous avons analysé le nombre de repas dits « extérieurs », pris par les familles à l'EHPAD ainsi que ceux pris par les résidents en dehors de la structure. Durant l'année 2017, plus de trois cent cinquante repas « extérieurs » ont été servis dans l'établissement (soit près d'un par jour) et les résidents ont déjeuné ou dîné près de quatre cents fois hors de leur lieu d'hébergement⁵⁵⁸ (pour un total de quatre-vingt-cinq personnes). S'il ne nous a pas été possible de comptabiliser l'ensemble des visites reçues et des sorties effectuées par les résidents, ces chiffres sont particulièrement significatifs de la fréquence des interactions entre les résidents et leur famille, très probablement facilitées par leur proximité géographique. L'établissement incite et donne

⁵⁵⁵ Desquelles A., Bouard N., « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, vol. 58, n° 2, 2003, p. 201-227.

⁵⁵⁶ *Ibid.*, p. 201.

⁵⁵⁷ Ces deux auteurs ont pu déterminer les variables significatives en termes de visites : sexe, âge, situation familiale, situation de dépendance, origine sociale, etc. et ensuite les contrôler *via* le recours à une régression linéaire.

⁵⁵⁸ Ce dernier résultat ne tient pas compte des absences dues à une hospitalisation.

également les moyens à l'entourage des résidents pour les sortir de la structure, tant que ceux-ci sont suffisamment alertes pour monter dans une voiture. A Noireux, les sorties au restaurant, les départs en week-ends ou en vacances ne sont pas rares.

Un premier intérêt au fait que de nombreux parents de résidents sont « du coin » est que lorsqu'ils viennent dans l'établissement, souvent, leurs visites ne se limitent pas à leur parent, permettant ainsi, aux résidents qui n'ont pas de famille près d'eux, de maintenir une partie de leur réseau de sociabilité externe :

« Tous les gens qui viennent toutes les visites, ils viennent pour une personne mais ils en rencontrent d'autres... Ca maintient un tissu social fort qui est important, surtout par rapport aux gens qui sont dans les villes car il y a un total anonymat. »

(Brice Legendre, Directeur d'établissement)

Ce que nous ont également confirmé plusieurs parents de résidents :

« Bien sûr, moi quand je m'en vais, je mets une demi-heure pour partir [rires]. J'en connais au moins une dizaine.

Quand je prends l'ascenseur, chaque fois, il y en a que je connais. Donc forcément, on discute. Bon, ce sont toujours un peu les mêmes choses. Ils savent que j'ai réparé une maison à B. Ce sont des gens que je connais, qui m'ont connu tout petit [rires]. Mais bon, c'est ... moi je leur dis bonjour, on discute un peu, ils sont contents, c'est normal. »

(Monsieur Farge, neveu d'une résidente, aidant principal).

Nous avons également été marquée par l'implication des familles, au sein même de la structure et celle-ci dépasse largement le cadre classique de la participation sporadique à quelques réunions. Elle est liée d'une part, à la proximité géographique et/ou relationnelle entre les familles, les résidents et les salariés, impliquant une intrication de leur réseau de sociabilité respectif et d'autre part, à une politique volontariste de l'établissement à s'ouvrir vers l'extérieur⁵⁵⁹ et à associer autant que possible l'entourage des personnes hébergées, quitte parfois, à bousculer le cadre classique d'intervention des professionnels :

[Nous échangeons à propos du mari d'une résidente qui souhaitait continuer de lui prodiguer une partie des soins après son entrée en EHPAD]

⁵⁵⁹ Cette politique étant fortement influencée et possible justement grâce à l'intrication des réseaux de sociabilités des différentes parties prenantes.

« Ah, oui, il s'en est occupé longtemps. Il l'a sortie tant qu'elle a pu encore monter dans la voiture, mais presque jusqu'au bout il l'emmenait les week-ends. Il revenait là et on lui interdisait de s'en occuper. C'était ridicule, mais on n'a pas interdit longtemps de toute façon parce qu'après on en a parlé. On a dit : "mais il a sa place aussi".

J'ai rencontré des difficultés au début, avec l'équipe à accepter qu'un membre de la famille s'occupe d'elle. Ce qui est marrant d'ailleurs (j'y pense là maintenant), parce que quand les enfants sont employés, on ne voit pas de problème à ce qu'elles s'occupent de leur maman. Mais quand ce sont des enfants qui sont extérieurs ou là, le mari de cette dame, c'est non. Tient j'y pense d'un coup, je me dis on met une barrière alors que c'est ridicule.

[C'est parfois le propre des institutions de fixer des règles, juste pour en fixer].

Voilà, le pouvoir, c'est nous qui accompagnons. C'est dommage parce que franchement, je trouve que ça se passe bien et c'est quand même important de donner les moyens à la personne d'accompagner son conjoint.

[Madame Barry me disait que son mari participait aussi aux activités avec elle]

Oui, c'est vrai qu'on laisse bien la place, moi je trouve. »

(Isabelle Farge, infirmière et nièce de Madame Farge, résidente).

Si ces demandes restent exceptionnelles, les familles sont nettement présentes lors des activités, en tant que participants ou organisateurs. La plupart des loisirs « extra-ordinaires » (vacances, spectacles, sorties...) sont financés par l'association cogérée par les salariés et les familles. Mais certains parents conduisent eux-mêmes certaines activités. Ainsi, Madame Dupuis, Présidente de l'association, mère de l'animatrice, et dont le mari est hébergé dans l'unité Alzheimer, anime chaque semaine l'atelier tricot et la chorale. Elle s'occupe également des achats de la boutique qu'elle tient, avec d'autres parents, deux fois par semaine. Certains enfants de résidents sont également très présents et leurs anciennes compétences professionnelles sont mises au service de la structure : la fille de Madame Vunot, ancien professeur de sport, participe aux activités gym douce ; le fils de Madame Roger, ancien brancardier à l'hôpital de Noranges, ex-collègue de la cadre de santé de l'EHPAD, participe à toutes les sorties afin d'aider à transporter et manipuler les résidents, etc. Leur présence, presque quotidienne, rend les limites entre activité bénévole et professionnelle plus floue, notamment dans le cas de Monsieur Roger que plusieurs salariés appellent par son prénom, comme leurs autres collègues.

Nous avons été particulièrement frappée par le fait que certaines familles maintiennent leur implication dans l'établissement, même après le décès de leur parent :

[J'ai remarqué qu'il y avait dans cette association des enfants de résidents qui restent même après le décès de leur parent.]

« *Oui. Dans les plus anciens membres. Quand on a monté, bon il y avait naturellement Sylvie et Nadège. Lulu qui était une ancienne employée. Une autre qui avait son oncle. Bénédicte, ancienne cuisinière et ça s'est agrandi petit à petit. Certains sont partis et ce sont souvent les familles qui viennent et qui restent : "je viens dans l'association parce que ma mère y est" et quand le parent part, ils restent.* »

(Corinne Dupuis, ancienne aide-soignante puis animatrice, ayant effectué toute sa carrière dans le même établissement)

Le plus surprenant est que chacun semble trouver cela normal...

Bien sûr, il ne s'agit pas d'idéaliser ce portrait : tous les résidents ne partent pas en week-end chez leurs enfants, toutes les familles ne sont pas aussi actives, mais la présence de certaines d'entre-elles participe à rendre l'établissement moins fermé sur lui-même et plus perméable au monde extérieur. Elles permettent ainsi aux résidents de continuer, pour partie, à s'informer de la vie telle qu'elle se déroule dehors (leur hameau, leur village, le rythme des saisons...) et au-delà de ce qu'ils peuvent apprendre aux informations du journal télévisé ou des goûters organisés par de nombreuses structures avec la maternelle du quartier comme activité intergénérationnelle phare⁵⁶⁰.

Des processus d'intégration éprouvants rendus plus soutenables par l'entourage local

Pour conclure cette partie, l'entrée en établissement d'hébergement demeure, pour chacune des personnes interviewées, un bouleversement radical de l'ensemble des dimensions de la vie qu'elles s'étaient construite jusqu'alors. Ces changements sont d'autant plus éprouvants qu'il

⁵⁶⁰ Nous avons nous-même, lorsque nous travaillions en EHPA, organisé une chasse aux œufs de Pâques dans l'établissement et avons dû essuyer les foudres de certains résidents incommodés par cette bruyante marmaille. Si nous nous permettons d'être critique vis-à-vis de ce genre de pratiques, c'est justement qu'elles sont souvent organisées sans que les résidents n'aient de liens construits avec les enfants. Ceux-ci arrivent sans qu'aucun n'aient été préparés à entrer dans le monde, radicalement différent, de l'autre. Ils ne se connaissent pas et, si aucun travail « d'acclimatation » préalable n'a été réalisé, personne n'y voit d'intérêt. D'autre part, il s'agit de deux catégories de personnes dont les capacités d'empathie sont parfois réduites. Ce type d'activité est finalement plus facile avec des enfants plus grands, voire des adolescents, qui ont appris à adapter leur comportement en fonction des personnes avec lesquelles ils interagissent.

s'agit d'individus, pour la plupart, déjà fragilisés : problème de santé, chute, hospitalisation, deuil, etc. et qu'ils ont plus ou moins réussi à surmonter. Ces épreuves sont communes à tous les résidents, quel qu'ait été le lieu d'habitation précédent : passage d'une vie de veuf ou de célibataire à une vie en collectivité, confrontation à des types de vieillesse qui font craindre l'avenir, cohabitation avec des personnes qui ne maîtrisent plus les codes sociaux de base, angoisse de la mort, mais aussi, déménagement, perte des environnements physique, spatial et temporel habituels. Surtout, l'entrée en établissement d'hébergement entérine le basculement dans un monde en dehors de la société et réservé à celles et ceux qui ne sont plus aptes à vivre autonomes. Nous reprenons ici les propos de Dominique Schnapper, qui bien que traitant des « pauvres », nous semblent également adaptés à la situation vécue par les personnes âgées devant entrer en établissement. En effet, à l'instar des « pauvres ⁵⁶¹», les personnes âgées dépendantes sont une catégorie statistique d'individus qui n'ont comme seule caractéristique commune que de faire partie de cette catégorie, celle-ci est de plus singulière par « *l'attitude collective que la société, en tant que tout, adopte à leur égard* ⁵⁶²» et qui tend à les exclure. « *De manière inévitable, la politique sociale disqualifie ceux auxquels on apporte des secours, même si elle se fonde non sur l'idée de la charité mais le droit de tout citoyen à bénéficier de conditions de vie décentes. [...] Les transferts sociaux ont pour effet pervers de donner à leurs bénéficiaires un statut d'assistés et de consacrer leur échec [...] Etre pauvre [vieux] dans nos sociétés, c'est se retrouver marginalisé et de plus en plus exclu de la vie collective, c'est avoir perdu par étape successives les occasions d'échanger avec les autres. Etre pauvre [vieux], c'est avoir échoué, puisque la société, organisée autour de la production et de la gestion des richesses, se donne pour objectif collectif d'assurer le bien-être matériel de tous.* ⁵⁶³». L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes oblige en sus les individus à accepter cette nouvelle assignation identitaire, alors qu'ils pensaient jusqu'à présent faire partie des « normaux » : « [Dans le cas typique] *d'un individu qui devient stigmatisé tard dans sa vie, ou qui apprend tardivement qu'il a toujours risqué le discrédit, cette dernière situation entraînant, contrairement à la première, une réflexion radicale de l'idée qu'il se faisait de son passé. Cet individu a tout appris du normal et du stigmatisé bien avant d'être contraint de se*

⁵⁶¹ A ce sujet, voir le chapitre de Georges Simmel, « Les pauvres », in *Sociologie et épistémologie*, coll. Quadrige, PUF, 1998 (1907 pour la 1^{ère} ed. en allemand)

⁵⁶² Schnapper D., *Qu'est-ce que l'intégration ?*, coll. Folio actuel, Gallimard, Paris, 2007, p. 69.

⁵⁶³ Schnapper D., *Qu'est-ce que l'intégration ?*, op. cit., p. 159-160.

*voir lui-même comme déficient. On peut donc supposer qu'il lui est particulièrement difficile de se réidentifier, et qu'il risque fort d'aller jusqu'à la réprobation de lui-même.*⁵⁶⁴ »

Certaines épreuves sont vécues de manière spécifique par les vieux ruraux. Lorsqu'ils vivaient à leur domicile, la vieillesse et les maladies qui peuvent parfois l'accompagner ont été peu anticipées. Peu nommées et suivies, en évitant soigneusement d'aller déranger le médecin trop souvent, elles étaient considérées comme allant de soi avec l'avancée en âge. Aussi, l'arrivée en établissement est d'autant plus rude pour ces personnes qui entrent soudainement dans un monde inconnu où le soin, les actes médicaux sont au centre de l'activité et leur fait mesurer, brusquement, leur(s) éventuel(s) devenir(s) à l'aune des autres résidents avec lesquels elles vont dorénavant vivre. Ces derniers, qui ont pu être autrefois un voisin, un client, un ami sont parfois devenus méconnaissables ou « méconnaissants », ce qui accentue le choc et le sentiment d'étrangeté.

Une fois installées, elles doivent faire face à un défi de taille : celui d'occuper leur temps. Alors que leur mode de vie avait peu changé jusqu'à présent en maintenant les activités significatives qu'elles avaient toujours réalisées, à un rythme moins soutenu, celles qui leur sont proposées en structure n'entrent pas dans ce schéma pour ces personnes dont les loisirs étaient souvent assez restreints. Aussi le nouveau rythme de l'établissement, les tâches quotidiennes (entretien du logement, du linge, cuisine) entièrement réalisées par les professionnels et le vide laissé leur procurent, pour beaucoup, un sentiment accru d'inutilité.

Ces profonds changements les obligent à concéder de nombreuses déprises qui modifient de manière importante leurs références identitaires et sociales, leur rapport au monde et la place qu'elles y occupent. Toutefois, la plupart, font preuve de capacités d'adaptation impressionnantes pour se réajuster et tentent de se réadapter. Celles-ci dépendent des ressources dont elles disposaient préalablement, de celles qu'elles peuvent utiliser une fois en établissement et des stratégies employées pour les mobiliser.

Elles tiennent d'une part, de la spécificité de la population observée. Essentiellement constituée de femmes, nées après la Première Guerre mondiale et ayant vécu la Seconde, beaucoup ont connu des épisodes de vie rudes qui leur ont conféré une grande aptitude à accepter leur situation avec raison, voire fatalisme. D'autre part, le fait d'avoir une base sociale et culturelle commune avec l'ensemble des acteurs présents autour d'elles leur permet de maintenir, pour

⁵⁶⁴ Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les Editions de Minuit, Paris, 1975 (première traduction française), 2010, p. 48.

partie, leurs modes de sociabilités et de solidarités⁵⁶⁵. Si celles-ci peuvent être difficilement préservées ou reconstruites entre les personnes âgées pour toutes les raisons que nous avons présentées en amont, les familles et les professionnels jouent un rôle facilitateur.

La présence quotidienne des parents, dont quelques-uns assurent une activité quasi professionnelle, autorise une organisation plus souple et plus proche des habitudes des résidents que dans les autres structures du même type. Les processus d'interconnaissance entre les familles et les salariés rendent les frontières entre les sphères domestiques et professionnelles plus perméables, les statuts et les rôles moins conventionnels et figés et permettent aux résidents de ne pas perdre la totalité de leurs repères, voire d'en créer de nouveaux.

Nous allons voir par la suite que ces phénomènes d'intrication influencent également la manière dont les salariés perçoivent leur activité professionnelle.

5.3 Des modalités spécifiques d'exercice de l'activité professionnelle

5.3.1 Une perméabilité entre sphères professionnelle et privée

Si les modes de sociabilités et de solidarités des résidents sont en partie maintenus, c'est, notamment, parce qu'ils partagent ce cadre de référence avec bon nombre des professionnels. En effet, près de la moitié est née à moins de trente kilomètres de la structure et y habite, aujourd'hui, à moins de dix minutes en voiture (plus d'un quart à moins de cinq minutes)⁵⁶⁶. Ces salariés habitent et travaillent dans le même territoire, certains depuis toujours. Cette situation crée, *de facto*, des conditions particulières entre eux : leurs enfants vont à la même école, aux mêmes activités sportives (ce fût également leur cas pour certains), ils achètent leur pain à la même boulangerie, certains conjoints sont collègues dans les deux seules usines à proximité, etc. Ainsi, lorsque nous les avons interrogés à ce sujet⁵⁶⁷, ils ont été nombreux à nous confirmer qu'ils entretenaient des relations avec leurs collègues en dehors de l'établissement (relations familiales, amicales, de voisinage...). De plus nous avons pu constater qu'une part

⁵⁶⁵ Les résidents ne le mesurent pas toujours car il s'agit pour eux d'une expérience singulière et unique et qu'ils n'ont pas de point de comparaison.

⁵⁶⁶ Pour une description synthétique des caractéristiques des salariés de l'EHPAD de Noireux, voir annexe 15 : « Présentation synthétique du personnel et des résidents de l'établissement ».

⁵⁶⁷ *Via* le questionnaire que nous leur avons dispensé et les entretiens semi-directifs (cf. annexe 14 : « Questionnaire à destination des professionnels de l'établissement »).

importante avait des parents ou conjoint agriculteur, commerçant, artisan ou indépendant. Or selon, Alice Barthez : « *comme l'artisanat, le petit commerce et, selon les périodes, les professions libérales, l'agriculture est l'un des secteurs économiques où l'appartenance des individus à une unité de production et leur appartenance à un groupe domestique se chevauchent.* ⁵⁶⁸ ». En outre, ces recherches se sont particulièrement intéressées à la place des femmes qui sont très largement majoritaires en tant que salariées en EHPAD. Durant des siècles, le rôle et les tâches dédiées aux femmes ont été principalement orientés vers la sphère domestique, au point de les considérer comme relevant des compétences « naturellement » féminines et, bien qu'elles aient toujours participé aux activités de production marchandes, lorsque celles-ci s'exercent dans le cadre familial, elles restent invisibles. Jusqu'à la fin des années 1960, l'organisation du travail en agriculture se base sur une répartition de l'autorité et une division des tâches selon des critères relatifs à la vie de famille plutôt qu'à la profession. Dans cette conception, différencier travail productif et domestique était inconcevable : « *L'un et l'autre imbriqués dans le même espace et dans un temps unique, donnaient lieu à une seule et même trésorerie. La référence au salariat utilisée par les économistes ruraux comme le moyen de moderniser l'activité agricole implique la césure entre l'univers domestique et l'univers professionnel. Dans ce contexte, les femmes qui travaillent en agriculture se trouvent doublement infériorisées : en appartenant à un secteur d'activité où le travail productif lui-même n'apparaît pas clairement, et puis en étant d'emblée affectées à la vie domestique comme lieu de consommation et non comme lieu de production.* ⁵⁶⁹ » Si les évolutions législatives et réglementaires ont fait passer les conjoints et enfants du chef d'exploitation de simples aidants familiaux ou auxiliaires de l'exploitation à des statuts de co-sociétaires ou de co-exploitants⁵⁷⁰, l'organisation du travail en agriculture reste encore aujourd'hui largement une affaire de famille. Ce que confirme, d'ailleurs, toujours le code rural, notamment dans sa définition du GAEC (Groupement agricole d'exploitation en commun) en tant que : « *société civile agricole*

⁵⁶⁸ Barthez A., « GAEC en rupture : l'intersection du groupe domestique et du groupe professionnel. », in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La Découverte, Paris, 2003, p. 211.

⁵⁶⁹ Barthez A., « Devenir agricultrice : à la frontière de la vie domestique et de la profession », *Économie rurale*, n°289-290, 2005, p. 34.

⁵⁷⁰ A ce sujet, voir les travaux de Jean-Claude Bontron et notamment son article rédigé en collaboration avec Odile Plan : « Les rapports de sexe dans l'exploitation familiale agricole en France. De l'ombre à la reconnaissance, de l'assujettissement aux droits propres, de ce qu'il reste à faire », *Pour*, n° 222, 2014, p. 87-100. Celui-ci retrace les évolutions du statut des femmes dans les exploitations agricoles du début du XIX^e à nos jours.

*de personnes permettant à des agriculteurs associés la réalisation d'un travail en commun dans des conditions comparables à celles existant dans les exploitations de caractère familial*⁵⁷¹», sans pour autant préciser les dites conditions comparables.

Notre propos ne sera pas, ici, d'effectuer une critique de la place des femmes dans le monde du travail, ou plus largement dans la société, mais de faire le constat que les professionnels que nous avons interviewés sont pour bon nombre, empreints de cette culture, soit qu'ils y soient nés, soit qu'ils y aient trouvés un conjoint. Cette proximité avec leur environnement privé est d'autant plus présente que ces femmes effectuent des tâches en EHPAD (*care*⁵⁷²) pouvant être considérées comme comparables à celles effectuées dans le cadre domestique : préparer les repas, effectuer l'entretien des locaux, du linge, prendre soin, etc.

5.3.2 Une organisation basée sur le modèle de la maisonnée

Afin d'analyser les modalités d'exercice de leur profession, tant vis-à-vis de leurs collègues que des résidents, dans cet environnement spécifique, nous nous sommes orientée vers les travaux de l'anthropologie de la parenté.

Cette approche nous semble particulièrement éclairante ici et notamment le concept de maisonnée : « *Si le concept de « maison » (groupe d'appartenance qui réunit des vivants et des morts) n'a de signification qu'en relation avec le patrimoine (comme le signale sa pertinence pour penser la parenté aristocratique et paysanne), celui de « maisonnée » (groupe d'appartenance au quotidien qui réunit des personnes mettant des ressources en commun) permet de rappeler l'importance de la production et de reprendre en anthropologue la question de l'économie domestique, tandis que celui de « parentèle » (réseau de personnes apparentées à Ego et engagées dans des relations de réciprocité directe) permet de penser une partie des échanges non marchands de biens et de services. [...] Si le premier, qui a connu la fortune la plus grande, est adapté à l'analyse des patrimoines (aristocratique, bourgeois, artisanal et*

⁵⁷¹ Article L 323-3 du Code rural et de la pêche maritime.

⁵⁷² Le terme ou concept de *care* n'a pas d'équivalent en français, d'une manière très générale et synthétique il désigne tout à la fois des activités de soins nécessaires à la vie d'autrui et les attentions portées à la dispense de ces soins à cet autrui (faire attention, se soucier de ...).

paysan), les deux derniers peuvent être transposés [...] dans les classes populaires sans patrimoine, souvent négligées par l'anthropologie mais aussi par la sociologie. ⁵⁷³

Ces travaux nous permettent de nous détacher non seulement du secteur agricole mais également des relations unissant strictement des personnes apparentées. Alice Barthez parle alors de « quasi parenté » ou de « parenté pratique » pour analyser les relations entre individus travaillant dans une même unité de production⁵⁷⁴. Elles ont été également étudiées dans le cadre de l'aide à domicile⁵⁷⁵. Ces recherches démontrent d'une part, qu'à l'instar des relations familiales, les relations électives dans une maisonnée, en tant qu'unité de base de la parenté pratique, au sein de laquelle s'effectuent des tâches quotidiennes, produisent tout autant d'inégalités (de genre, de classe, d'activités ou de responsabilité affectées, d'objectifs visés ou de redistribution des ressources produites). Elles sont le terreau, aussi bien, de climats harmonieux que conflictuels. D'autre part, les arrangements, les accords pris dans une organisation de quasi parenté deviennent, la plupart du temps, caduques dès lors qu'ils interfèrent avec ou s'opposent à ceux sur lesquelles se basent la « vraie » famille : l'associé d'un GAEC que l'on a accueilli dans son exploitation « comme » un fils ou un frère ne saurait l'emporter sur le point de vue de la maîtresse des lieux ; la femme de ménage ayant élevé durant de nombreuses années les enfants d'un couple « comme les siens » sera licenciée dès lors qu'elle dépassera certaines limites symboliques de l'intimité fixées par son employeur⁵⁷⁶. Enfin, et s'agissant du sujet qui nous intéresse, ce chevauchement entre sphère domestique (privée) et professionnelle ne concerne pas la totalité des salariés de l'EHPAD. Il dépend de la durée et de la nature de leur inscription (ou de leur non-inscription) dans le groupe d'appartenance. Nous nous appuyons ici sur les travaux de Yannick Sencébé qui définit quatre types d'appartenance⁵⁷⁷

⁵⁷³ Weber F., « Pour penser la parenté », in Debordeaux D., Strobel P., *Les solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, L.G.D.J, coll. Droit et société, Paris, 2002, p. 73-74.

⁵⁷⁴ Voir notamment : Barthez A., « GAEC en rupture : l'intersection du groupe domestique et du groupe professionnel. », in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La Découverte, Paris, 2003.

⁵⁷⁵ Voir en particulier les articles de Séverine Gojard, Sibylle Gollac, Tania Angeloff ou Liliane Bernardo in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, op.cit.*

⁵⁷⁶ Nous nous basons ici sur les recherches de Liliane Bernardo qui a analysé les relations entre « patronnes et femmes de ménage ». Dans le cas décrit, la rupture s'est cristallisée autour de la demande de l'employée de maison d'appeler sa patronne par son prénom alors que cette dernière la considérait comme faisant partie de la famille (Bernardo L., « La place des sentiments dans l'aide professionnelle de gré à gré », in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, op. cit.*

⁵⁷⁷ Sencébé Y., « Multi(ples) appartenances en milieu rural », *Informations sociales*, n° 164, 2011, p. 36-42.

en fonction de deux pôles entre lesquels les individus se positionnent (l'attachement, en référence à nos besoins d'identification, d'affiliation et de sécurité et la distanciation, en référence à nos valeurs de liberté de projet et d'épanouissement personnel) : l'attachement comme destin social ; l'ancrage comme choix ; la tension entre l'ici et l'ailleurs et le détachement comme injonction sociale⁵⁷⁸. Ainsi, la naissance ou la longue vie dans un territoire ne suffisent pas toujours pour se considérer ou être considéré comme lui appartenant.

Toutefois, lors de nos entretiens, beaucoup s'inscrivent dans ce modèle⁵⁷⁹ et celui-ci influence leur manière de concevoir leur travail et d'interagir avec les autres : leurs collègues, les résidents, les familles ou les habitants du village.

Premièrement, la répartition des tâches ne se base pas uniquement sur le registre des catégories de profession ou les hiérarchies. Si bien-sûr elles sont respectées, au regard du cadre réglementaire⁵⁸⁰, les connaissances interpersonnelles, parfois de longue date, rendent les activités de chacun plus flexibles, plus perméables. Ainsi l'EHPAD de Moutiers, où nous avons effectué nos recherches de Master, a longtemps dû faire face à un important *turn-over* d'infirmières et la plupart du temps celles-ci étaient embauchées en tant qu'intérimaires. Aussi toutes les tâches qui habituellement leur incombent (hors acte de soins), telles que la gestion des plannings, l'accueil des résidents et des familles, le suivi des stagiaires, etc., ont été prises en charge par l'une des aides-soignantes. Faisant partie des « anciennes », dans les premières à avoir été diplômée, ses collègues et les différents Directeurs l'ont finalement légitimée, par habitude, à cette place de « faisant fonction⁵⁸¹ » de cadre de santé. Durant cette période sans « vraie » cadre, les salariées usaient également de pratiques afin de soulager son travail. Par exemple, lorsque l'une d'entre elles était malade, il était d'usage d'appeler ses collègues afin de se faire remplacer. Cependant, lorsqu'une infirmière a finalement été embauchée à titre permanent, l'organisation construite par les professionnels s'en est trouvée bouleversée :

⁵⁷⁸ Pour plus de précision, se rapporter au « 2.3 Les différents types de populations âgées en milieu rural », p. 87.

⁵⁷⁹ En effet, ce modèle semble dominant et la plupart s'y conforme, y compris ceux qui ne sont pas originaires du même monde socio-professionnel.

⁵⁸⁰ En EHPAD, chaque catégorie de métiers renvoie à des connaissances spécifiques et à un cadre réglementaire : médical, sanitaire, culinaire, etc. et qui ne sont pas interchangeables.

⁵⁸¹ Le terme de « faisant fonction » est très souvent utilisé dans les structures sanitaires ou médico-sociales (dans la fonction publique, de manière générale). Une manière, dont l'administration a le secret, pour placer à un poste une personne sans que celle-ci puisse bénéficier du salaire et de l'avancée de carrière statutaire, car elle ne peut justifier des requis (diplôme, concours).

« [Quand j'étais en stage si l'une d'entre vous était malade, elle téléphonait aux autres pour se faire remplacer, avant d'appeler à la maison de retraite.]

Avant oui, moi ça m'est arrivé. Une fois j'avais la grippe et j'ai appelé une collègue qui a bien voulu me remplacer. Et puis à l'heure du bureau, j'ai prévenu et puis c'était tout. Oui, oui, ça se faisait ça. Après, ce n'est pas qu'on ne voulait plus le faire entre collègues, mais c'est les règles, les normes, vous n'aviez plus le droit.

On n'était pas souvent encouragées les dernières années. Plutôt démontées, même par les différents chefs, on avait toujours fait ce qu'il ne fallait pas faire. Alors c'était dur. Moi, je suis partie et c'est longtemps après que dans ma tête je me disais : " tu travaillais bêtement comme un robot, mais ce n'est pas possible. Tu aurais dû, quand même, faire les choses autrement. ". On était devenues complètement ce qu'ils voulaient.

[Bien-sûr c'est important qu'il y ait des règles, mais finalement, les gens savent souvent ce qu'ils ont à faire.]

Oui, tout à fait, moi je sais que dans mon travail, je préférais faire des pédicures alors que mettre des bigoudis, j'avais horreur de ça. Mes collègues le savaient et on s'arrangeait. Mais si on dit ça aux supérieurs : « ah mais non, si tu fais une douche, tu la fais complètement ! » Si une dame adorait avoir des bigoudis bien mis, je préférais demander à une collègue. Mais, non, il n'y avait rien d'humain. Ils essayaient de faire appliquer bêtement, sans réfléchir. Alors, c'est un petit peu ça, le regret que j'avais en fin de carrière. J'aurais voulu arriver à leur faire comprendre.

[Finalement vous aviez plus de plaisir à travailler avant ?]

Oui, mes quatre, cinq dernières années ont été gâchées. Les jeunes, je ne sais pas comment elles font. Peut-être qu'elles le prennent moins à cœur. Mais je n'ai jamais regretté mon travail, ça me tenait beaucoup à cœur. »

(Janine Doras, aide-soignante en EHPAD, en retraite depuis trois ans)

L'EHPAD de Noireux bénéficie depuis longtemps d'une organisation hiérarchique complète : Directeur, médecin coordonnateur, cadre de santé diplômée, cadre administratif, infirmière, etc. Toutefois, ces pratiques d'entraides y sont très présentes :

« [Quotidiennement. Est-ce que parfois les salariés s'entraident ?]

Ah, ça oui. Bon exemple : au point de vue de l'animation. Moi j'installe ma table, puis je vais chercher les personnes. Des fois, je perds du temps en allers et retours. Si je suis à la « bourre », les filles le voient et hop, d'elles-mêmes, elles vont me chercher les personnes. Le service de ménage, souvent, en regardant le planning, elles me préparent

la salle. Et souvent c'était tout installé comme il faut, en fonction des activités prévues. Sans rien dire. Ca c'est chouette.

[Oui, l'autre soir au repas, j'ai vu des salariées venir donner un coup de main. Les infirmières sont restées aussi pour aider au service. Je me suis demandée si c'était parce que j'étais présente.]

Ah, non. Honnêtement, je pense quand elles ne viennent pas, c'est qu'elles ne peuvent pas. Non, ça ne je n'en démords pas. A chaque fois que j'ai demandé de l'aide, je n'ai jamais eu de refus. Quand je faisais des bains esthétiques avec des personnes lourdes. J'appelai avec les téléphones, il n'y a jamais eu de problème. J'avais quelqu'un pour m'aider tout de suite

[Est-ce que tout le monde joue le jeu ?]

Oui, je trouve. Y'a aussi... je ne sais pas... la façon d'être. Peut-être que ce n'est pas pour tout le monde pareil. Mais inversement, moi quand je finis plus tôt, j'essaye de les avancer pour des trucs. Donc, c'est un échange. Le but c'est que le boulot soit fait. »

(Corinne Dupuis, ancienne aide-soignante puis animatrice, ayant effectué toute sa carrière dans le même établissement)

Ces deux extraits d'entretiens sont caractéristiques des observations que nous avons pu faire. D'une part, les directives hiérarchiques n'ont de sens et ne sont acceptées que si elles peuvent entrer en concordance avec les normes et valeurs établies par le groupe d'appartenance formé par les salariés et que nous qualifions de maisonnée. Ces normes et valeurs se fondent tout autant sur les impératifs professionnels, les connaissances acquises par l'expérience que sur les pratiques ou coutumes. Ces usages ou habitudes sont liées à l'histoire de l'établissement, au territoire dans lequel il est implanté et aux types individus qui y vivent et y travaillent. D'autre part, ces extraits soulignent la prépondérance des sentiments car nombreux sont les professionnels à situer leur activité dans le cadre plus large de relations interpersonnelles. Dans ce contexte, les dimensions sont en interaction les unes avec les autres et les logiques institutionnelles, quand elles les contrecarrent, ne peuvent être intégrées pleinement, *a fortiori*, lorsqu'un salarié doit prendre en charge son propre parent :

« Ah, oui, on nous disait de faire pair-impair : un jour toilette complète, un jour toilette de « chat ». Mais eux quand ils seront en EHPAD, ils vont accepter des toilettes de chat ? Moi, ma pauvre mère, la seule chose qu'elle avait, par rapport aux gens de son âge, c'est qu'elle aurait pleuré pour avoir une douche. Ca lui faisait tellement de bien. Par contre, pour d'autre, c'était l'horreur. Non, il devrait trop se mettre à la place

des résidents. Les derniers mois, ma maman était tellement douloureuse [...]. C'est pareil pour les changements de position toutes les deux heures (pour les escarres), j'avais demandé d'arrêter. Et moi, on me demandait de bien penser à lui faire son projet de vie. Mais qu'est-ce qu'elle pouvait avoir comme projet de vie ? Elle ne pouvait même pas parler. »

(Janine Doras, aide-soignante en EHPAD, en retraite depuis trois ans)

Deuxièmement, nos propos précédents ne doivent pas laisser penser que les professionnels exerçant leur activité en milieu rural seraient plus vertueux que ceux travaillant en ville. S'ils sont souvent prompts à donner un coup de main, à faire preuve de solidarité, c'est qu'il est plus difficile de tourner le dos à un collègue que l'on connaît, parfois intimement. Mais c'est aussi plus risqué car leur réputation est engagée au-delà de la structure. Dans le contexte de réseau d'interconnaissance et, pour reprendre les propos d'Henri Mendras à la suite de Marcel Maget : « *dans [ce type de] collectivité, chaque membre connaît parfaitement bien tous les autres membres, sous tous les aspects de leur personnalité sociale et individuelle [...] Tout le monde étant sans cesse sous le regard d'autrui, la régulation sociale n'a pas besoin d'être médiatisée par les institutions. Elle s'effectue directement au cours des rapports interpersonnels.* ⁵⁸²» Aussi, si le travail n'est pas fait ou pas correctement fait (selon les critères du groupe), c'est la réputation de l'ensemble qui est en jeu, d'autant plus que celle-ci se répercute également à l'extérieur.

Si, telle que nous le postulons, les établissements que nous avons observés, fonctionnent comme une maisonnée, c'est collectivement que celle-ci garde ou perd « la face » matériellement⁵⁸³ et symboliquement. « *Contrairement aux membres de la parentèle, les membres de la maisonnée partagent des tâches et ressources, un objectif commun (la vie matérielle du groupe) et une réputation commune (les ragots ne les dissocient pas dans leur jugement négatif ou positif)* ⁵⁸⁴» et « *refuser de rendre service, voire s'abstenir d'offrir spontanément ses services, revient à sortir du groupe d'appartenance* ⁵⁸⁵».

⁵⁸² Mendras H., « Un schéma d'analyse de la paysannerie française », in M. Jollivet, *Sociétés paysannes ou lutte de classes au village*, ed., Les collectivités rurales françaises, Tome 2, Armand Colin, Paris, 1974, p. 39.

⁵⁸³ La réputation d'un établissement assure un « recrutement » régulier de nouveaux résidents et ainsi la pérennité des postes des salariés.

⁵⁸⁴ Weber F., « Pour penser la parenté contemporaine », in Debordeaux D., Strobel P., *Les solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, L.G.D.J, coll. Droit et société, Paris, 2002, p. 93.

⁵⁸⁵ *Ibid.*, p. 91.

Ce contexte spécifique incite donc les salariés à faire preuve d'autorégulation, voire d'autocontrôle individuel et collectif, afin que leur comportement ou celui de leurs collègues au sein de la structure (de la « maison » pour reprendre leur terme) ne vienne pas entacher leur réputation professionnelle et personnelle.

D'ailleurs, leur activité salariée est tellement intégrée à l'ensemble de leur existence, que de la même manière qu'ils n'hésitent pas à recommander leur établissement à leur parent pour y entrer comme résidents, ils solliciteront volontiers un stage ou des emplois saisonniers pour leurs enfants, voire feront appel à des membres de leur famille pour donner un coup de main, parfois à titre gracieux : demander à son mari de passer la faucheuse dans le pré attenant à l'EHPAD, à son fils ou sa fille de venir faire le service aux repas de fêtes, etc.

« [Vous par exemple, vous avez travaillé quarante ans avec votre sœur. Est-ce qu'il y avait d'autres personnes comme vous ?]

Oui, quelques-unes. Parfois c'était sur des temps assez courts, deux ou trois ans. Des fois la mère et la fille. Mon fils a travaillé là-bas, en cuisine, en remplacement l'été. Parfois, c'est juste pour donner un coup de main, quand il y a besoin. Avant, c'était normal.

[Et pour vous est-ce que c'était facilitant ou non ?]

J'avais dit à mon fils, je t'avertis que je ne veux pas de souci dans mon travail et puis c'est tout. »

(Janine Doras, aide-soignante en EHPAD, en retraite depuis trois ans)

A ce sujet, une aide-soignante de l'EHPAD de Montiers nous racontera qu'à « l'époque » le personnel organisait des soirées dans l'établissement auxquelles les résidents pouvaient participer. Si, bien-sûr, ces pratiques ne sont plus de mises, elles ont néanmoins marqué les esprits, font partie de l'histoire de l'établissement et créent des formes de nostalgie :

« Ah, certains résidents dans leur chambre, il y avait des photos du personnel, des choses qu'on avait faites ensemble. Même il y a vingt ou vingt-cinq ans, on faisait des soirées, deux ou trois fois dans l'année, mais dans l'établissement, comme ça les résidents, qui le voulaient, venaient avec nous.

[Des soirées du personnel mais auxquelles les résidents pouvaient venir ?]

Oui ! On mettait le Directeur au courant et hop, ils arrivaient. Ils aimaient ça, on mettait de la musique, on dansait avec eux.

[Vos familles étaient là aussi ?]

Oui. C'était bien. Tout ça après, c'était fini.

[Il y avait aussi des repas avec les familles des résidents ?]

On en a fait pendant plusieurs années. Ça marchait bien. Pour les résidents c'est vraiment bien. Ils sont fiers de montrer leurs petits-enfants. On utilisait les trois salles qui étaient pleines. Bien sûr que ça faisait du travail. Mais si on était bien organisé. Le motif qui a fait qu'on a cessé, c'est parce que on ne les vendait pas assez chers les repas aux familles, pft ! Ils ne savaient pas quoi trouver en fait. Ça faisait soi-disant une perte phénoménale. Alors voilà... »

(Janine Doras, aide-soignante à Moutiers, retraité)

A l'inverse, le Directeur de Noireux, en poste depuis près de quinze ans et habitant une commune limitrophe, nous expliquera avec amusement que les salariés ne comprennent pas pourquoi sa femme ne vient jamais aux repas de fêtes.

Enfin, l'intrication entre sphère privée et professionnelle agit sur la perception qu'ont les professionnels de leur travail. A l'instar de leurs aînés, qui, bien que vieillissant dans des conditions objectivement plus rudes, considèrent leur vieillissement plus favorablement⁵⁸⁶, les salariés avec lesquels nous nous sommes entretenue appréhendent leur travail généralement de manière positive⁵⁸⁷ et semblent être moins touchés par la dépréciation de leur métier au regard des activités qu'il induit. En effet, ce secteur ne jouit pas d'une très bonne image. Les élèves sortant des différentes écoles de soins n'acceptent bien souvent les postes en EHPAD que par défaut, ceux-ci étant fréquemment considérés comme faisant partie des activités les moins prestigieuses. Loin des technologies de pointe des services hospitaliers, lieux où l'on soigne, où l'on guérit, il s'agit en maison de retraite de s'occuper de personnes « incurables » qu'il faut accompagner vers leur fin de vie.

Aussi les tâches de *nursing* ou, pour reprendre les termes de Hughes, de *dirty work*⁵⁸⁸ sont généralement reléguées à celles (parfois ceux) en bas de la hiérarchie. Ce constat, valable pour l'ensemble des professions, est flagrant dans les EHPAD : plus le travail est salissant ou en contact avec les saletés, plus il est déprécié et donc attribué aux subalternes. Selon Anne-Marie

⁵⁸⁶ Voir *supra* les comparaisons entre les cohortes AMI et 3Cités.

⁵⁸⁷ Voir l'enquête réalisée par Madeleine Estryn-Behar : *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Les presses de l'EHESP, Rennes, 2008.

⁵⁸⁸ Hughes E-C., *Le regard sociologique*, Editions de l'EHESS, Paris, 1996.

Arborio, les aides-soignantes et les agents de service hospitalier assument le sale boulot par excellence puisqu'ils sont notamment en contact avec les déchets corporels au quotidien⁵⁸⁹.

Cette division du travail basée sur des classements sexuels et socio-professionnels est également valable pour les efforts physiques (entretien des locaux, manutention de personnes parfois peu coopérantes ...) et la charge émotionnelle (prise en charge de la douleur, de la fin de vie ...).

Les salariés en EHPAD seraient ainsi victimes d'une double stigmatisation liée d'une part, aux tâches effectuées et d'autre part, au public accueilli.

5.3.3 Sale boulot ?

Lors de nos entretiens avec les personnels, lorsque que nous avons abordé cette question, la plupart ont semblé surpris, voire ennuyés, que leur métier puisse souffrir d'une dépréciation professionnelle et sociale. Certes leur travail est difficile, parfois très dur, tant physiquement que psychologiquement, mais la majorité affiche une réelle fierté quant à leur activité. Nous avons longtemps pensé qu'ils pouvaient chercher à minimiser afin de ne pas donner à voir une image négative de leur établissement (cf. supra). Mais la longue durée d'immersion dans leur monde professionnel a fini par nous convaincre de l'inverse et qu'ils paraissaient moins endurer ce mal dont les ouvrages de sociologie et de psychologie ont largement traité.

D'un point de vue général, des éléments d'explication peuvent venir des recherches faites par Anne-Marie Arborio et qui participent à la compréhension des processus et stratégies mis en place par les aides-soignantes et les ASH, en particulier, pour se dégager de cette notion de « sale boulot », notamment, en tirant partie des tâches les moins valorisées.

Le premier, qu'elle nomme « *retournement du stigmat* », consiste dans le fait d'assumer les tâches déléguées par l'infirmière : « *Non parce que ces tâches déléguées viendraient s'ajouter au sommet d'un ensemble hiérarchisé de tâches, même peu prestigieuses, qui se trouverait mécaniquement rehaussé (celui-ci reste en fait faible dans l'organisation du soin) mais parce qu'assurer ces tâches déléguées revient à prendre en charge un peu du rôle de l'infirmière : s'occuper des malades, les laver ou les changer, tâches autrefois associées à l'activité de l'infirmière, confère à celles qui réalisent ces tâches aujourd'hui un peu du prestige de celles qui les réalisaient hier ; elles assurent aux aides-soignantes la possibilité de mettre en avant leurs relations affectives privilégiées avec le malade, liées à leur proximité avec ceux-ci au*

⁵⁸⁹ Arborio A-M., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica, coll. « sociologiques », 2^{ème} édition, Paris, 2012 [2001].

cours de l'assistance qu'elles leur procurent dans des gestes quotidiens, et des conversations nombreuses, permises par une présence à leurs côtés plus continue que celle des autres intervenants. Sans avoir de gestes techniques à maîtriser, sans prendre les risques conséquents en termes de responsabilité, l'aide-soignante est assurée de partager un peu du rôle de l'infirmière compte tenu du processus de division du travail dont la définition de son activité est issue. »⁵⁹⁰ En effectuant une partie des tâches des infirmières, même les plus ingrates, les aides-soignantes font partie de l'équipe de soins ce qui leur procure un prestige professionnel et social plus important.

Le deuxième, la « *valorisation de l'expérience* », est lié au fait que certains des professionnels ont d'abord occupé les fonctions d'agent de service. Leur changement de corps de métier est donc bien une promotion professionnelle. « *Le « sale boulot » réalisé sous le titre d'aides-soignantes est donc la contrepartie de l'accès à un emploi valorisé pour sa stabilité, d'autant plus qu'il est souvent acquis après une succession d'accidents biographiques*⁵⁹¹ ». C'est le cas pour certains des salariés de Montiers et de Noireux qui travaillaient, auparavant, dans l'industrie, notamment dans le secteur textile, d'autres dans le secteur de l'aide à domicile, dont les conditions et les cadences de travail sont extrêmement difficiles. Leur entrée en EHPAD est alors vécue comme une promotion⁵⁹² et le gage d'une meilleure qualité d'exercice professionnel.

Un troisième moyen consiste à effectuer des actes qui relèvent normalement de la compétence des infirmières. Cela est rendu possible quand l'aide-soignante travaille dans le même service ou établissement depuis longtemps, qu'elle a su s'intéresser à d'autres aspects de la prise en charge des patients, se rendre indispensable pour les réaliser en s'assurant la confiance de ses supérieurs. Pour Anne-Marie Arborio, ce glissement des tâches n'est possible que dans certaines conditions qui dépendent de la nature du service (par exemple les urgences) et/ou de son mode d'organisation (par exemple la pénurie de personnel, le travail de nuit ou le week-end). Il doit également respecter un bon équilibre « *il faut [...] que l'infirmière accorde quelque valeur à ces gestes et qu'en retour, ils valorisent l'aide-soignante en soulignant sa compétence ; s'ils excèdent cette compétence, ils ont un effet inverse*⁵⁹³ ». Notons ici que ces pratiques de « quasi-infirmières » sont bien souvent malheureusement indispensables au bon

⁵⁹⁰ Arborio A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n°3, 1995. p. 111.

⁵⁹¹ *Ibid.*, p. 113.

⁵⁹² On notera que le titre d'aide-soignant permet d'accéder au concours d'infirmier sans avoir le baccalauréat.

⁵⁹³ Arborio A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier..., *op. cit.*, p. 118.

fonctionnement de l'établissement, elles permettent notamment de gérer les aléas de la vie d'un service ou d'une structure. Nous avons surtout observé cette situation à l'EHPAD de Moutier⁵⁹⁴. Cette situation est cependant réversible, ce qui donne une « *souplesse supplémentaire à la gestion du personnel*⁵⁹⁵ ». A Montiers, après le départ en retraite de l'aide-soignante « supérieure », ses prérogatives ont été redistribuées à deux autres personnes. A l'arrivée de l'infirmière référente, ces tâches leur ont été retirées, sans qu'elles puissent s'y opposer étant donné que ces missions ne relèvent pas officiellement de leur compétence.

D'un point de vue spécifique lié au milieu rural, les recherches de Magalie Bonnet permettent également de faciliter la compréhension des modalités d'exercice de leur activité professionnelle.

Celle-ci distingue trois⁵⁹⁶ principaux types de relation entre les personnels gérontologiques et les personnes âgées à domicile⁵⁹⁷, dont l'un nous semble tout à fait transposable et adapté quant au secteur qui nous intéresse. Ce dernier, que l'auteur nomme « *de service relationnel* » s'apparente aux modes de relations que la majorité des professionnels, avec lesquels nous nous sommes entretenue, instaure : « *La relation de service relationnel porte les caractéristiques d'une relation de nature familiale [...]. L'aide s'inspire du modèle caritatif et s'inscrit dans une socialité primaire basée sur l'échange par le don. [...] L'engagement personnel dans la relation est total, rendant les limites entre travail et hors travail très floues, voire inexistantes. Alors que les interventions chez des sujets âgés aux exigences techniques affirmées sont problématiques, conflictuelles, voire évitées, tout ce qui relève au contraire du don de soi, voire du sacrifice, est au contraire valorisé. Les difficultés à gérer l'investissement personnel en début de carrière ne sont pas évoquées. L'appartenance institutionnelle et le lieu d'intervention semblent jouer un rôle important ici puisque les salariées intervenant en milieu rural adoptent largement cette attitude dans leur pratique.*⁵⁹⁸ ». Ici, cette dimension, souvent invisible, de leur travail participe à la construction de leurs compétences professionnelles que d'aucuns pourraient considérer comme profanes, alors qu'elles paraissent tout à fait adaptées aux attentes des résidents et à leurs normes et valeurs de référence.

⁵⁹⁴ Cf. supra.

⁵⁹⁵ *Ibid.*, p. 119.

⁵⁹⁶ La relation de service, la relation de service social et la relation de service relationnel, présentée ci-dessus.

⁵⁹⁷ Bonnet M., « Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation », in Clot Y., *Perspectives en clinique du travail*, ERES, Paris, 2015, p. 95-113.

⁵⁹⁸ *Ibid.*, p. 100.

Si, pour les salariés en milieu rural, cette posture est d'autant plus aisée, c'est que, pour la plupart, elle est considérée comme allant de soi, comme étant naturelle car inscrite, pour partie, dans des savoir-faire et des savoir-être acquis dans leur expérience privée⁵⁹⁹ (où travail domestique et productif ne sont pas séparés). Ce lien avec l'espace privé est également maintenu dans le cadre des interactions dans et en dehors de l'établissement : Madame Discours, aide-soignante de nuit, et Monsieur Vounet auront des discussions régulières au sujet de la mère de ce dernier car tous deux sont élus au Conseil municipal, d'autres se tiendront au courant en se croisant à la superette, etc. Si ces pratiques peuvent être considérées comme inadaptées, notamment au regard de la discrétion professionnelle, elles sont, dans l'environnement social et culturel que nous avons longuement décrit, congruentes pour les résidents et leur famille et participent à la valorisation du travail que les salariés réalisent auprès d'eux.

D'autre part, si les salariés ont une vision valorisée de leur activité, c'est que l'EHPAD constitue, notamment pour les femmes, une chance inestimable de trouver un emploi pérenne près de chez elles et permettant de conjuguer vie familiale et professionnelle⁶⁰⁰. Dans les petites communes rurales ces établissements sont fréquemment les premiers employeurs et leur présence permet, pour partie, de maintenir d'autres activités et services connexes :

« [Comment définissez-vous la place de l'EHPAD dans votre commune ?°

Elle est déterminante. En termes d'emplois, déjà ; d'emplois féminins, ce n'est pas neutre, c'est même très important. Des emplois de proximité, de services. C'est le plus grand employeur de la commune. On est dans un bourg centre de 860 habitants et pourtant, on a deux médecins et demi, une pharmacie et pas mal de professions paramédicales. Tout ça est conforté par l'établissement »

(Claude Rémi, maire de Noireux)

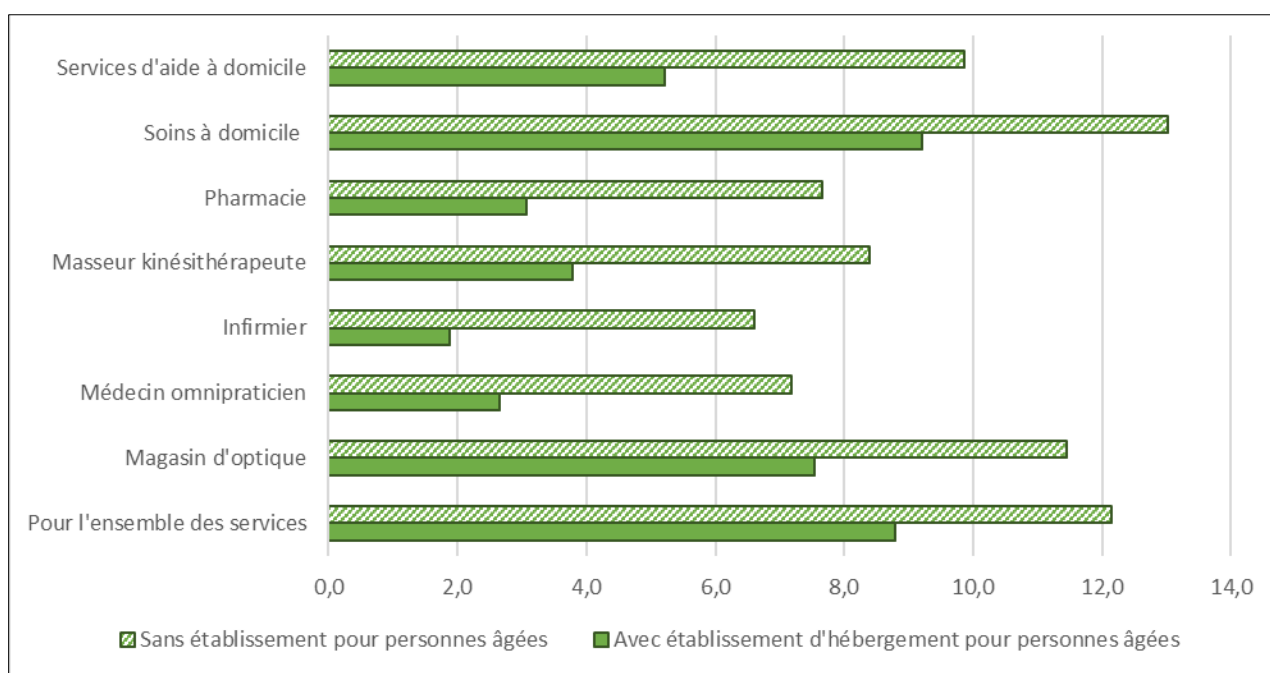
Nous avons, à ce sujet, comparé le temps d'accès de certains services et équipements dans les communes rurales, selon la présence ou l'absence d'un établissement d'hébergement pour

⁵⁹⁹ Au sujet de l'interprétation du travail attendu en fonction des savoir-faire et savoir-être acquis dans le cadre privé, voir l'article de Christelle Avril : « Les compétences féminines des aides à domicile, in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La Découverte, Paris, 2003.

⁶⁰⁰ Par exemple, bon nombre de salariés travaillant de nuit, nous ont expliqué avoir fait ce choix pour cette raison.

personnes âgées. Si nous nous gardons bien d'en tirer des conclusions de type cause à effet⁶⁰¹, on note cependant des différences significatives :

Graphique 12 : temps d'accès (min) aux équipements et services dans les communes rurales (Saône-et-Loire)



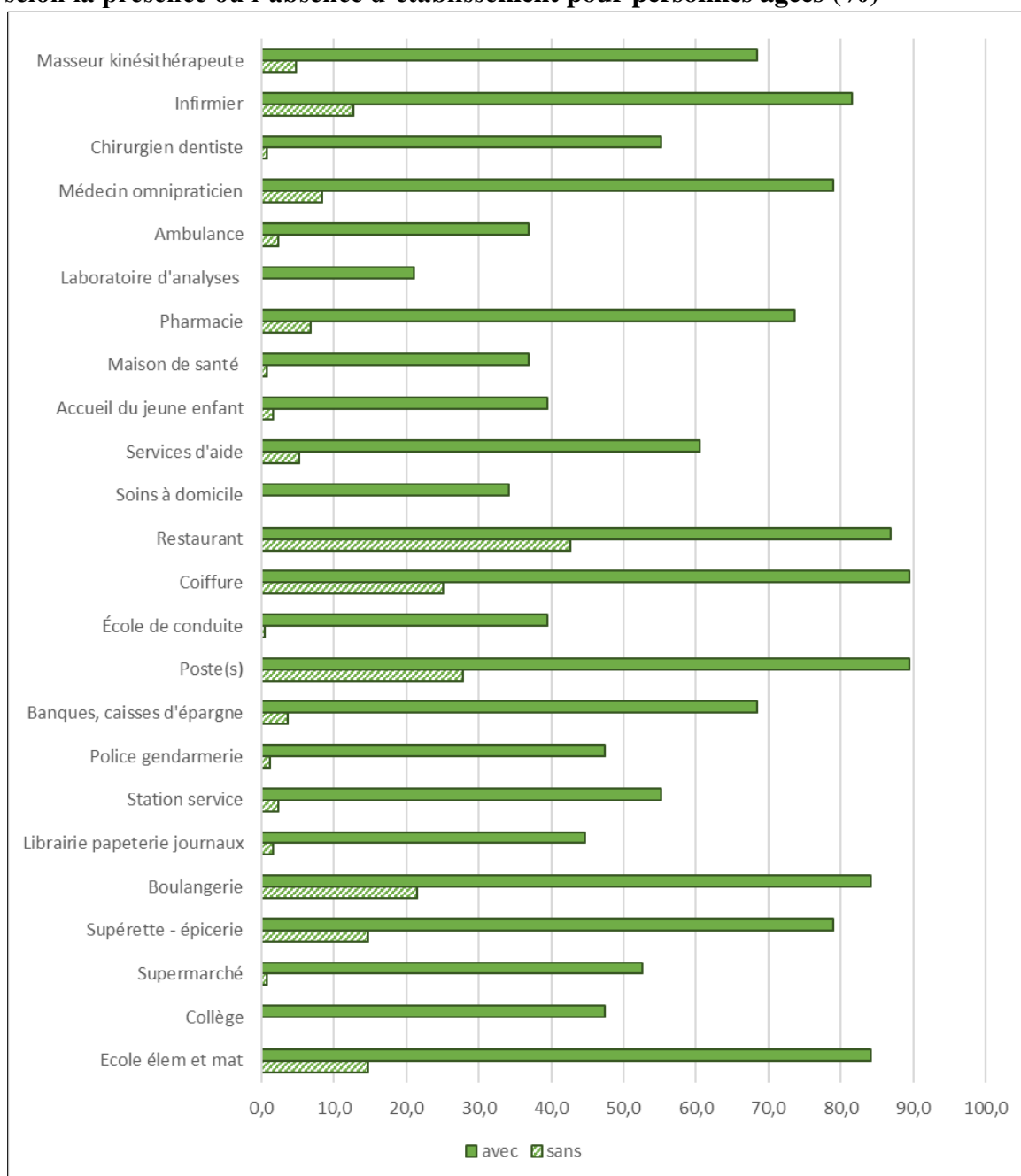
Source : *Finess ; Panier des services et équipements seniors*⁶⁰² (INSEE), communes de Saône-et-Loire (2016).

⁶⁰¹ Nos compétences en économétrie ne se pas suffisantes et prétendre à des conclusions nécessiterait en soi, un travail spécifique.

⁶⁰² Pour rappel, ce panier comporte dix-sept services et équipements. Pour une meilleure lisibilité, nous avons effectué une sélection, principalement en ôtant ceux dédiés aux loisirs (type boulodrome).

Or, si ces services et équipements ont été catégorisés par l'INSEE, dans un panier dit pour seniors, leur présence profite également au reste de la population communale. Cette tendance semble également être confirmée par une comparaison des autres services et équipements :

Graphique 13 : part de la présence des services et équipement dans les communes rurales selon la présence ou l'absence d'établissement pour personnes âgées (%)



Source : Finess 2016 ; Panier services et équipements de la vie courante (INSEE) 2016, Communes de Saône-et-Loire 2016. Les services et équipements ont été sélectionnés sur la base du panier d'équipement de vie courante⁶⁰³ de l'INSEE. Certains ont été regroupés pour une meilleure lecture. Toujours dans cette optique, les données ont été converties en pourcentage, malgré des effectifs de communes relativement faibles. Les données en nombre sont présentées dans l'annexe 16 : « Services et équipements en communes rurales selon la présence ou l'absence d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées ».

⁶⁰³ Panier d'équipement de vie courante INSEE : banque caisse d'épargne, écoles de conduite, coiffure, restaurant, police, gendarmerie, poste (bureau, relais, agence), supermarché, boulangerie, librairie, papeterie journaux, station-service, épicerie, supérette, collège, école maternelle, école élémentaire, médecin omnipraticien, chirurgien-dentiste, infirmier, pharmacie, laboratoire d'analyses médicales, service d'aide aux personnes âgées, garde d'enfants d'âge préscolaire, maison de santé, ambulance.

Aussi, travailler dans ce type d'EHPAD, peut constituer une forme de satisfaction, voire de fierté, également parce que ceci participe au maintien de certaines activités et par extension des habitants. En effet, les populations qui s'installent aujourd'hui à la campagne pour ses aménités, ne souhaitent pas renoncer pour autant à tous les services. La présence de ceux que nous avons repérés dans les communes disposant d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées peut donc constituer un atout.

Une activité professionnelle très difficile rendue plus soutenable dans le cas d'une organisation en maisonnée

Travailler en EHPAD n'est pas une activité comme les autres. Elle induit une charge physique et mentale très rude, parfois à la limite du supportable. Les professionnels doivent quotidiennement soigner, accompagner, soutenir des personnes très fragiles et les plaintes, les cris, la souffrance sont leur lot quotidien. Surtout, ils sont tenus d'affronter, très fréquemment, le décès des résidents, avec lesquels ils ont instauré une relation. Si, par exemple, aucun enseignant ne pourrait imaginer démarrer une rentrée scolaire tout en sachant qu'un quart, voire un tiers des étudiants décèderaient avant à la fin de l'année, les salariés d'EHPAD travaillent, chaque jour, dans ce contexte⁶⁰⁴.

Dans les établissements que nous avons étudiés, les professionnels développent différentes stratégies afin de rendre leur travail plus soutenable, certaines plus spécifiques au monde rural. L'intrication entre les sphères d'affiliation, la proximité avec l'expérience privée, leur permettent, pour partie, de juguler les difficultés :

« On essaye de s'arranger entre nous. Quand c'est trop difficile pour l'une, on voit ensemble qui peut prendre le relais. Surtout quand c'est des proches. Parce que c'est quand même la maman d'untelle. [...] J'ai vu une collègue pleurer parce que sa mère était vraiment mal et là, c'est difficile parce qu'il faut gérer et la maman et la fille et repartir dans les autres chambres et afficher le sourire alors que dix minutes avant vous étiez en train de pleurer parce qu'il y a le trop plein mais que vous ne pouvez pas vous mettre en arrêt de travail pour ça. Et que vous êtes justement l'amie et la confidente de votre collègue et voilà et puis que ça marche tout comme ça. Mais bon quand c'est

⁶⁰⁴ Voir partie 3 « Les hébergements pour personnes âgées » - 3.3.1 « Les établissements pour personnes âgées en 2015 », graphiques « taux de renouvellement » et « sorties », p. 106.

comme ça et que c'est possible on dit "allez, pleure un bon coup un quart d'heure on va s'occuper des autres ou de la maman" et puis voilà. »

(Karine Discours, aide-soignante)

Ces types d'ajustement permettent, notamment aux salariés de préserver leur sentiment d'utilité pour les résidents, leur entourage, voire la commune. Quand la réputation de l'établissement est suffisamment bonne, elle est bénéfique non seulement aux professionnels, mais également au village :

« L'établissement, c'est un noyau dur, un point fort de la commune. Ca montre qu'en milieu rural c'est aussi possible de bien faire. D'une part, on est en proximité vis-à-vis du service proposé aux populations [...] et, en même temps, on crée de l'emploi, donc c'est idéal. ».

(Claude Rémi, maire de Noireux)

Toutefois, nous avons pu constater des limites, principalement, quand ces modalités d'organisation entre les salariés entrent en contradiction avec les prescrits de l'institution, tel que nous l'avons vu à Montiers :

« En fait, ils ont voulu casser le côté trop familial. C'est vrai que les résidents, au bout de quelques temps, ils s'adaptaient et puis, voilà, ils faisaient partie de la grande famille. Mais ça, c'était mail vu. Il fallait que chacun soit cloisonné. »

(Janine Doras, aide-soignante)

Lorsque le résident fait partie de sa véritable famille, alors, ces limites se transforment en difficulté accrue :

« Oui, j'ai terminé de travailler en février et ma mère est décédée en juillet. Mais c'était à ne plus avoir envie d'aller dans l'établissement. Ca nous a peut-être un peu gâché notre fin, à nous aussi. Ma sœur était déjà en retraite, mais j'appréhendais tellement d'aller voir ma mère. On garde des souvenirs terribles quoi. Alors que si je ne l'avais pas connue dans le cadre de mon travail, peut-être que j'aurais fini dans de meilleures conditions.

[J'imagine que c'est rude, de voir dépérir son parent au quotidien, comme ça. Vous avez d'autres collègues dans la même situation ?]

Oui, Christine, sa mère est décédée d'un cancer, c'était horrible, horrible. Un cancer de l'utérus. C'est pareil, on ne voulait plus qu'elle s'en occupe, c'était trop dur pour elle. Et puis justement avec sa maman, c'était le contraire, elle appréciait que ce soit moi.

Dès que je me penchais (parce qu'elle m'avait connue, j'avais quinze ans) et bien chaque fois qu'elle pouvait, elle me prenait la main. Pfut, ah, c'est dur quand on connaît les gens. Il y a eu plusieurs dans ma carrière.

[Pour vous, globalement, pour les enfants c'est quand même plus difficile ?]

Oui, assurément. »

(Janine Doras, aide-soignante)

CONCLUSION GENERALE

L'hébergement collectif des personnes âgées a considérablement évolué depuis une vingtaine d'années, pourtant ces structures pâtiennent toujours d'une mauvaise image et demeurent un pis-aller, la dernière des solutions quand toutes les autres ont été épuisées ou ont échoué.

Cette dépréciation est multifactorielle. D'une part, ces établissements portent le poids d'une histoire, où pendant très longtemps l'hébergement des personnes âgées était réservé aux plus pauvres, aux indigents, avec tous ceux que la société n'avait pu ou voulu inclure⁶⁰⁵ (impuissants, mendiants, déments, etc.). D'autre part, des politiques publiques destinées à ce type de population comportent plusieurs limites.

Premièrement, ces politiques restent très marquées par les différentes époques et les représentations associées aux personnes âgées dans lesquelles elles sont élaborées : durant les années 1970, alors que les retraités découvrent l'accès au temps libre, aux loisirs et que le rapport Laroque prône une place pleine et entière aux plus âgés dans la société, l'Etat engage un vaste programme de construction de foyers-logements.

Dans les années 1990, l'orientation change et se concentre uniquement vers la médicalisation des établissements. Cette tendance, renforce et entérine le clivage entre personnes âgées autonomes et dépendantes et induit que toutes celles amenées à vivre en établissement font, *de facto*, partie de la deuxième catégorie. En priorisant les dimensions médicales, les politiques publiques ont, dans le même temps, abandonné ce qui faisait la base des foyers-logements (maintien d'une vie sociale dans et en dehors de la structure, mise à disposition de services à la carte en fonction des besoins de la personne, espace privé permettant le maintien d'une vie familiale et intime, etc.) et laissé le parc locatif de ce type de structure dans un état très précaire. Fin des années 2000, avec la mise en lumière et la médiatisation de certaines pathologies, les efforts se concentrent sur la création de structures ou service spécifiques. Ce dernier mouvement achève une forme de segmentation des personnes selon des caractéristiques principalement médicales : unité de vie protégée (UVP), unité d'hébergement renforcé (UHR), etc. Si, nous ne remettons pas en cause la nécessité de prise en charge spécialisée en fonction des pathologies, cette sectorisation spatiale et physique rend la vie des personnes parfois très difficile et la tâche des professionnels complexe. En effet, de nombreux soignants nous ont exprimé les difficultés

⁶⁰⁵ Voir partie « 3.1 L'évolution de l'hébergement et de la prise en charge des personnes âgées », p. 106.

qu'ils rencontrent lorsqu'ils doivent expliquer aux familles que leur parent venu en EHPAD, puis transféré en unité Alzheimer devait maintenant retourner en lit EHPAD car son état s'était trop dégradé pour participer à la vie de l'unité. En fait, les politiques publiques peinent à se départir de la vision linéaire du vieillissement dont nous avons tenté de démontrer les limites, voire les aberrations, à de nombreuses reprises dans ce travail. Malgré les progrès techniques et scientifiques effectifs réalisés en termes de prise en charge et de soins des personnes âgées, cette conception continue d'être opérante pour beaucoup, et admettre que pour les vieilles personnes « les choses iront de mal en pis » fait toujours partie du sens commun⁶⁰⁶. Elle rend impensable que les personnes âgées puissent tout ou en partie récupérer leur autonomie et qu'après, par exemple, un passage en EHPAD elles puissent intégrer ou réintégrer une résidence autonomie⁶⁰⁷ ou rentrer à leur domicile⁶⁰⁸.

Deuxièmement, cette conception affine est renforcée par les logiques gestionnaires et comptables qui sont devenues omniprésentes, voire omnipotentes, et font planer dans tous les établissements une conception chimérique de la normalisation et de la rentabilité. Empruntées au secteur privé à but lucratif et notamment celui de l'industrie, elles doivent être traduites par des professionnels mal formés, mal préparés et parfois en opposition à ces logiques⁶⁰⁹ et que nous avons nommées plus haut « aforisation »⁶¹⁰ des services aux personnes. Selon Gilles Herreros et Bruno Milly, « *la mise en normes et en écritures des pratiques s'est imposée comme une règle incontournable. La fiabilité des produits tout comme celle des entreprises, la professionnalité des salariés et la satisfaction des clients ont progressivement été associées à l'idée d'une codification toujours plus précise du travail de chacun. Le souci de faire*

⁶⁰⁶ Cette conception peut être également opérante pour les juges et médecins qui sont amenés à se prononcer dans le cadre de demande de protection juridique. A ce sujet, voir notamment l'article de Françoise Le Borgne-Uguen : « Les protections juridiques pour des personnes du grand âge : réduire l'incertitude dans des contextes de vulnérabilité », *Retraite et Société*, n° 68, p. 43-61.

⁶⁰⁷ Nouvel intitulé des logements-foyers.

⁶⁰⁸ Nous rappelons ici que la quasi-totalité des « sorties » en EHPAD sont dues au décès de la personne. Si les sorties pour un autre motif sont en augmentation, ce fait est loin d'être un point positif car elles concernent principalement les personnes qui rentrent à leur domicile ou celui de leur enfant par manque de moyens financiers. Ces « retours » sont souvent catastrophiques tant pour la personne que pour son entourage.

⁶⁰⁹ Il ne s'agit pas ici de porter un jugement de valeur quant aux aptitudes des professionnels, mais de signifier le décalage entre profession projetée et réalisée : la majorité des personnels sont formés dans les filières de soin et médicales et les dimensions gestionnaires et financières n'ont pas fait partie de leurs aspirations initiales ni de leur cursus d'enseignement.

⁶¹⁰ Voir partie « 4.3 Prise de risque, quels choix ? », p. 219.

disparaître l'incertitude à propos de la valeur des produits existants sur le marché, tout comme l'intention de standardiser et de rationaliser les processus de fabrication conduisirent à l'idée de standardisation des productions. Les procédures et les modes opératoires toujours plus précis, la mécanisation toujours plus poussée, ont contribué à façonner les organisations, leurs productions et les conditions de celle-ci. [...] Là où les régulations étaient pensées et pratiquées sur les modes de l'informel et de l'oralité, l'ajustement entre professionnels s'opérant dans des face-à-face continuels, la normalisation et la scripturalité se sont peu à peu imposées. [...] Règles, protocoles, modes opératoires, procédures en tout genre sont devenus les éléments de stabilité de l'organisation et avec elle, de la relation clients/fournisseurs et, plus globalement encore, du marché lui-même. ⁶¹¹»

Ce nouveau mode d'organisation peine à s'implanter dans les secteurs sanitaire et médico-social pour de nombreuses raisons. Les salariés sont stressés de devoir « remplir » l'établissement, de ne pas laisser de lit vide et peuvent placer les personnes âgées et leur famille dans l'urgence d'accepter du jour au lendemain une place qui vient de se libérer⁶¹². Ce type de gestion rend impossible d'envisager des allers et retours entre domicile et établissement (par exemple pour les vieux ruraux qui pourraient être hébergés durant l'hiver puis regagner leur maison aux beaux jours) puisque que le taux de remplissage proche du maximum est considéré comme un indicateur de performance. Il dénature également les principes de l'hébergement temporaire : normalement prévu pour permettre un répit aux familles ou aux personnes âgées de venir se rétablir en structure pendant quelques temps, ces places sont très souvent dévoyées de leur fonction. Dans ce système, où l'offre est nettement inférieure à la demande, les personnes âgées et, plus souvent, leur entourage se trouvent dans une quête anxieuse et effrénée pour trouver une place, quitte à ce qu'elle soit temporaire ou qu'elle ne corresponde pas du tout aux souhaits et aspirations du résident. Lorsqu'ils en « décrochent » enfin une, pas question de la laisser et

⁶¹¹ Herreros G., Milly B., « Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération », rapport de recherche, 2006, p. 30-31.

⁶¹² Nous avons été, ainsi, témoin d'une situation relative à une personne arrivée vingt ans plus tôt en logement-foyer. La décision avait été prise de la transférer en EHPAD (pour des motifs assez flous). Lorsqu'une place s'est libérée à proximité, la cadre de santé insistait pour que le déménagement s'opère dans les deux jours, sans quoi, elle l'attribuerait à une autre personne. L'équipe du logement-foyer s'est opposée à cette injonction afin de permettre à la personne de trier ses affaires et d'organiser avec les autres résidents un repas de départ. Le seul compromis trouvé fût que la tutrice accepte de payer les quinze premiers jours de ladite place (vide) en EHPAD afin que celle-ci soit réservée.

de nombreux enfants « utilisent » la stratégie de l'hébergement temporaire dans l'attente d'une place permanente.

De notre point de vue, cette situation ne risque guère de changer car toutes les orientations et les lois actuelles continuent de privilégier leurs efforts en direction du « maintien » à domicile⁶¹³. Les logiques comptables sont ici aussi à l'œuvre : si la sphère politique ne porte que peu d'intérêt au phénomène de vieillissement en France, ni aux conséquences à très court terme, il semblerait qu'elle ait bien noté que ce processus aura une conclusion, en termes d'intensité, à la fin de la génération Babyboom. Prioriser le maintien à domicile, c'est aussi prioriser le soutien familial et minorer l'engagement de la collectivité.

Troisièmement, les politiques publiques et leurs mises en œuvre ne distinguent toujours pas clairement les personnes âgées des autres populations dites vulnérables. Bien qu'elles aient été séparées physiquement depuis le début des années 1960⁶¹⁴ et que les termes employés aient évolués, le traitement, notamment administratif, reste relativement proche. Or, il s'agit d'individus qui, pour la plupart, ont toujours été intégrés à la société à laquelle ils se sentent appartenir⁶¹⁵ : ils ont travaillé, élevé leurs enfants, cotisés pour ouvrir des droits à la protection sociale et ne comprennent absolument pas pourquoi on les place du côté des exclus (raison très probable pour laquelle nous ne les avons jamais entendu utiliser le terme de dépendant ou de vulnérable pour se définir). Devoir justifier ses capacités ou incapacités à travers des grilles d'évaluation dispensées par des professionnels des services sociaux, médicaux et juridique reste une épreuve⁶¹⁶. Ce processus de classification pour faire valoir des droits ébranle fortement les références identitaires construites durant de longues années et la manière dont les personnes âgées conçoivent et apprécient leur place dans la société.

⁶¹³ Nous considérons le terme de maintien pour le moins ambivalent : lorsque l'on étudie ses trente-six synonymes du site du CNTRL, ceux-ci oscillent entre préservation et contention, entre conservation et perpétuité. Si, effectivement, la quasi-totalité des personnes souhaitent rester à leur domicile, les conditions de ce maintien sont souvent précaires et éprouvantes pour eux et leur entourage.

⁶¹⁴ Circulaire du 2 février 1960, relative à la préparation du troisième plan d'équipement sanitaire. Section : « Doctrine de l'hébergement des vieillards : de réunir les ménages et de séparer les vieillards, les infirmes et les incurables ».

⁶¹⁵ A ce sujet, cf. Le Borgne-Uguen Françoise Le Borgne-Uguen : « Les protections juridiques pour des personnes du grand âge : réduire l'incertitude dans des contextes de vulnérabilité », *op. cit.*

⁶¹⁶ La littérature scientifique montre que ce sont souvent les personnes ayant vécu dans une grande précarité qui sont les plus satisfaites de leur vie en EHPAD car l'établissement leur confère un confort et une sécurité.

Enfin, un dernier élément, pour lequel aucune politique publique ne peut réellement grand chose, est que l'entrée en EHPAD sanctionne le passage dans la dernière étape de la vie, le lieu où les résidents savent qu'ils vont mourir.

Comment, dans ce contexte, penser que les résidents puissent investir ce nouvel endroit, leur nouveau « lieu de vie » ? Comment demander au personnel de leur fournir les conditions nécessaires à cette réadaptation, à construire avec les résidents un « projet de vie » ? Car, toute personne entrant en établissement d'hébergement, y compris de manière temporaire, doit pouvoir bénéficier d'un projet personnalisé (souvent nommé projet de vie). Si il existe bien une obligation réglementaire à produire ce document et visant à fournir des conditions d'hébergement au plus près des aspirations du résident, les professionnels, souvent sous la pression de leur encadrement, peuvent finir par le considérer comme une injonction systématique, une sorte de « totem ⁶¹⁷ », quitte à ce que cette démarche en soit absurde :

« Moi, ma pauvre mère, la seule chose qu'elle avait, par rapport aux gens de son âge, c'est qu'elle aurait pleuré pour avoir une douche. Ca lui faisait tellement de bien. Par contre, pour d'autre, c'était l'horreur. Non, il devrait trop se mettre à la place des résidents. Les derniers mois, ma maman était tellement douloureuse que j'avais demandé que ce soit l'HAD⁶¹⁸ qui viennent faire sa toilette.

C'est pareil pour les changements de position toutes les deux heures (pour les escarres), j'avais demandé d'arrêter. Et moi, on me demandait de bien penser à lui faire son projet de vie. Mais qu'est-ce qu'elle pouvait avoir comme projet de vie ? Elle ne pouvait même pas parler ! »

(Janine Doras, aide-soignante en EHPAD, en retraite depuis trois ans).

Cet extrait est tout à fait représentatif des analyses réalisées par Gilles Herreros et des effets pervers induits par l'instauration des *process* qualité. Ses impératifs engendrent un certain nombre de comportements aberrants et notamment ce que l'auteur nomme la « *logique du comme si* » : les documents sont produits, disponibles en cas d'évaluation ou de contrôle mais sans qu'ils aient le moindre sens et que chacun en mesure bien la vacuité. « *La qualité, au travers des référentiels et autres normes qui sont supposés servir de points de repères, apparaît le plus souvent comme une sorte de conformité à atteindre. Tout sera donc mis en œuvre pour que (lors de la visite des experts notamment) l'apparence de cette conformité puisse être*

⁶¹⁷ Voir : Herreros G., Milly B., « Les voies de la qualité à l'hôpital... », *op. cit.*

⁶¹⁸ Hospitalisation à domicile. Ce type de service peut également intervenir en EHPAD lorsque les soins requièrent une spécificité et/ou une technicité non réalisés par les services dit « de ville ».

affichée. Peu importe l'artificialité de la situation ; les visiteurs trouveront ce qu'ils étaient venus chercher ! Lorsqu'ils seront partis « la vie reprendra son cours ». Ce faire « comme si », que l'on rencontre de haut en bas de la pyramide hiérarchique, des équipes de direction aux brancardiers et personnels de nettoyage en passant par les médecins, les soignants, a pour conséquence un second effet pervers : la démobilisation. Les personnels constatant qu'une appréciation positive peut avoir été portée sur une situation largement perfectible à leurs propres yeux, sont conduits à décrédibiliser non seulement le processus d'évaluation mais aussi l'entité évaluée (ici la qualité).⁶¹⁹»

Toutefois, et malgré toutes ces injonctions perçues comme contradictoires, entre personnalisation et normalisation, entre autonomie et sécurisation, chacun tente de s'organiser, de se réorganiser quotidiennement et nous avons été frappée, à maintes reprises, par l'énergie et l'implication réelle que chacune des parties prenantes engage à cet effet.

D'abord, ces vieilles personnes venues en établissement pour la dernière partie de leur vie. Appréhender leur évolution dans ce nouvel environnement nécessite du temps car dans ce type de structure le temps s'étire, les paroles et les gestes se raréfient et la plupart se referment sur leur sphère intime. Beaucoup passent de longs moments à se remémorer les moments et les personnes qui ont fait sens dans leur vie. D'autres ont pu maintenir quelques activités signifiantes : broderie, lecture, prière, etc. Surtout, elles tentent de se centrer, autant que possible, sur les interactions, plus ou moins fréquentes et intenses, avec leurs proches. Leur entourage permet de créer les conditions d'un premier niveau de perméabilité : ils sont le principal vecteur de la circulation physique et verbale entre dedans et dehors, et participent au maintien de liens avec le monde extérieur. Ces liens sont essentiels aux personnes âgées pour qu'elles puissent continuer de se projeter dans un futur, même à court terme (prochaine visite programmée, sortie au restaurant...) pour elles-mêmes, mais surtout pour leur famille. En effet, beaucoup considèrent avoir « fait leur temps » et si elles persistent à vouloir continuer de vivre, c'est, la plupart du temps, pour et grâce à leur entourage. Ainsi que nous l'avons présenté largement, l'entrée en établissement bouleverse, voire balaie, la majorité de leurs repères et leurs habitudes et les oblige à concéder à de nombreuses déprises. Nous avons également vu que les autres résidents ne sont guère « utiles » en termes de réadaptation et de préservation de leurs références identitaires et ce malgré qu'elles aient pu se connaître avant : leur nouveau statut de personnes âgées dépendantes ne leur permet plus de se reconnaître. Aussi, elles n'ont, bien souvent, pas d'autre choix que de se polariser sur l'appui conféré par la stabilité des

⁶¹⁹ Herreros G., « Les effets pervers d'une politique d'évaluation », *Rhizome*, 2009, p.5.

relations qu'elles ont construites avec leur famille, même si celles-ci sont modifiées, dans de nombreuses dimensions, du fait de leur nouveau statut de résident.

Lorsque ce soutien ne peut être maintenu, ce sont alors les professionnels qui compensent, adaptent, dépassent le cadre prescrit de leur activité et créent les conditions d'une deuxième zone de perméabilité. Si nous avons formulé, plus haut, plusieurs critiques quant aux orientations des politiques publiques, celles-ci ne doivent pas masquer que la majorité des professionnels exerçant en EHPAD tentent de fournir des conditions acceptables et soutenables dans la dernière partie de l'existence de ces vieilles personnes. Dans le contexte spécifique de notre terrain d'étude, les modalités de sociabilités et de solidarités sont renforcées par les réseaux d'interconnaissance qui s'entrecroisent entre les salariés, les résidents et leur entourage, leur permettant de naviguer entre leurs différentes sphères d'affiliation. Les attaches établies préalablement rendent les rôles de chacun moins figés et leur interprétation plus souple. Si d'aucuns entretiennent, ont entretenu, des relations familiales, amicales ou de voisinage, certaines de leurs modalités sont transposées aux autres résidents. Les bases culturelles et sociales partagées facilitent la compréhension mutuelle. La connaissance de l'histoire (même parcellaire) des modes de vie anciens permet aux professionnels de ne pas enfermer les personnes âgées dans un strict et unique statut de résident. Cette porosité s'exprime dans les interactions que les agents entretiennent avec les résidents, même lorsqu'ils ne font pas partie de leur réseau d'interconnaissance, notamment à travers les différents services rendus que nous avons décrits, mais également par le vocabulaire mobilisé qui tend à se confondre avec celui usuellement mobilisé dans le cadre domestique.

Toutefois, dans ce type de relations quasi familiales, chacun semble bien en mesurer les limites. Si la comparaison avec le registre intime est présente, elle ne produit pas d'amalgame et rarement de concurrence. Elle permet simplement de nommer cette proximité affective, de caractériser des relations issues du partage de la vie quotidienne, pour partie intime, et l'usage du « comme » en marque dûment la différence et le maintien du cadre professionnel.

Ces modalités spécifiques s'expriment également entre collègues et créent une troisième zone de perméabilité où les professionnels agencent leur activité selon un cadre proche de celui de la maisonnée, décrite initialement par l'anthropologie de la parenté. Différents processus les y conduisent, issues de certaines permanences de la culture paysanne et ce, même s'ils ne sont pas tous originaires « du coin » : proximité entre tâches domestiques et activité professionnelle, proximité entre lieu de vie et lieu de travail, intrication entre relations personnelles et professionnelles. Si notre propos ne vise pas à présenter les salariés comme des parangons de vertu, ce contexte les incite d'une part, à préserver la réputation de « leur maison » car celle-ci

se répercute individuellement. Il permet d'autre part, aux professionnels d'appréhender et d'inscrire leur activité dans plus grande normalité quand celle-ci n'a, régulièrement, plus grand-chose de normal, tant la charge physique et morale est lourde, parfois à la limite de l'acceptable⁶²⁰. Il leur donne aussi la possibilité, les ressources individuelles et collectives pour déjouer, partiellement, les effets pervers liées à la standardisation induite par les politiques publiques et, qui dans le même temps, les enjoignent à la personnalisation. Finalement, ces stratégies d'acteurs permettent de juguler une partie de la violence induite par ce type d'organisation, dès lors que les responsables font preuve de compréhension et n'interfèrent pas de manière trop brutale⁶²¹.

A l'heure actuelle, la tendance est au regroupement des postes de directeur(trice) et d'encadrement pour plusieurs établissements. Or, selon les observations que nous avons pu réaliser, il apparaît que la place de la direction reste essentielle, dans le sens où elle imprime des orientations et une lecture du prescrit qui rendent plus ou moins possible la compréhension et l'adaptation aux différentes tensions qui traversent les EHPAD. Ces établissements doivent en conjuguer de nombreuses : personnalisation/normalisation ; autonomie/sécurisation ; procédure/coopération ; intérêt collectif/individuel ; impératifs professionnels/familiaux ; savoirs d'usage/expertise ; culture locale/hospitalière... Aussi, la bonne ou juste manière de réaliser le travail y est plurielle, parfois opposée, selon les points de vue des protagonistes : résidents, familles, salariés (qui eux-mêmes peuvent être divisés en fonction de leur profession), élus de la commune... De notre point de vue, la direction joue un rôle pivot dans le rapport dialectique nécessaire à instruire entre toutes ces logiques : « *une centration excessive et quasi-exclusive sur les procédures, peut conduire [...] à une formalisation normalisante des pratiques, une sorte d'imposition de ce qui est « juste » (la force – juridique, hiérarchique, technique... – de la norme fait le juste) et risquer de provoquer des raidissements ou oppositions farouches à ce qui pourrait être vécu comme une mise en ordre autoritaire des pratiques de travail. De l'autre côté et symétriquement, si une dynamique de coopérations n'est appuyée que sur le seul souci de faire groupe, de faire corps, c'est à un repli de type communautaire (professionnel, territorial, catégoriel...) [...], sans que celui-ci ne corresponde pour autant à*

⁶²⁰ Il suffit, pour mesurer cette charge, de passer un matin en EHPAD au moment des toilettes ou lors des épisodes de grippe en hiver.

⁶²¹ A ce sujet, ce référer aux travaux de Gilles Herreros, notamment son ouvrage : *Violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*, Erès, Toulouse, 2012.

des changements effectifs des pratiques et des représentations de travail, à l'émergence « d'un commun », « d'une juste et commune qualification ⁶²²».

L'établissement dans lequel nous avons principalement conduit nos investigations, semble avoir trouvé une sorte d'équilibre, certes précaire, pouvant basculer si un des éléments est modifié et notamment un changement de cap important de la part de la direction. Si cette monographie ne peut à elle seule en déterminer les strictes conditions, car celles-ci relèvent « *d'une alchimie qui ne se laisse pas mettre en formule ⁶²³*», nous espérons toutefois en avoir brossé les configurations mises en œuvre et qui s'appuient essentiellement sur la connaissance et la reconnaissance de l'autre.

Nous terminons cette thèse dans une ambivalence de sentiment : celui d'être arrivée au terme de l'exercice et celui de n'avoir pas pu ou su présenter toute la richesse de ce qui nous a été donné à voir et à entendre. En nous orientant du côté du point de vue des résidents, de leur parole et leurs perceptions, il nous a fallu passer plus rapidement sur celles de leur entourage et des professionnels. Si nous avons brossé rapidement les ressorts spécifiques de leur activité, un travail, à part entière, serait probablement à engager.

Celui-ci pourrait, par ailleurs, s'inscrire dans une perspective plus large de la place de ces structures, notamment dans les communes rurales, en tant qu'élément pivot d'un d'écosystème social, économique et politique. Car, si plusieurs analyses ont été conduites quant à la fonction des personnes âgées en tant que ressources pour le maintien, voire l'essor, du travail à domicile, notamment dans le cadre de l'économie présentielle⁶²⁴, il nous semble que les établissements d'hébergement pourraient, au même titre, offrir un axe intéressant de recherche.

⁶²² Herreros G., Milly B., « Les voies de la qualité à l'hôpital..., *op. cit.*, p. 6-7.

⁶²³ *Ibid.*, p. 29.

⁶²⁴ « *La partition de l'économie en deux sphères, présentielle et productive, permet de mieux comprendre les logiques de spatialisation des activités et de mettre en évidence le degré d'ouverture des systèmes productifs locaux. Elle permet aussi de fournir une grille d'analyse des processus d'externalisation et autres mutations économiques à l'œuvre dans les territoires. Les activités présentielles sont les activités mises en œuvre localement pour la production de biens et de services visant la satisfaction des besoins de personnes présentes dans la zone, qu'elles soient résidentes ou touristes. Les activités productives sont déterminées par différence. Il s'agit des activités qui produisent des biens majoritairement consommés hors de la zone et des activités de services tournées principalement vers les entreprises de cette sphère.* »

Source : INSEE, définitions. www.insee.fr

BIBLIOGRAPHIE

Alphandéry P. et Billaud J-P., « Retour sur la sociologie rurale » Introduction, *Etudes rurales*, 2009/1 n° 183, p. 9-22.

Alphandéry P. et Sencébé Y., « L'émergence de la sociologie rurale en France (1945-1967) », *Etudes rurales*, 2009/1 n° 183, p. 23-40.

Alphandery P., Sencébé Y et Pinton F., Ce que co-habiter veut dire. Fragmentation et recomposition dans les communes rurales (Puisaye-Forterre), *Ethnologie française*, 2016, n° 161, p. 141-152.

ANESM, « Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, ANESM, Saint-Denis, 2009.

ANESM, « Qualité de vie en EHPAD (volet 2). Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles*, ANESM, Saint-Denis, juin 2011.

Arborio A-M., « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n°3, 1995. p. 111.

Arborio A-M., *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Editions Économica, coll. « sociologiques », 2^{ème} édition, Paris, 2012 [2001].

Avril C., « Les compétences féminines des aides à domicile, in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La Découverte, Paris, 2003.

Bachelard G., *La poétique de l'espace*, Paris, PUF, (4^{ème} édition), 1989 [1957].

Baclet A., « Les revenus et le patrimoine des ménages », *INSEE référence*, 2006.

Baechler J., *Les Suicides*, Paris, Calmann-Lévy, 1975, 2^{ème} édition 1981 (tr. angl. 1979, all. 1981) ; nouvelle édition, Paris, Hermann, 2009.

Banos V., Candau J., « Les agriculteurs, des voisins reconnus par les nouveaux résidents », *Informations sociales*, n° 164, 2011/2, p. 24-31.

Barthe J-F., Clément S., Druhle M., « Vieillesse ou vieillissement ? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées », *Les Cahiers de la Recherche sur le Travail Social*, n° 15, 1990, p. 11-31.

Barthez A., « Devenir agricultrice : à la frontière de la vie domestique et de la profession », *Économie rurale*, n°289-290, 2005, p. 30-43.

Barthez A., « GAEC en rupture : l'intersection du groupe domestique et du groupe professionnel. », in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La Découverte, Paris, 2003.

Battagliola F., « A propos des biographies : regards croisés sur questionnaires et entretiens », *Population*, 1993, vol. 48, n° 2, p. 325 à 346.

Bazin M., Muller M. « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les EHPAD », *Etudes et Résultats*, DREES, n° 1067, juin 2018.

Beaud S. et Weber F., *Guide de l'enquête de terrain*, La Découverte, 4^{ème} édition, Paris, 2010 [1997].

Bensandon A-C., *Isolement et vie relationnelle*, Enquête du CREDOC, septembre 2006.

Bérardier M., « Aide sociale à l'hébergement et allocation d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement », *Etudes et résultats*, DREES, n° 909, mars 2015.

Bernard C., *L'œuvre de Claude Bernard*, JB. Baillière, Paris, 1881.

Bernardo L., « La place des sentiments dans l'aide professionnelle de gré à gré », in Weber F., Gojard S., Gramain A., *Charges de famille, dépendance et parenté dans la France contemporaine*, ed. La Découverte, Paris, 2003.

Bertaux D., *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*, 3^{ème} édition, A Colin, Paris, 2010 [1997].

Betchel J., « Campagnes, ruralités : définitions et mutations », Territoires ruraux et pauvreté en Basse-Normandie, INSEE, juillet 2010.

Bigot R., Croutte P., Müller J., « Evolutions des conditions de vie et des aspirations des seniors en France depuis trente ans », *Cahier de recherche*, CREDOC, décembre 2013.

Bigot R., Hatchel G., Ortalda L., « On pense différemment à Paris, dans les zones urbaines et dans le rural », *Consommation et modes de vie*, CREDOC, n° 147, 30 janvier 2001.

Blancard S., Detang-Dessendre C., Renahy N. (coord.), *Campagnes contemporaines, Enjeux économiques et sociaux des espaces ruraux français*, Quae éditions, Paris, 2016.

Blanchet M., « Le vieillissement des campagnes : éléments d'introduction démographiques et géographiques », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 21-38.

Blanpain N., « L'espérance de vie par catégorie sociale – méthode et principaux résultats », *Documents de travail*, n° F1602, Insee, 2016.

Blanpain N., « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers », *Insee Première*, n° 1584, février 2016.

Blum A., *Opérations chez les vieillards*, Archives générales médicales, Paris, 1892.

Bolotte M., *Les hôpitaux et l'assistance dans la province de Bourgogne au siècle dernier de l'Ancien Régime*, Association bourguignonne des Sociétés savantes, Dijon, 1968, p. 37.

Bonnet M. « Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation », in Clot Y., *Perspectives en clinique du travail*, ERES, Paris, 2015, p. 95-113.

Bonvallet C., 2003, « La famille-entourage locale », *Population*, 2003/1, vol. 58, p. 9-43.

Bouisson J., « Vieillesse, vulnérabilité perçue et routinisation », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 107-128.

Bourdelaïs P., *L'âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement de la population*, Odile Jacob, Paris, 1997.

Bourdieu P., « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 62-63, 1986, p. 69-72.

Bourdieu P., Passeron J.-C., et Chamboredon J.-C., *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton/Bordas, 1968.

Bouvier G., Lincot L., Rebiscoul C., « Vivre à domicile ou en institution : effets d'âge, de santé, mais aussi d'entourage familial », *France- portrait social*, INSEE référence, 2011, p. 125-134.

Brunel C., Levy D., « Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 », *Insee première*, octobre 2011, n° 1374.

Brunel C., Levy D., « Le nouveau zonage en bassin de vie », *Insee Première*, décembre 2012, n° 1425, p. 4.

Calvet C., « Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile », *Etudes et résultats*, DREES, n° 0988, décembre 2016.

Calvez M., *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2004.

Caradec V., « Vieillir au grand âge », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/3, n°94, p. 28-41.

Caradec V., « L'épreuve du grand âge », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 11-37.

Caradec V., « L'expérience sociale du vieillissement », *Idées économiques et sociales*, 20093, n° 157, p. 38-45.

Caradec V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, 2^{ème} édition, Armand Colin, Paris, 2010 [2008].

Caradec V., Vannienwenhove T., « L'expérience corporelle du vieillissement », *Gérontologie et société*, 2015/1, vol. 37, n° 148, p. 83-94.

Casman M-T., Lenoir V., Bawin-Legros B., *Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?*, Université de Liège, Ministère de l'emploi du travail et de la politique d'égalité des chances, 1998.

Céfaï D., *L'enquête de terrain*, Paris, La Découverte, p. 523, 2003.

Charcot JM., *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, A. Delahaye, Paris, 1874.

Chazal J. *et al.*, « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Les dossiers de la DREES*, n° 18, 2011.

Chiva I. et Rambaud P., *Les études rurales en France. Tendances et organisation de la recherche*, Mouton, Paris, 1972.

Cremer E., « Etre retraité : quelle identité après le travail ? », *Economie et statistique*, n° 393-394, 2006, p. 879-909.

Cumming E. et Henry W. ; *Growing Old. The Process of Disengagement*, Basic Books, New York, 1961.

D'Autume A., « Logements-foyers : équipements, activités, clientèle au 31 décembre 1985 », *Documents statistiques*, n°55, Service des statistiques, des études et des systèmes d'information, ministère des Affaires sociales et de l'emploi, juin 1988.

DATAR, « La nouvelle typologie des campagnes françaises et des espaces à enjeux spécifiques », Revue en ligne *Territoires en mouvement*, DATAR, n° 7, 2012.

De Fontgalland C., « Pratiques sociales de santé et identité territoriale des personnes âgées dans le Cantal, in *Fronts et frontières des sciences du territoire*, Actes du 2ème colloque international du Collège international des sciences territoriales (CIST), mars 2014, p.141-147.

Debroux J., « Une association pour « organiser » les études rurales, l'Association des Ruralistes Français », *L'Homme et la société*, 2004/4, n° 154, p. 215.

Debroux J., « Migration d'actifs vers l'espace « rural isolé ». Eléments d'analyse sur les liens à l'espace d'arrivée », *Norois*, n° 200, 2006, p. 79-89.

Delbès C., Gaymu J., « Le choc du veuvage : vécus masculin et féminin », *Population*, 2002, p. 879-909.

Demazière D., Dubar C., *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Les presses de l'université de Laval, Laval, 2004.

Desquelles A., Bouard N., « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution », *Population*, vol. 58, n° 2, 2003, p. 201-227.

Dinet-Lecomte M.C., « La place des personnes âgées dans les hôpitaux à la fin du XVII^e siècle », in Marec Y. et Réguer D. (dir.), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, PURH, Rouen, 2013.

Dion M., « L'isolement et la solitude des personnes âgées au prisme du regard démographique », *Gérontologie et société*, 2016, n° 149, p. 55-66.

Dion M., « Le processus de vieillissement d'une population », in Pfitzenmeyer P., Mourey F., Mazen J-N., Ancet P., *Viellir dans la dignité. Un combat pour demain*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p. 311-319.

Dion M., « Le vieillissement en chiffres », in Cohen J., Mourey F., *La rééducation gériatrique*, Lavoisier-Médecine, Paris, 2014, p. 1-18.

Douglas M., *Risk and Blame : essays in cultural theory*, Routledge, New-York, 1994.

Drulhe M., Clément S., Mantovani J., Membrado M., « L'expérience du voisinage : propriétés générales et spécificités au cours de la vieillesse », *Cahiers internationaux de sociologie*, PUF, 2007/2, n° 123, p. 325-339.

Dumont G.F. et alii, *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Ellipse, Paris, 2006.

Dumont G.F., « Histoire d'un meurtre géographique : la France rurale. », *Population & Avenir*, 2012, n° 707.

Dumont G.F., Chalard L., *L'évolution territoriale du vieillissement et de la dépendance en France à l'horizon 2030 : quelles différences selon les départements urbains et ruraux ?*, Rapport de Population et Avenir, n° 1, 2008, p. 1-114.

Durkheim E., *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, « Quadrige », 1987 [1895].

Duthiel N., « Les aides et les aidants des personnes âgées », *Etudes et résultats*, DREES, n° 142, 2001.

Elias N., *Qu'est-ce que la sociologie ?*, La Tour d'Aigues, éd. de l'Aube, 2^{ème} traduction, 1991, [1970].

Estryn-Behar M., *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Les presses de l'EHESP, Rennes, 2008.

Falinower I., « L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 975, septembre 2016.

Fizzala A., « Dépendance, qui paye quoi ? », *Les dossiers de la DREES*, mars 2016, n°1.

Fizzala A., « Les durées de séjour en EHPAD », *Les dossiers de la DREES*, mai 2017, n° 15.

Fosseyeux M., « Les premiers budgets municipaux d'assistance. La taxe des pauvres au XVI^e siècle », *Revue d'histoire de l'Église de France*, tome 20, n°88, 1934.

François-Poncet J. et Belot C., *Nouvel espace rural français*, Rapport d'information au Sénat, Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, 15 juillet 2008.

Gestin B., Molina V., « Un temps d'accès aux équipements et services plus court pour les communes bretonnes les plus denses », *Insee Analyses Bretagne*, 2016, n° 31.

Goffman E., *La mise en scène de la vie quotidienne*, vol. 1 et 2, Les éditions de Minuit, coll. Le sens commun, 1973.

Goffman E., *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1979.

Goffman E., *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Les éditions de Minuit, Paris, 2010 [1975].

Gotman A., « Géographies familiales, migrations et générations », in Bonvalet C., Gotman A., Grafmeyer Y. (dir.), *La Famille et ses proches. L'aménagement des territoires*, PUF-INED, Paris, 1999, p. 71-84.

Grafmeyer Y., *Habiter Lyon. Quartiers et milieux du centre-ville*, PUL, Lyon, 1991.

Grignon C., Weber F., « Sociologie et ruralisme, ou les séquelles d'une mauvaise rencontre », *Cahiers d'économie et sociologie rurales*, INRA, n° 29, 4^{ème} trimestre 1993.

Gucher C. et al., *Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ?*, Rapport de recherche, INSERM, 2007.

Gucher C., « Le vieillissement des populations et des territoires au prisme d'une ruralité transformée », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 11-20.

Gucher C., « Vieillir en mémoires paysannes : des lieux, des liens, continuité et permanence de sens et d'usages », *Gérontologie et société*, n° 130, 2009, p. 107-125.

Guerin-Pace F. (dir.), Samule O., Ville I., *En quête d'appartenance. L'enquête Histoire de vie sur la construction des identités*, Collection Grandes enquêtes, Les éditions de l'INED, Paris, 2009.

Guerin-Pace F., « Sentiment d'appartenance et territoires identitaires », *L'Espace géographique*, 2006/4 Tome 35, 2006, p. 298-308.

Guerin-Pace F., Guermond Y., « Identité et rapport au territoire », *L'Espace géographique*, Tome 35, 2006, p. 289-290.

Guibault C., Dal L., Poulain M., « Le veuvage et après », *Gérontologie et société*, 2007/2, vol. 30, n° 121, p. 163-178.

Guillemard A.M., « La vieillesse et l'Etat. Chapitre 1. A la découverte d'une politique de la vieillesse », Comité d'histoire de la Sécurité Sociale, *Bulletin de liaison*, n°9, mars 1981.

Guillemard A.M., « Les politiques de la vieillesse », in *Le continent gris. Vieillesse et vieillissement*, Communication, n°37, 1983.

Havighurst R., Albrecht R., *Older people*, Green and Co., New-York, 1953.

Herreros G., *Violence ordinaire dans les organisations. Plaidoyer pour des organisations réflexives*, Erès, Toulouse, 2012.

Herreros G., « Les effets pervers d'une politique d'évaluation », *Rhizome*, 2009, p.4-5.

Herreros G., Milly B., « Les voies de la qualité à l'hôpital : entre procédures et coopération », rapport de recherche, 2006.

Hervieu B., Purseigle F., *Sociologie des mondes agricoles*, Armand Colin, Paris, 2013.

Hervieu B., Viard J., *Au bonheur des campagnes (et des provinces)*, Marseille, L'Aube, 1996.

Hilal M., Barczak A., Tourneux F-P., Schaeffer Y., Houdart M., Cremer-Sculte D., « Typologie des campagnes française et espaces à enjeux spécifiques », *Travaux en ligne*, n° 12, DATAR, Paris, 2012.

Hilal M., Shaeffer Y, Détang-Dessendre C., « Espaces ruraux et ruptures territoriales », *Rapport vers l'égalité des territoires*, Ministère de l'égalité des territoires et du logement, février 2013.

Hughes E-C., *Le regard sociologique*, Editions de l'EHESS, Paris, 1996.

Koebel, M., « Le profil social des maires de France », *Pouvoirs*, vol. 148, n° 1, 2014, p. 123-138.

Laditka J., Laditka S., Probst J., 2009, "Health Care access in Rural Areas: Evidence that Hospitalization for Ambulatory Care-Sensitive Conditions in the US may increase with the Level of Rurality", *Health and Place*, 15, Amsterdam, Elsevier, 2009, p.761-770.

Lafon C., « Vieillir : mieux comprendre pour mieux agir », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/3, n° 94, p. 4-27.

Laganier J.et Vienne D., « Recensement de la population de 2006.La croissance retrouvée des espaces ruraux et des grandes villes », INSEE Première, n° 1218, janvier 2009.

Lamarre C., *L'hôpital de Dijon au XVII^e siècle*, Ed. Dominique Gueniot, Langres, 2005.

Laroque P., *Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille*, L'Harmattan, [1962] 2014.

Le Borgne-Uguen F., « Les protections juridiques pour des personnes du grand âge : réduire l'incertitude dans des contextes de vulnérabilité », *Retraite et Société*, n° 68, p. 43-61.

Léger J.F., « La répartition géographique des retraités : les six France », *Population et Avenir*, n° 716, 2004, p. 4-7.

Lévi-Strauss C. (dir.), *L'identité*, Plon, Paris, 1977.

Lignerès I., *Les valeurs de la culture paysanne dans le monde agricole contemporain : une enquête sociologique en Carcassonnais et en Roussillon*, Thèse de doctorat de sociologie, Université de Perpignan Via Domitia, novembre 2015.

Maget, M., « Remarques sur le village comme cadre de recherches anthropologiques », *Bulletin de psychologie*, n°8, 1955, p. 373-382.

Mallon I., « Le « travail de vieillissement » en maison de retraite », *Retraite et société*, 2007/3, n°52, p. 39-61.

Mallon I., « Le milieu rural isolé isole-t-il les personnes âgées ? », *Espace populations sociétés*, 2010, p. 109-119.

Mallon I., « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, 2007/2, n° 121, p. 251-264.

Mallon I., « S'enraciner ou s'émanciper ? Vieillir au féminin en milieu rural isolé », *Recherches féministes*, vol. 26, n° 2, 2013, p. 127-144.

Mallon I., « Vieillir en milieu rural isolé : une analyse au prisme des sociabilités », *Gérontologie et société*, 2013/3, vol. 36, n° 146, p. 73-88.

Mallon I., *La récréation d'un chez-soi par les personnes âgées en maison de retraite*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris 5, 2001.

Mallon I., *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, Rennes, 2005.

Mantovani J., Rolland C., Andrieu S., « Etude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile », *Etudes et recherches*, DRESS, n° 83, novembre 2008.

Marec Y., « La prise en charge médicale de la vieillesse dans ses rapports avec les transformations sociales depuis la fin du XVIII^e siècle », *Histoire des sciences médicales*, tome XLVII, n° 4, 2013.

Martial F., Naudy-Fesquet I., Roosz P., Tronyo J., « Tableaux de l'économie française 2016 », *Collection Insee Références*, INSEE, 2016.

Martin J.P., « Histoire des structures d'accueil pour personnes âgées en France. 2. Du Moyen Âge au XVI^e siècle », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 184, avril 2012, p. 152.

Martin J.P., « Histoire des structures d'accueil pour personnes âgées en France. 4. Le XIX^e siècle », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 186, juin 2012.

Martin J.P., « Histoire des structures d'accueil pour personnes âgées en France. 1. De la préhistoire au Moyen Age », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, tome XIX, n° 181/182, janvier-février 2012.

Martuccelli D., « Penser l'intermonde, ou comment oublier le problème de l'ordre social », *Revue du MAUSS* 2006/1, n° 27, p. 431-443.

Mathieu N., « L'évolution des rapports villes/campagnes : une mise en perspective historique », contribution à la journée d'étude de l'académie d'agriculture de France : *Villes et campagnes à la croisée de nouveaux chemins : vers un nouveau contrat villes-campagnes*, Toulouse, 23 mai 2012.

Mendras H., « Un schéma d'analyse de la paysannerie française », in M. Jollivet, *Sociétés paysannes ou lutte de classes au village*, ed. Les collectivités rurales françaises, Tome 2, Armand Colin, Paris, 1974, p. 39-58.

Mendras H., *Eléments de sociologie*, Armand Colin, Paris, 1989.

Mendras H., *La fin des paysans, innovations et changements dans l'agriculture française*, SEDEIS, Paris, 1967.

Mendras H., *Sociétés paysannes*, Armand Colin, Paris, 1976.

Merton R. K., *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, Armand Colin, Paris, 1997.

Meslé F., « Allongement de la vie et accroissement du nombre de personnes âgées », *Idées économiques et sociales*, 2009/3, n° 157, p. 6-9.

Morin B., « Qui habite en milieu rural ? », *CNAF Informations sociales*, 2011/2 n°164.

Mourey F., « Le corps en mouvement et les limites de la stimulation », in Pfitzenmeyer P., Mourey F., Mazen J-N., Ancet P., *Vieillir dans la dignité. Un combat pour demain*, Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2009, p. 179-187.

Mourey F., « Prise de risque chez le sujet âgé : évaluation, transgression et ré-habilitation », colloque *Santé et Vulnérabilité*, Dijon, avril 2014.

- Mourey F., Cohen J., *La rééducation gériatrique*, Lavoisier-Médecine, Paris, 2014.
- Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et résultats*, DREES, n° 1015, juillet 2017.
- Muller M., « L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre », *Les dossiers de la DREES*, septembre 2017, n°20.
- OMS, Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, en ligne, 2016. Consulté le 27/10/2016.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206556/1/9789240694842_fre.pdf?ua=1
- Pages A., « Des figures de pauvreté aux formes d'accompagnement du vieillir en milieu agricole et rural », *Gérontologie et société*, n° 146, 2013, p. 57-72.
- Pagès A., *La pauvreté en milieu rural*, Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 2004.
- Paillé P., Mucchielli A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 3ème édition, 2013 [2003].
- Pérès K. *et al.*, « Health and aging in elderly farmers : the AMI cohort », *BMC Public Health*, Biomed Central, 2012.
- Perrier-Cornet P., Bigot R., Hatchuel G., Berard I., *Les Français et l'espace rural*, CREDOC, 2001, p. 20.
- Perrier-Cornet P., Bigot R., Hatchuel G., Berard I., *Les Français et l'espace rural*, CREDOC, 2001.
- Pfitzenmeyer P., *Prendre soin du grand âge. Un défi pour une société plus juste*, l'Harmattan, Paris 2010.
- Pin S., « Les solidarités familiales face au défi du vieillissement », *Les Tribunes de la santé*, 2005/2, n° 7, p. 43-47.
- Pistre P., *Renouveaux des campagnes françaises*, Thèse de doctorat de géographie, Université Paris Diderot, décembre 2012, p.87.

Plan O., Bontron J-C., « Les rapports de sexe dans l'exploitation familiale agricole en France. De l'ombre à la reconnaissance, de l'assujettissement aux droits propres, de ce qu'il reste à faire... », *Pour*, 2014/2, n° 222, p. 87-100.

Pollet G., « La vieillesse dans la littérature, la médecine et le droit au XIX^e siècle : sociogénèse d'un nouvel âge de la vie », *Retraite et société*, 2001/3, n° 34, p. 29-49.

Ramos-Gorand M., « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine », Thèse de doctorat de géographie, Université Paris-Est-Créteil, 2015.

Rapport d'information n° 2647 du 23 juin 2010 de la Commission des Affaires Sociales relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Renahy N., « Classes populaires et capital d'autochtonie. Genèse et usages d'une notion », *Regards Sociologiques*, n°40, 2010, p. 9-26

Renaut S., Rozenkier A., « Les familles à l'épreuve de la dépendance », in Attias-Donfus C. (dir.), *Les solidarités entre générations – Vieillesse, familles, Etat*, Nathan, Paris, 1995, p. 181-208.

Richet P., Dictionnaire de françois, contenant les mots et les choses, plusieurs nouvelles remarques sur la langue françoise, J.-H. Widerhold, Genève, 1680.

Rieutort L., « Du rural aux nouvelles ruralités », *Revue Internationale d'Education de Sèvres*, Centre international d'études pédagogiques (CIEP), 2012, p.43-52.

Robert-Bobée I., Cadot O., « Mortalité aux grands âges : encore des écarts selon le diplôme et la catégorie sociale », *INSEE Première*, n° 122, février 2007, p.1.

Rouiller C., « Le monde rural : quelques données de cadrage », *Informations sociales*, 2011/2, n° 164, p. 6-9.

Roussigneux-Meheust M., « Vieillir entre soi, Expériences, espaces et sociabilités des vieillards à l'hospice parisien des Ménages au XIX^e siècle », in Marec Y. et Réguer D. (dir.), *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, PURH, Rouen, 2013.

Sainte Fare Garnot N., « L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? », *Histoire, économie et société*, Année 1984, Volume 3, Numéro 4.

Schapper D., *Qu'est-ce que l'intégration ?*, coll. Folio actuel, Gallimard, Paris, 2007.

Sencébé Y. et Lepicier D., « Migrations résidentielles de l'urbain vers le rural en France : différenciation sociale des profils et ségrégations spatiale », *Espacetemps.net* (revue en ligne), mai 2010.

Sencébé Y., « Les manifestations contrastées de l'appartenance locale », in Sylvestre J-P. (dir.), *Agriculteurs, ruraux et citadins. Les mutations des campagnes françaises*. Educagri CNDP-CRDP, Dijon, 2002, p. 293-310.

Sencébé Y., « Multi(ples) appartenances en milieu rural », *Informations sociales*, n° 164, 2011, p. 36-42.

Simmel G., « Les pauvres », in *Sociologie et épistémologie*, coll. Quadrige, PUF, 1998 (1907 pour la 1^{ère} ed. en allemand).

Starobinski J., *Histoire de la médecine*, édition Rencontre, Lausanne, 1965.

Structure et vieillissement de la population, en ligne, Eurostat, août 2016. Consulté le 28/10/2016

http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr

Sylvestre J.-P., *Le sens de l'action. Les fondements de la compréhension sociologique*, Lyon, Parangon, 2011.

Thierry X., « Le veuvage », *Gérontologie et société*, n° 95, 2000, p. 27-45.

Thomas H., « Le « métier » de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et processus de désindividualisation dans la grande vieillesse », *Politix*, 2005/4, n° 72.

Vega A., « Un bouillon de culture : contagion et rapports sociaux à l'hôpital », *Ethnologie française*, nouvelle série, t. 29, n° 1, janvier-mars 1999, p. 100-110.

Veyssset B., Dremble J.P., *Dépendance et vieillissement*, L'Harmattan, coll. « Logiques sociales », Paris, 1989.

Weber F., « Pour penser la parenté contemporaine », in Debordeaux D., Strobel P., *Les solidarités familiales en questions. Entraide et transmission*, L.G.D.J, coll. Droit et société, Paris, 2002, p. 73-104.

Weber M., *Economie et société*, trad., Paris, Plon, 1971 [1922].

Weber M., *Essais sur la théorie de la science*, Presses Pocket, Paris, 1992.

Y Gilbert Y., « Migrations urbaines en milieu rural : diversification sociale et recomposition du politique », *Espaces et sociétés*, 2010/3, n° 143, p. 141.

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : France - Evolution de la structure par âge, 1950-2015 (%).....	38
Tableau 2 : Caractéristiques différenciées du vieillissement et de la gérontocroissance	38
Tableau 3 : France, évolution des espérances de vie masculines et féminines à la naissance (e_0) et à 60 ans (e_{60}) (en années) et variations annuelles (en %).....	41
Tableau 4 : France, répartition en pourcentage en 2009 et variation 1999-2009 (entre parenthèse) de la population par tranche d'âges selon les types d'espaces.	43
Tableau 5 : France 2016, taux de pauvreté des 75 ans et plus selon la typologie urbain/rural des régions européennes, pour les vingt départements les plus pauvres.	88
Tableau 6 : comparaison de la dépendance entre <i>AMI</i> et <i>3Cités</i> (régressions logistiques ajustées sur l'âge, le sexe et le niveau d'études)	100
Tableau 7 : Nombre de structures d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places installées, selon la catégorie détaillée d'établissements. Situation aux 31 décembre 2007, 2011 et 2015.....	130
Tableau 8 : Répartition des résidents au 31 décembre 2015 selon leur niveau de dépendance par catégorie d'établissement (%).....	131
Tableau 9 : Taux d'encadrement moyen par catégorie d'établissements. Situation aux 31 décembre 2011 et 2015.....	132
Tableau 10 : Place des établissements d'hébergement pour personnes âgées implantés en communes rurales, décembre 2015 (%)	151
Tableau 11 : Répartition des EHPAD et de leur nombre de places installées selon leur statut et leur commune d'implantation décembre 2015	152
Tableau 12 : répartition des résidents entrés en 2015 en établissement rural selon leur type d'hébergement antérieur (en %).....	157
Tableau 13 : Situation familiale des résidents selon la commune d'implantation en 2015	160
Tableau 14 : Nombre moyen de jours d'hospitalisation par type d'établissement et commune d'implantation	163
Tableau 15 : Nombre et durée de séjours des résidents sortis en 2015, selon la catégorie d'établissement.....	164
Tableau 16 : Taux d'encadrement moyen par catégorie détaillée d'établissements. Situation aux 31 décembre 2011 et 2015	167
Tableau 17 : Taux d'encadrement selon la commune d'implantation et écart (2015)	168
Tableau 18 : Part des EHPAD déclarant des postes non pourvus depuis plus de six mois, selon le type de poste et de commune (%)	171
Tableau 19 : répartition des emplois selon la catégorie d'établissement en 2015 - %	172
Tableau 20 : part des emplois à durée indéterminée selon le type de communes - %.....	173
Tableau 21 : Ancienneté en année du personnel en EHPAD selon le type de poste et de commune	174

TABLE DES CARTES

Carte 1 : typologie du zonage en aire urbaine (ZAU) 2010, France.....	17
Carte 2 : grille communale de densité, 2015, France.....	20
Carte 3 : typologie des campagnes françaises et espaces à enjeux spécifiques, France	23
Carte 4 : bassins de vie hyper-ruraux, France, 2014.....	25
Carte 5 : nombre de personnes âgées de 75 ans et plus par communes en France	44
Carte 6 : part de personnes âgées de 75 ans et plus par communes en France	45
Carte 7 : les six France de la géographie des retraités	47
Carte 8 : accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes libéraux en minutes	89
Carte 9 : accessibilité potentielle localisée (APL) aux infirmiers libéraux en minutes	90
Carte 10 : accessibilité potentielle localisée (APL) aux ophtalmologistes en minutes.....	91
Carte 11 : temps d'accès aux équipements de panier « sénior » par commune (2016) France métropolitaine.....	93
Carte 12 : temps d'accès aux équipements de panier « sénior » par commune (2016) Saône-et-Loire.....	94
Carte 13 : densité de population des communes (2016) en Saône-et-Loire.....	95
Carte 14 : capacité d'accueil par commune des EHPAD pour 100 personnes de plus de 75 ans (1968).....	178
Carte 15 : capacité d'accueil par commune des EHPAD pour 100 personnes de plus de 75 ans (2013).....	179

TABLE DES GRAPHIQUES

Graphique 1 : distribution des veufs et veuves selon leur survie ou leur situation un après le décès du conjoint (%) – Belgique, 2007	69
Graphique 2 : Taux de renouvellement dans l'année en EHPAD (%).....	152
Graphique 3 : tarif hébergement journalier (en euros), en 2015	155
Graphique 4 : âge moyen à l'entrée en établissement en 2015	156
Graphique 5 : Pyramide des âges des résidents selon la commune d'implantation de l'établissement en 2015	159
Graphique 6 : GMP et PMP des EHPAD et USLD selon le type de communes	161
Graphique 7 : GMP des autres établissements selon le type de communes	162
Graphique 8 : motifs agrégés des sorties définitives selon le type de communes en 2015 ..	165
Graphique 9 : répartition des âges des personnels pour cent au total et selon la commune d'implantation de l'établissement	169
Graphique 10 : évolution de la part des 75 ans et plus dans la population communale	180
Graphique 11 : évolution du nombre moyen de places en établissement pour 100 personnes de 75 ans et plus, selon le type de commune (%).....	180
Graphique 12 : temps d'accès aux équipements et services dans les communes rurales (Saône-et-Loire)	330
Graphique 13 : part de la présence des services et équipement dans les communes rurales selon la présence ou l'absence d'établissement pour personnes âgées	332

ANNEXES

Listes des annexes

- 1 Cartes par typologie
- 2 Migrations résidentielles des retraités
- 3 Part et nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en Bourgogne et en Saône-et-Loire
- 4 Quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques de vieillesse en France
- 5 Présentation de l'enquête EHPA de la DREES
- 6 Présentation des différents types d'établissements pour personnes âgées
- 7 Tarification des établissements et aides
- 8 Différences du coût de l'hébergement en EHPA
- 9 Evaluation du GIR et du PATHOS
- 10 Catégories professionnelles détaillées et agrégées dans les établissements pour personnes âgées
- 11 Capacité d'accueil communale des EHPAD pour 100 personnes de 75 ans ou plus (évolution par recensement)
- 12 Données INSEE de la commune d'implantation de l'établissement de référence
- 13 A Guide d'entretien à destination des professionnels
- 13 B Guide d'entretien à destination des élus
- 13 C Guides d'entretiens à destination des familles
- 13 D Guide d'entretien à destination des résidents
- 14 Questionnaires à destination des professionnels
- 15 Présentation synthétique du personnel et des résidents de l'établissement
- 16 Services et équipements en communes rurales selon la présence ou l'absence d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées

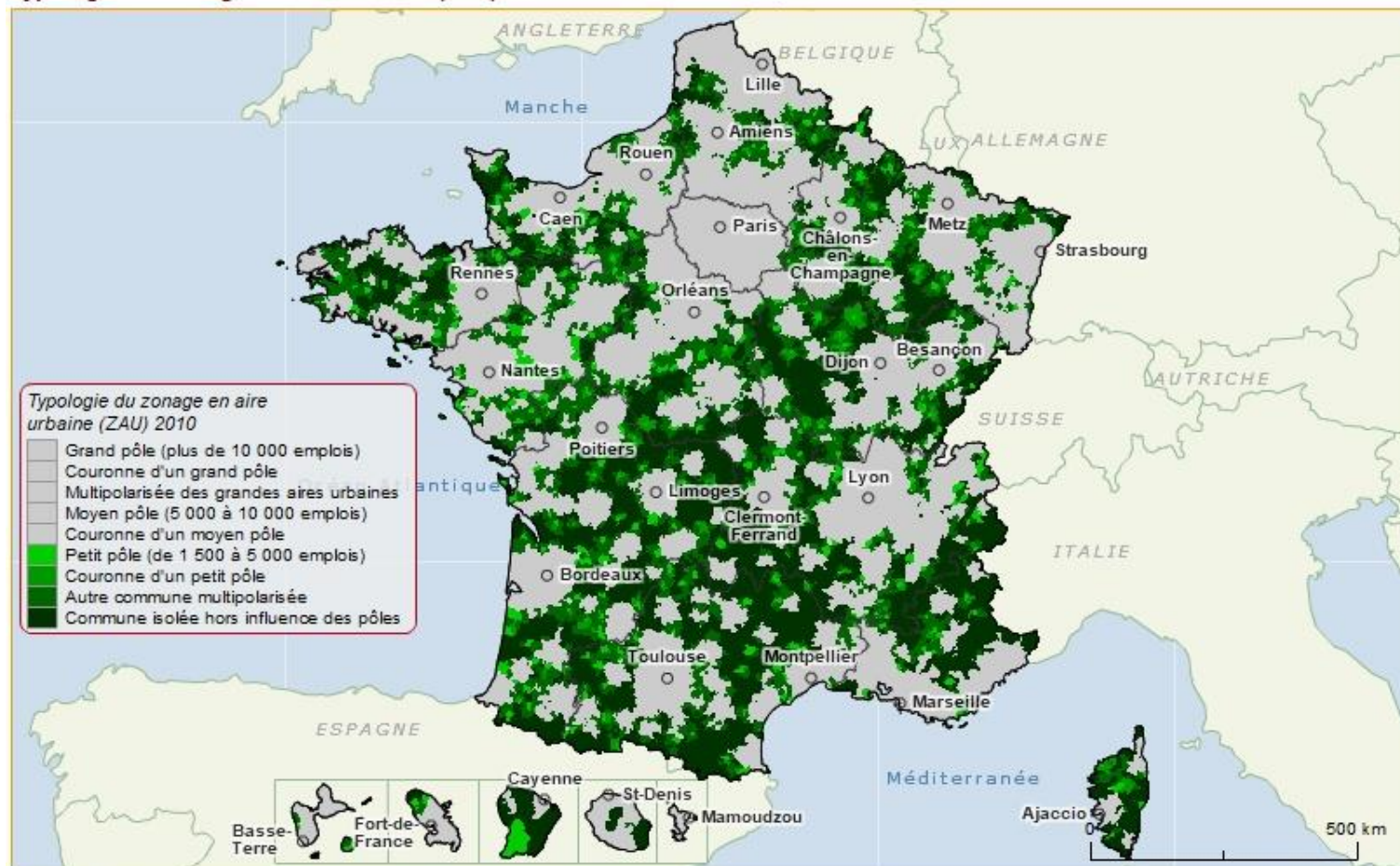
Annexe 1 : cartes par typologie



cget

L'Observatoire
des Territoires

Typologie du zonage en aire urbaine (ZAU) 2010 - source : CGET-Inse, 2010



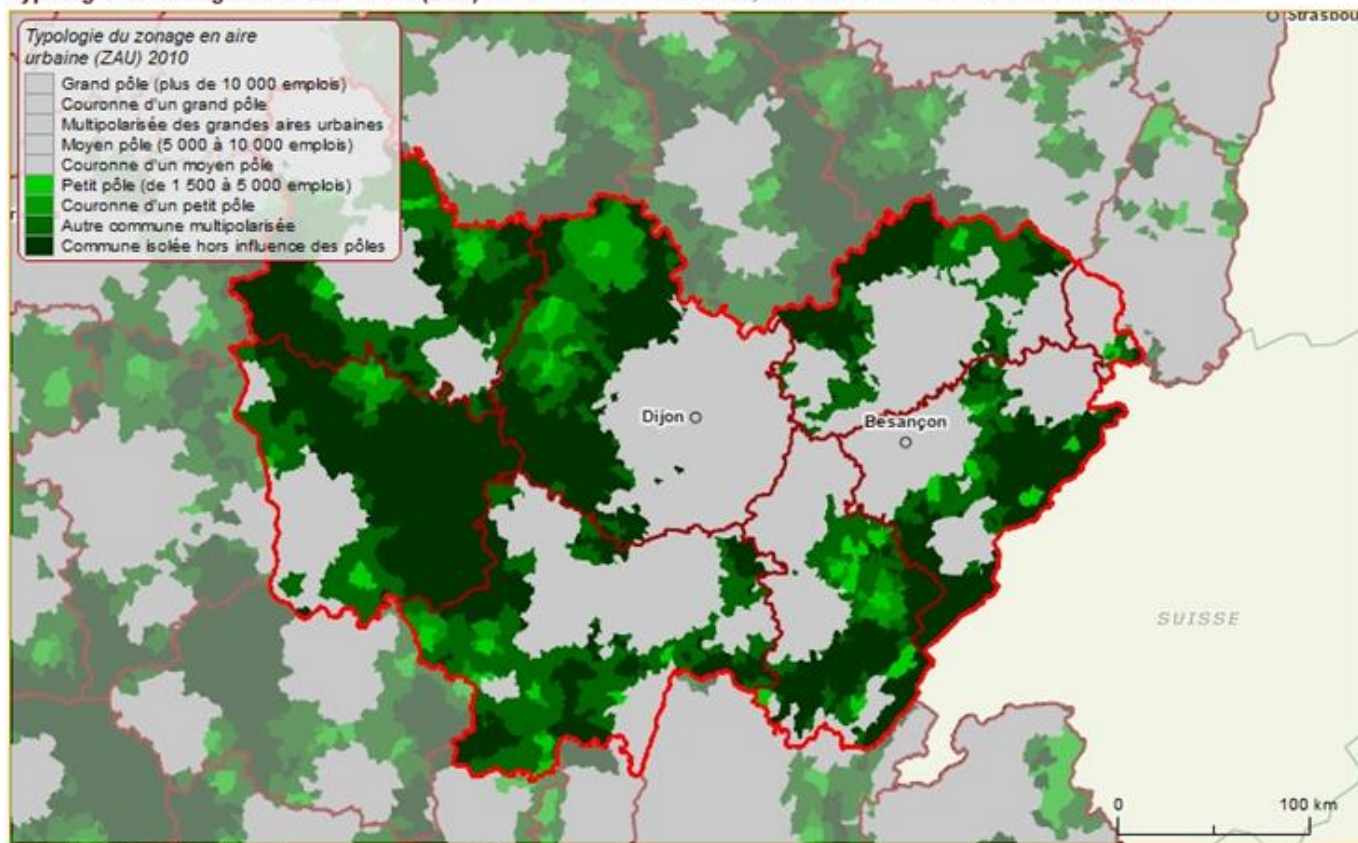
© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017



cget

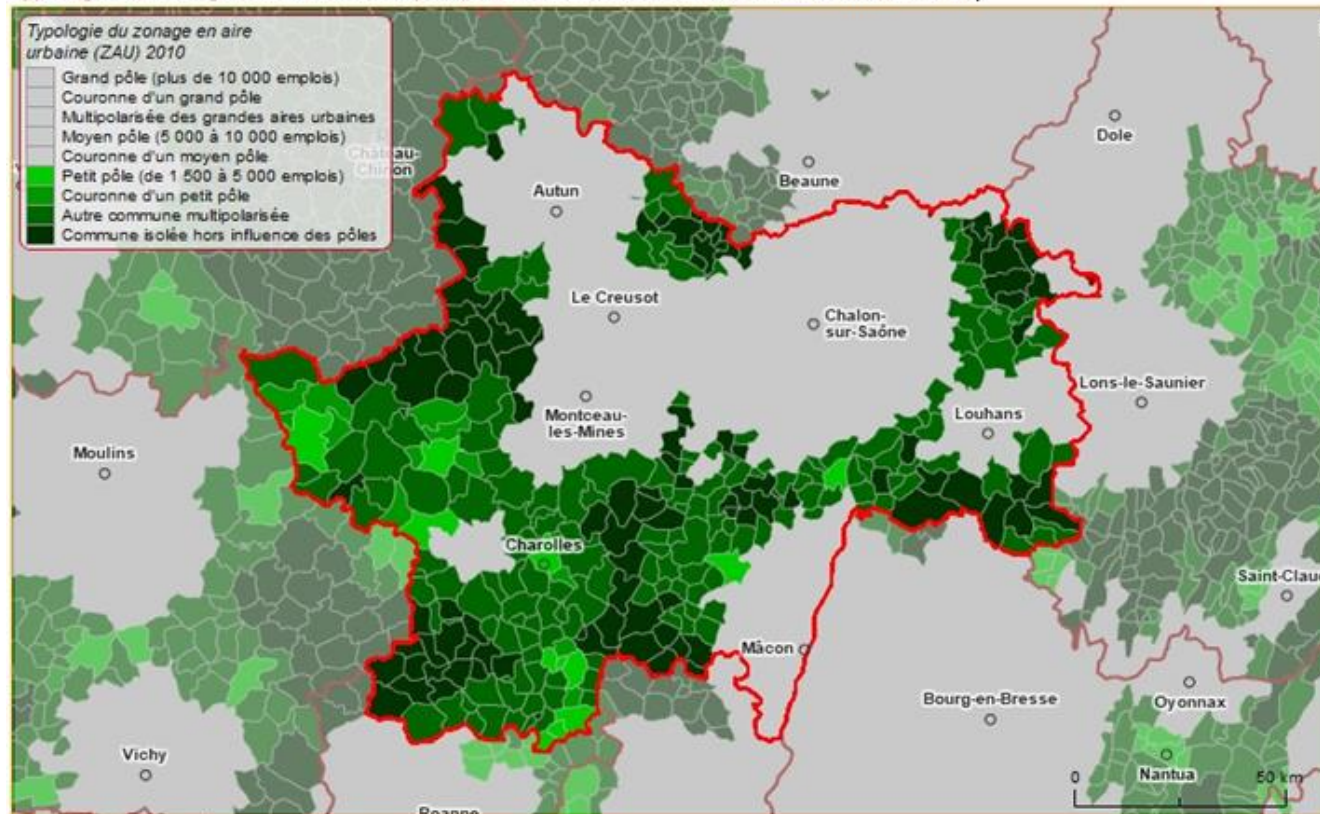
L'Observatoire
des Territoires

Typologie du zonage en aire urbaine (ZAU) 2010 - source : CGET-Inse, 2010 (Région Bourgogne-Franche-Comté)



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Typologie du zonage en aire urbaine (ZAU) 2010 - source : CGET-Inse, 2010 Saône-et-Loire)



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Densité de population des communes France (typologie européenne élargie)

Grille communale de densité - source : INSEE, 2015



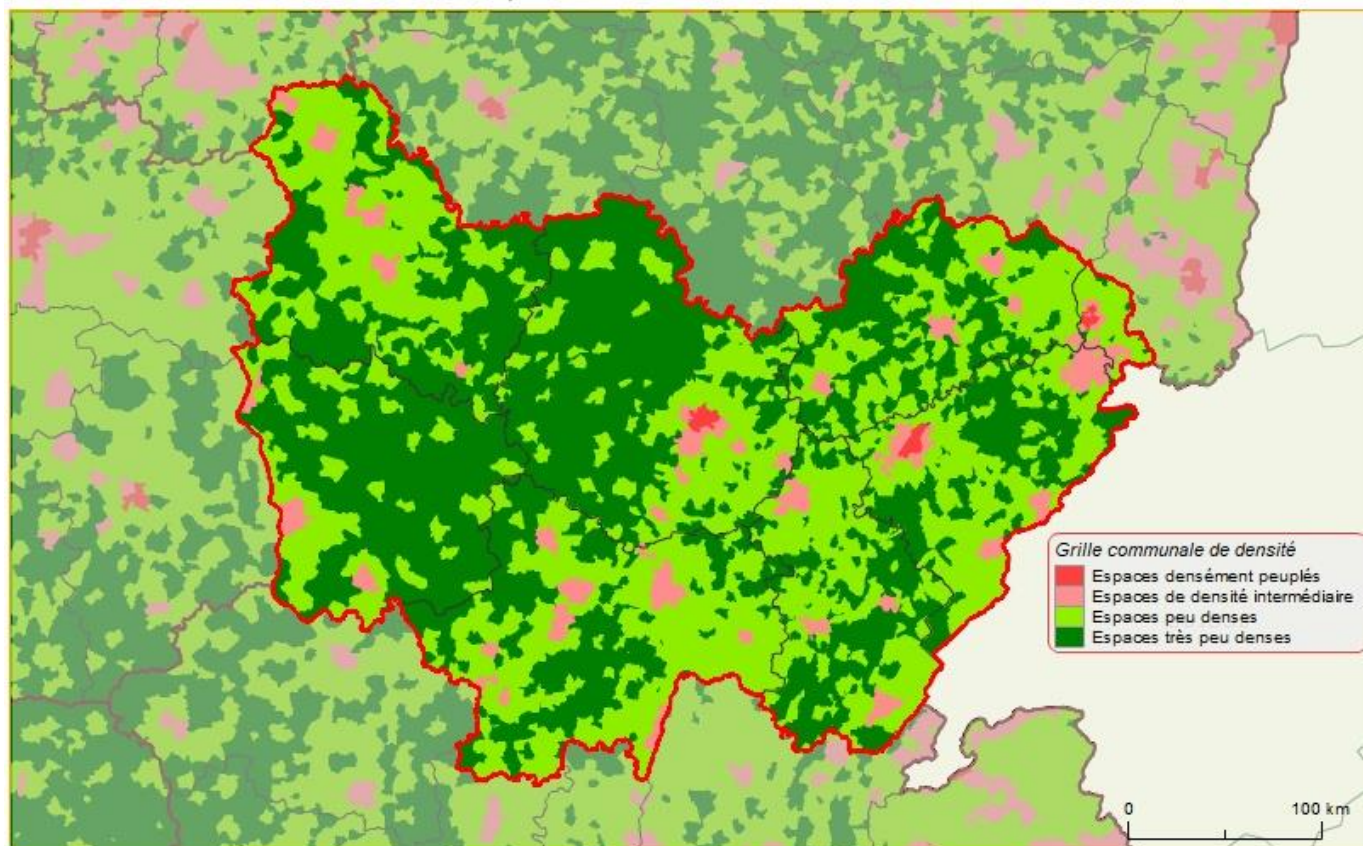
Densité de population des communes, région Bourgogne-Franche-Comté (typologie européenne élargie)



cget

L'Observatoire
des Territoires

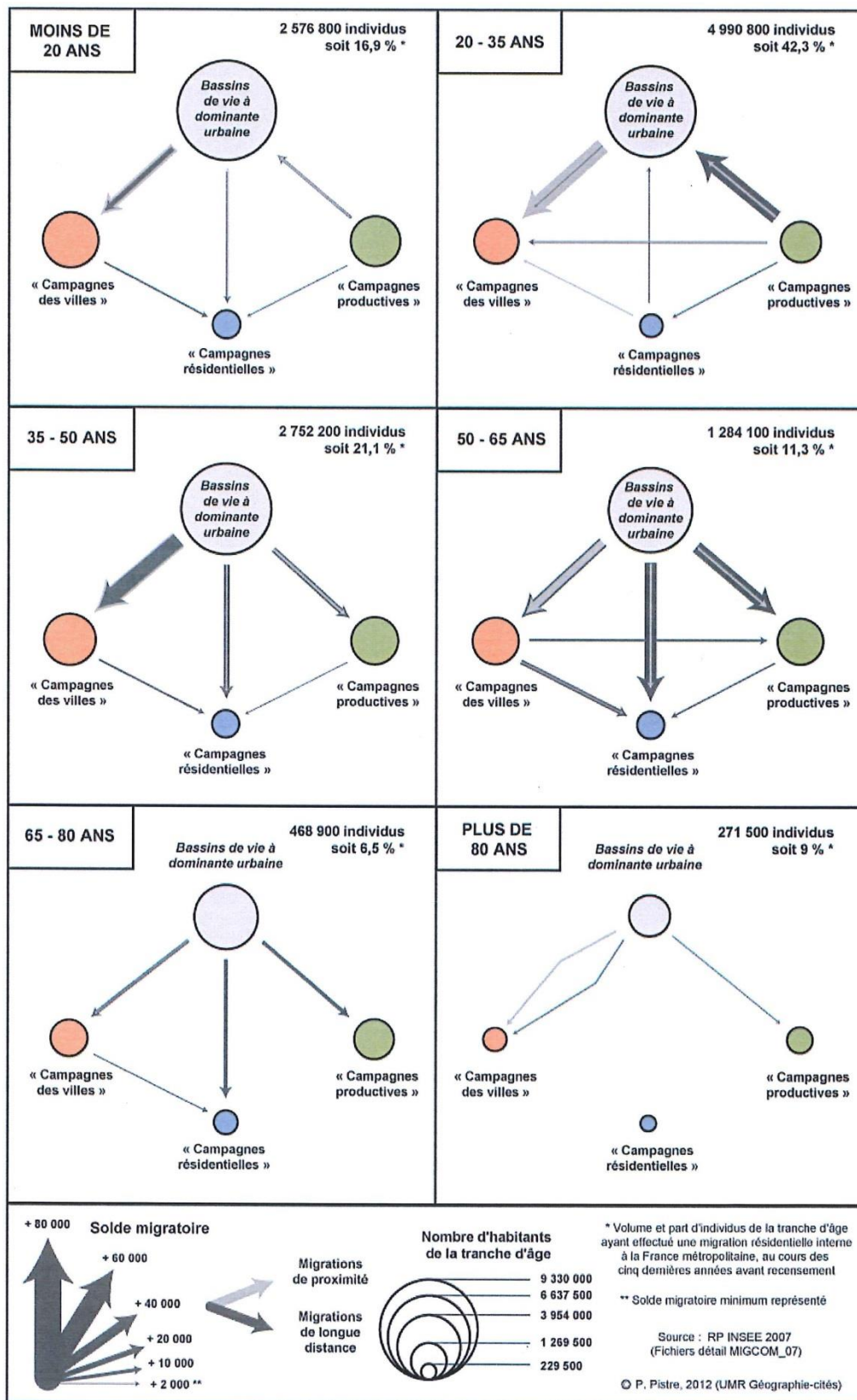
Grille communale de densité - source : INSEE, 2015



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

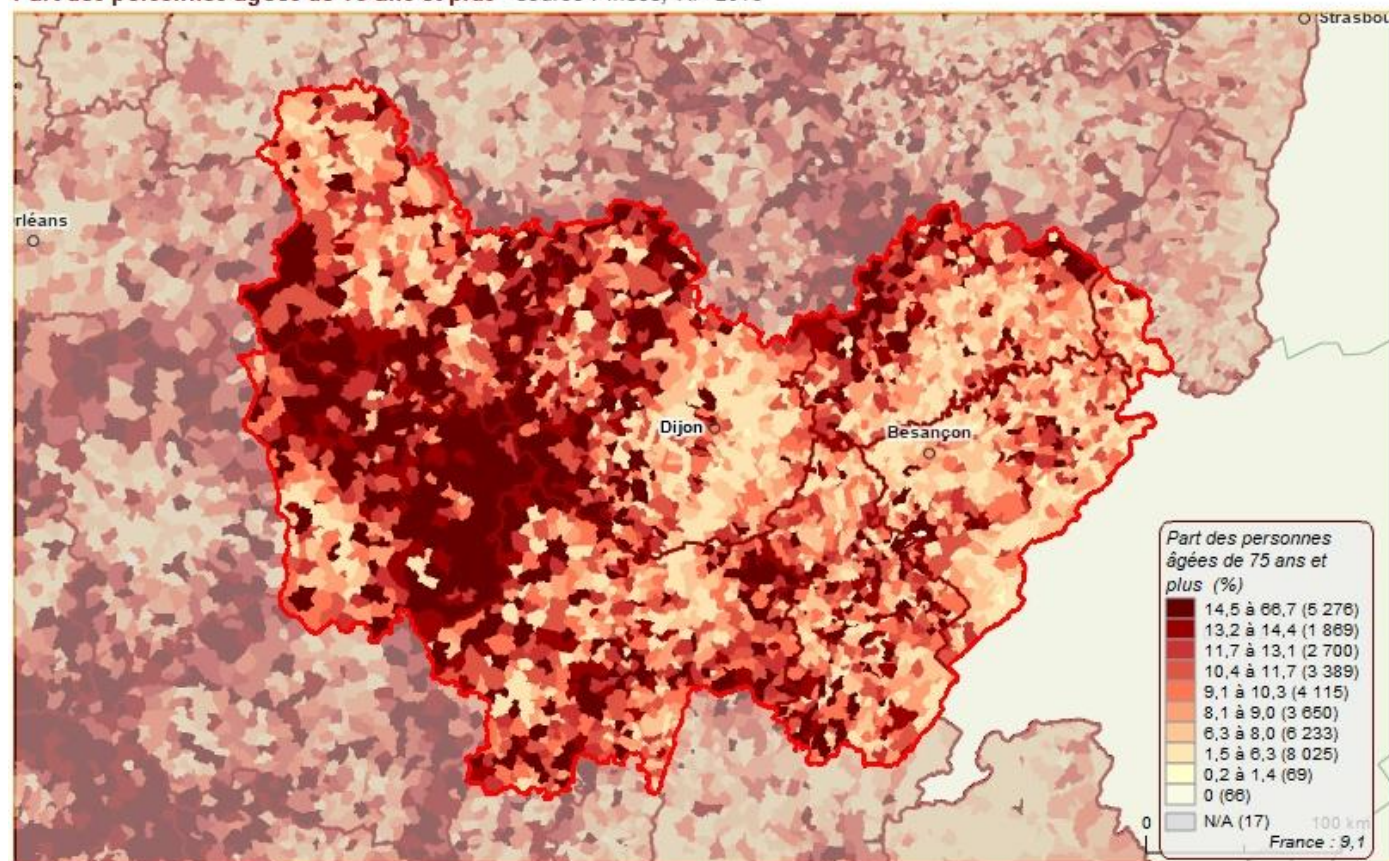
Annexe 2 : Migrations résidentielles des retraités

Source : Pistre P, *Renouveaux des campagnes françaises*, Thèse de doctorat de géographie, Université Paris Diderot, décembre 2012, p.87.



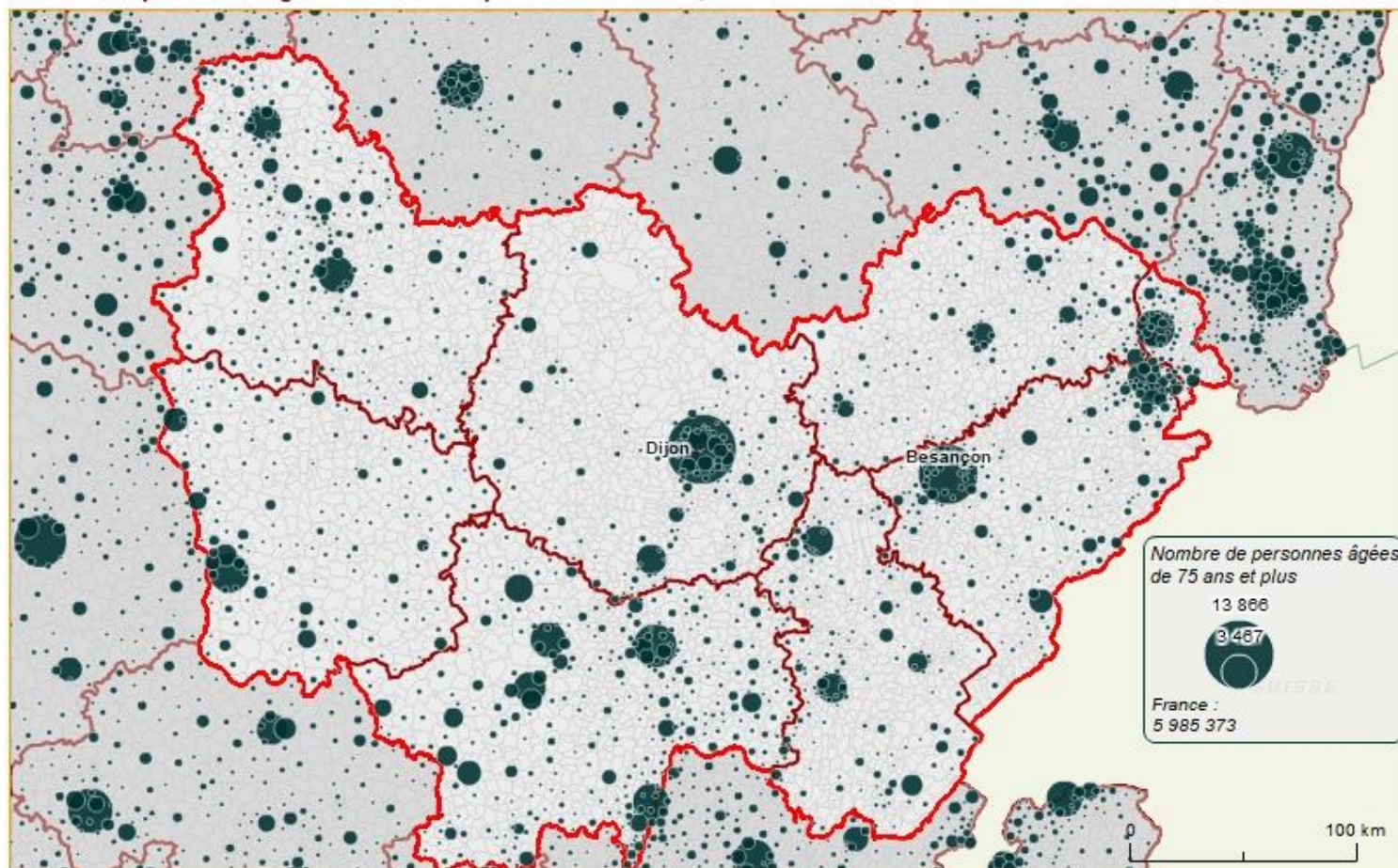
Annexe 3 : part et nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en Bourgogne

Part des personnes âgées de 75 ans et plus - source : Insee, RP 2013



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus - source : Insee, RP 2013



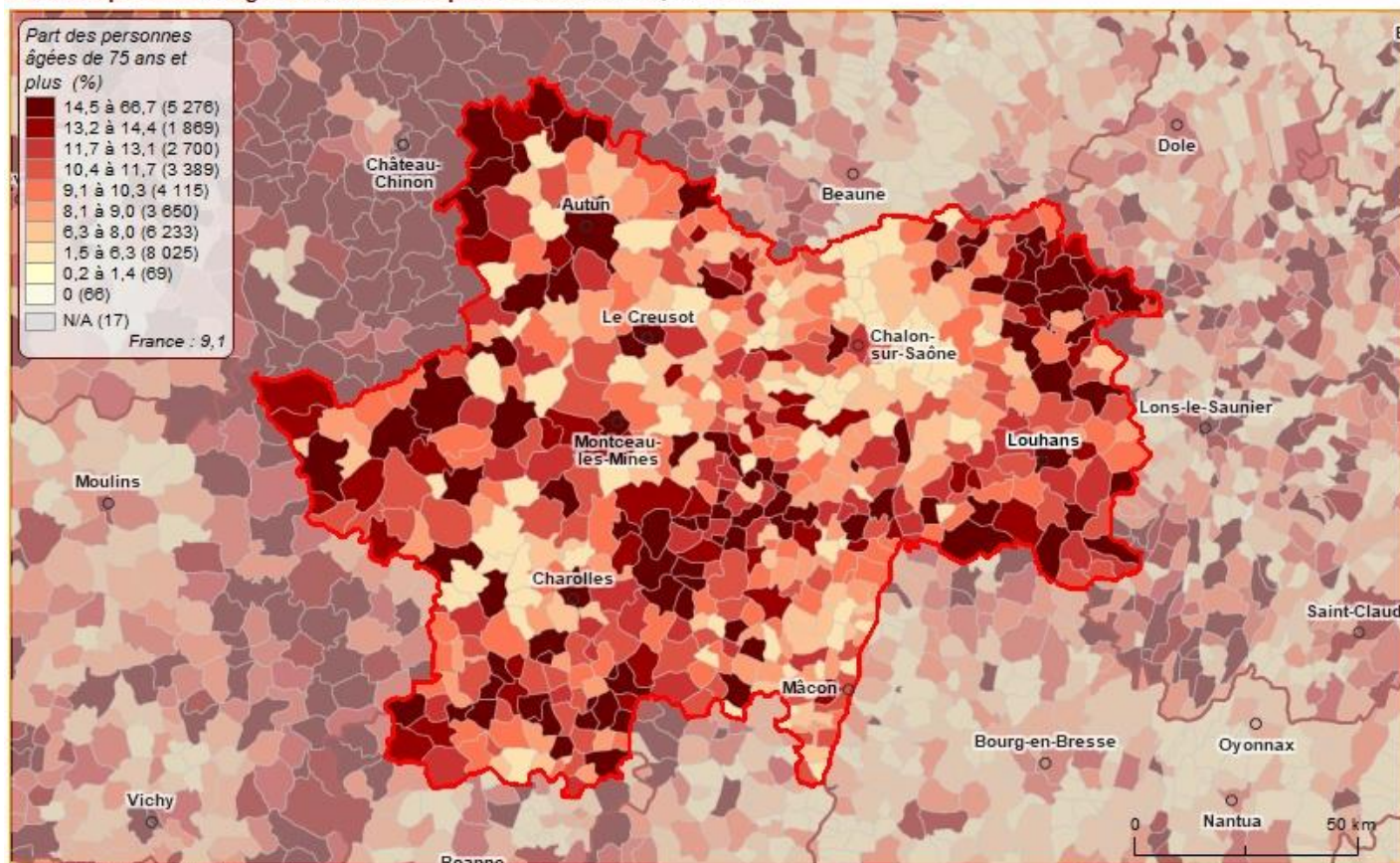
© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Part et nombre de personnes âgées de plus de 75 ans en Saône-et-Loire



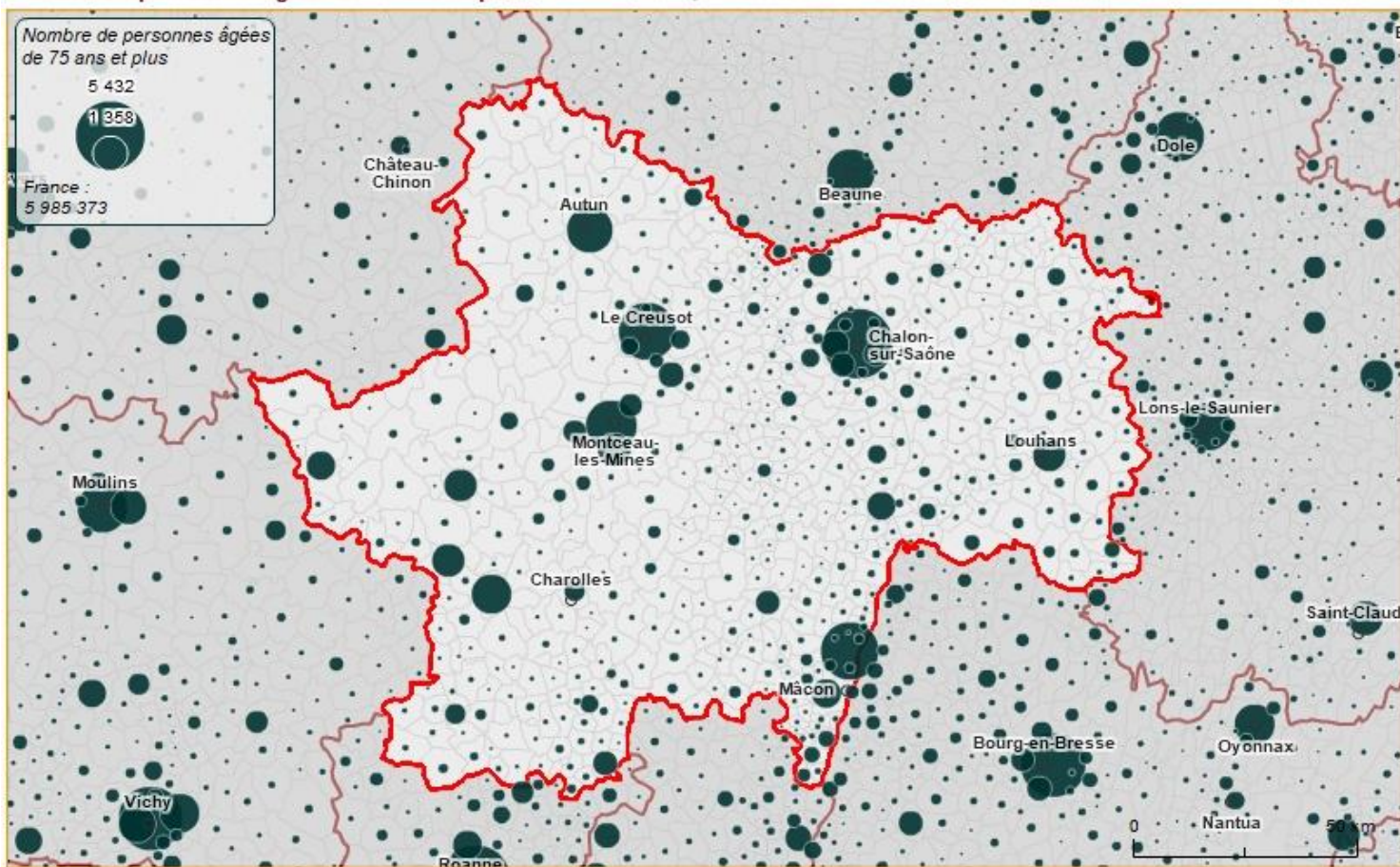
L'Observatoire
des Territoires

Part des personnes âgées de 75 ans et plus - source : Insee, RP 2013



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus - source : Insee, RP 2013



© CGET 2017 - IGN GéoFla - France par commune 2017

Annexe 4 : quelques grandes étapes et faits marquants des politiques publiques de vieillesse en France

Cette liste a été réalisée par Olivier Létang (Fondation nationale de gérontologie), jusqu'en 2011, puis complétée par nos soins (sans visée exhaustive)

1945	Ordonnance portant organisation de la Sécurité Sociale
1951	Campagne nationale en faveur des vieillards
1952	Rapport sur la réforme de la législation hospitalière par Etienne May, auto saisine du Conseil économique et social
1954	Premiers textes sur l'aide-ménagère
1955	Allocation aux vieux travailleurs salariés (AVTS)
1956	Fonds national de solidarité (FNS)
1957	Loi et circulaire surs les logements-foyers pour personnes âgées dans le parc HLM
1958	Décret relatif aux hôpitaux et aux hospices publics
1959	Classification des hôpitaux, hospices et maisons de retraite
1960	Circulaire du 2 février 1960 relative à la préparation du troisième plan d'équipement sanitaire – partie « Doctrine de l'hébergement des vieillards : de réunir les ménages et de séparer les vieillards, les infirmes et les incurables » Mise en place de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Président Pierre Laroque. Rôle et mission de l'Administration en face du problème de la prolongation de la vie humaine, rapport du Centre des hautes études administratives
1961	Circulaire sur la politique sociale des personnes âgées Début du quatrième plan, création de 40 000 places dans les hospices
1962	Publication du rapport Laroque Politique vieillesse
1963	Préparation du cinquième plan Circulaire sur la politique des personnes âgées
1964	Aide et action sociales à l'égard des personnes âgées : recueil des textes officiels intéressant la santé publique et la population
1965	Début du cinquième plan Fascicule spécial n° 65-38 bis Normes des maisons de retraite
1970	Loi portant sur la réforme hospitalière Groupe de travail sur les aspects médicaux du vieillissement, rapport du Professeur François Bourlière
1971	Allocation de logement pour les personnes âgées Déconcentration en matière sanitaire et sociale Sixième plan : rapport de l'intergroupe personnes âgées. Nicole Questiaux. Programme finalisé pour le maintien à domicile Les personnes âgées en activité – La liquidation des retraites – Les personnes âgées en inactivité. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)
1972	Circulaire sur le maintien à domicile
1974	Circulaire sur les centres de jour

	<p>Circulaire sur les logements-foyers</p> <p>Pour mieux informer les personnes âgées, rapport du Comité national d'information des personnes âgées</p> <p>Les problèmes posés par la Sécurité sociale, étude de Robert de Vernejou, auto saisine du Conseil économique et social</p>
1976	<p>Début du septième plan – programme d'action prioritaire PAP 15</p> <p><i>Les conditions de vie à l'âge de la retraite</i>, rapport de Jean Brudon, Conseil économique et social</p>
1977	<p>Circulaire sur le PAP 15 : <i>Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées</i></p> <p>Décret sur le fonctionnement des cures médicales</p> <p><i>Rapport sur l'hébergement et l'hospitalisation des personnes âgées</i>, Hubert Bidou, Conseil économique et social</p>
1978	<p>Loi sur les soins infirmiers à domicile</p> <p>Loi modificative complétant certaines dispositions des lois hospitalière et sociale</p>
1979	<p><i>La situation démographique de la France et ses implications économiques et sociales</i>, rapport Evelyne Sullerot</p> <p><i>Le temps de vivre un troisième âge heureux</i>, René Lenoir, secrétaire d'Etat à l'action sociale auprès du ministre de la Santé</p> <p>Rapports du groupe prospective « Personnes âgées » du Commissariat général du plan</p> <p>Circulaire relative à la participation des personnes âgées résidant en établissement</p> <p><i>Les établissements sanitaires et sociaux</i>, rapport annuel 1977-1978, IGAS</p>
1980	<p>Circulaire relative à la transformation des hospices</p> <p><i>Les soins aux personnes âgées</i>, rapport de Marie-Rose Van Lerberghe et Stéphane Paul, ministère de la Santé et de la Sécurité sociale</p> <p><i>Vieillir en France</i>, rapport de la France pour l'Assemblée mondiale sur le vieillissement</p> <p>Préparation du huitième plan. Rapport <i>Vieillir demain</i></p> <p><i>Le vieillissement des populations</i>, rapport de Nicole Questiaux et Yannick Moreaux, Haut comité de la population</p>
1981	<p>Décret et circulaire relatifs aux services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées</p> <p>1^{er} secrétariat d'Etat aux personnes âgées</p> <p>Plan de création d'emploi des auxiliaires de vie et des coordonnateurs</p>
1982	<p>Ordonnances abaissant l'âge de la retraite à 60 ans</p> <p>Plan intermédiaire 1982-1983</p> <p>Circulaire retraités et personnes âgées : politique sociale et médico-sociale</p> <p>Création du CNRPA et du CODERPA</p> <p>Loi sur les droits et libertés des communes, des départements et des régions</p>
1983	<p>Assises nationales des retraités et des personnes âgées</p> <p>Loi de décentralisation, transfert aux communes</p>

	<i>Rapport sur l'aide-ménagère à domicile en faveur des personnes âgées</i> , André Pavec et Henri-Lebeau, IGAS
1984	Début du neuvième plan, alternatives à l'hospitalisation <i>Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement</i> <i>L'épargne et le financement des vacances-loisirs des retraités et pré-retraités</i> , rapport de Jacques Guyard, conseiller régional d'Ile-de-France <i>Les vacances des retraités et des personnes âgées</i> , rapport de mission de Pierre Jagoret, député <i>Changer la retraite. Propositions pour le développement du volontariat des pré-retraités et des retraités</i> , rapport de Jean-Pierre Sueur, député <i>Rapport sur la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées</i> , Jean Debeaupuis, IGS
1985	<i>Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes</i> , rapport de Daniel Benoist, Conseil économique et social <i>Rapport sur l'évaluation des besoins d'accueil des personnes âgées</i> , Pierre Mousnier-Lompre, IGAS
1986	Loi adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé Circulaire sur les alternatives à l'hospitalisation <i>Vieillir solidaires : la solidarité entre génération face au vieillissement démographique ; l'avenir des systèmes de retraite</i> , rapport du Commissariat général du plan
1987	<i>Retraites : les périls de l'an 2030</i> , rapport de Gérard Malabouche, Commissariat général du plan
1988	<i>Les personnes âgées dépendantes</i> , rapport de Théo Braun et Michel Stourm
1989	Loi sur l'accueil familial Début du dixième plan <i>Rapport de la Commission protection sociale</i> , René Teulade, Commissariat général du plan Groupe de travail sur les personnes âgées dépendantes, Geneviève Laroque, IGAS <i>Vieillesse et emploi, vieillissement et travail</i> , rapport d'Elisabeth Lion et Pierre Giraud, Haut Conseil de la population et de la famille
1991	Loi portant sur la réforme hospitalière Dixième plan : <i>Dépendance et solidarité. Mieux aider les personnes âgées</i> , rapport de la commission présidée par Pierre Schopflin, IGAS, Commissariat général du plan <i>Livre blanc sur les retraites</i> , Commissariat général du plan <i>Vivre ensemble : rapport d'information sur les personnes âgées dépendantes</i> , Jean-Claude Boulard, député <i>Rapport relatif au soutien à domicile des familles et des personnes âgées</i> , IGAS
1992	<i>Elaborer un schéma départemental pour personnes âgées : document méthodologique</i> , rapport de Pierre Mousnier-Lompre, Michel Frossard et Françoise Bouchayer

	Vieillir dans la ville. Programme de recherche. Plan urbain/mission interministérielle : <i>services urbains et personnes âgées dépendantes</i> , sous la coordination de Thérèse Epinasse
1993	Loi réformant les retraites Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations <i>Les activités d'utilité sociale des retraités et des personnes âgées</i> , rapport d'Henri Thery, Conseil économique et social
1994	<i>Enquête sur l'hospitalisation des personnes âgées dans les services de psychiatrie</i> , rapport Agnès Plassard et Françoise Lalande, IGAS Année européenne des personnes âgées et de la solidarité entre les générations – <i>Les actions menées en France</i> , rapport du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville
1995	<i>Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales</i> , Marie-Thérèse Join-Lambert, IGAS <i>Perspectives à long terme des retraites</i> , groupe de travail présidé par Raoul Briet, Commissariat général du plan
1997	Loi sur la prestation spécifique dépendance (PSD) <i>L'aide-ménagère à domicile pour les personnes âgées</i> , Françoise Ba-Theron, Thérèse Roquel, Liliane Salzberg, IGAS <i>Conditions requises pour assurer l'efficacité des prestations d'aide aux personnes âgées dépendantes</i> , rapport d'Alain Colvez, ministères de l'Emploi et de la Solidarité, direction générale de la santé
1998	Livre blanc pour une prestation autonomie Année internationale des personnes âgées : une société pour tous les âges <i>Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelles orientation de la politique en direction des personnes âgées</i> , rapport de Paulette Guinchard-Kunstler, députée <i>Pour des retraites choisies et progressives</i> , rapport de Dominique Taddei, Conseil d'analyse économique <i>L'avenir de nos retraites</i> , rapport de Jean-Michel Charpin, Commissariat général du plan <i>Les perspectives socio-démographiques à l'horizon 2020-2040</i> , Chantal Lebatard, auto saisine du Conseil économique et social
1999	<i>Evolutions technologiques et vieillissements des personnes</i> : séminaire de recherche, Paris, 9-10 février. Mission interministérielle recherche expérimentation – Direction de la recherche, des études et l'évaluation et des statistiques – Caisse nationale d'assurance maladie
2000	Circulaire relative aux centres locaux d'informations et de coordination (CLIC). Circulaire relative à la mise en œuvre de la réforme de la tarification dans les EHPAD. Groupe de travail interministériel sur le dispositif de protection des majeurs, rapport Jean Favard, ministère de la Justice. L'avenir du système de retraite, René Teulade, Conseil économique et social.

	<p>L'aide personnalisée à l'autonomie. Un nouveau droit fondé sur le principe d'égalité, rapport de Jean-Pierre Sueur, maire d'Orléans.</p> <p>La maladie d'Alzheimer, rapport de Jean-François Girard, conseiller d'Etat.</p> <p>Annonce d'une vaste réforme de la prise en charge de la dépendance.</p>
2001	<p>Loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation autonomie.</p> <p>Programme pour les personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.</p> <p>Les personnes âgées dans la société, rapport de Maurice Bonnet, Conseil économique et social.</p> <p>Retraites : renouveler le contrat social entre les générations. Orientations et débat.</p> <p>Premier rapport du Conseil d'orientation des retraites.</p>
2002	<p>Loi portant sur la réforme des retraites.</p> <p>Programme d'action pour une politique de la longévité et de la solidarité entre les générations.</p> <p>Programme Bien Vieillir.</p> <p>Rapport de la mission d'information parlementaire : la gestion des conséquences de la canicule sur la prise en charge des personnes âgées.</p> <p>Premier plan canicule</p>
2003	<p>Promotion de la santé et du bien-être par l'alimentation et l'activité physique et sportive.</p> <p>Le Premier ministre présente « La réforme de solidarité pour les personnes dépendantes », 7 novembre 2003.</p>
2004	<p>Loi relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.</p> <p>Loi instituant une journée de solidarité.</p> <p>Plan solidarité et vieillissement.</p> <p>Rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les conséquences sanitaires et sociales de la canicule, Claude Evin et François d'Aubert, Assemblée nationale.</p> <p>2^{ème} plan canicule</p>
2005	<p>Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées</p> <p>Loi relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale</p> <p>Circulaire d'application du plan Alzheimer et maladies apparentées 2004 – 2007</p> <p>3^{ème} plan national canicule</p> <p>Plan de développement des services à la personne</p> <p><i>Les métiers du grand âge : des professions au service de la vie. Lancement de la campagne d'information sur les métiers auprès des personnes âgées</i>, Catherine Vautrin</p> <p><i>Rapport sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées</i>, Cécile Gallez, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé – Assemblée nationale – Sénat</p>

	<p><i>Les personnes âgées dépendantes</i>, rapport de la cour des comptes</p> <p><i>Prospectives des équipements et services pour personne âgée dépendante</i>, Stéphane le Boler, Centre d'analyse stratégique</p> <p><i>Contribution au livre vert sur le thème : face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre les générations</i>, Evelyne Pichenot, Conseil économique et social</p> <p><i>Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière soin</i>, Anne-Chantal Rousseau, Jean-Paul Bastianelli, IGAS</p> <p>Contention physique de la personne âgée, Haute autorité de santé (HAS)</p>
2006	<p>Plan solidarité grand âge</p> <p>4^{ème} plan canicule</p> <p>Plan national d'action concertée 2006 – 2010 pour l'emploi des séniors</p> <p><i>Rapport d'information sur le financement des établissements pour personnes âgées</i>, Paulette Guinchard, mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale (MECSS), Assemblée nationale</p> <p><i>Les conditions de mise en place et d'affectation des ressources de la CNSA</i>, rapport de la Cour des comptes</p> <p><i>Retraites : perspectives 2020 – 2050</i>. III^e rapport, Conseil d'orientation des retraites</p> <p>Premier rapport annuel, CNSA</p> <p><i>Personne âgée dépendante : bâtir le scénario du libre choix</i>. Second rapport de la mission prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes, rapport de Stéphane Le Boulter, Centre d'analyse stratégique</p> <p><i>Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la CNAV</i>, Michel Duraffour et Paul Stéphane, IGAS</p> <p><i>Les séniors et l'emploi en France</i>, rapport d'Antoine d'Autume, Jean-Paul Betbeze, Jean-Olivier Hairault, Conseil d'analyse économique</p> <p><i>Vieillesse, activité et territoires à l'horizon 2030</i>, rapport de Michel Godet et Marc Mousli, Conseil d'analyse économique</p>
2007	<p>Circulaire relative à la filière de soins gériatrique</p> <p>Circulaire relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la Sécurité sociale modifiée concernant les unités de soins de longue durée</p> <p>Circulaire relative au référentiel national des réseaux de santé « personnes âgées »</p> <p>Plan national « Bien vieillir » 2007 – 2014</p> <p>5^{ème} plan canicule</p> <p>Plan de développement de la bienveillance et du renforcement de la lutte contre la maltraitance</p> <p><i>Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix</i>, rapport d'Hélène Gisserot, procureur général adjoint auprès de la Cour des comptes</p> <p>Rapport d'information sur les suites données aux observations communiquées par la MECSS au Gouvernement et aux organismes de Sécurité sociale, Paulette Guinchard et Pierre Morange, Assemblée nationale</p>

	<p><i>L'impact de l'allongement de la durée de la vie sur les systèmes d'aide et de soins</i>, rapport de Michel Coquillon, Conseil économique et social</p> <p><i>Retraite : questions et orientations pour 2008</i>. IV^e rapport du Conseil d'orientation des retraites</p> <p>2^e rapport annuel, CNSA</p> <p><i>La dépendance des personnes âgées : éléments de travail</i>, Laurence Eslous, IGAS</p> <p><i>Technologies nouvelles susceptibles d'améliorer les pratiques gérontologiques et la vie quotidienne des malades âgés et de leur famille</i>, rapport de Vincent Raille</p>
2009	<p>Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires</p> <p>Circulaire du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012</p> <p>Lancement du plan 2 de développement des services à la personne, Laurent Wauquiez, secrétaire d'Etat chargé de l'emploi</p> <p><i>L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social</i>, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)</p>
2010	<p><i>Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer</i>, Laurent HENART, Député de Meurthe et Moselle, Yvon BERLAND Professeur de médecine, Président de l'Université Aix-Marseille II, Danielle CADET, Coordinatrice générale des soins à l'AP-HP</p> <p><i>Réforme des retraites, Rapport d'information No 721 de Mme Jacqueline PANIS, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes</i>, rapport du Sénat</p> <p><i>Pour une politique de prévention au service de l'autonomie</i>, rapport de la CNSA</p> <p><i>Autonomie et logement</i>, les dossiers techniques de la CNSA</p>
2011	<p><i>Perspectives démographiques et financières de la dépendance</i>, rapport de Jean-Michel Charpin et Cécile Tlili</p> <p><i>Accueil et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie</i>, rapport d'Evelyne Ratte et Dorothée Imbaud</p> <p><i>Stratégie pour la couverture de la dépendance des personnes âgées</i>, rapport de Bernard Fragonard et Jean-François Juery – ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale</p> <p><i>L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge</i>, Annie Fouquet, Jean-Jacques Tréogat et Patricia Sitruk, IGAS</p> <p><i>Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – évaluation de l'option tarifaire dite globale</i>, Nathalie Details, Vincent Ruol, Michel Thierry, IGAS</p> <p><i>Assurance maladie et perte d'autonomie – contribution du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) au débat de la dépendance des personnes âgées</i></p> <p>Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie</p>

	<p><i>Les ARS, un an après</i>, Emmanuelle Wagon, ARS</p> <p><i>Les défis de l'accompagnement du grand âge : perspectives internationales</i>, Centre d'analyse stratégique</p> <p><i>Pour une politique de prévention au service de l'autonomie</i>, rapport de la CNSA</p> <p><i>Etat des lieux et préconisation sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées</i>, CNSA</p> <p><i>Formules innovantes de répit et de soutien des aidants</i>. Guide pratique à destination des porteurs de projet, CNSA</p> <p><i>Rapport sur la dépendance des personnes âgées</i>, Monique Weber, Yves Verollet, Conseil économique, social et environnemental</p> <p>9^e rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR). <i>Retraites : la situation des polypensionnés</i></p> <p>10^e rapport du Conseil d'orientation des retraites. <i>Retraites : la rénovation des mécanismes de compensation</i></p> <p><i>La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents</i>, rapport public annuel, Cour des comptes</p> <p><i>Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement</i>, LAROQUE Michel, ZEGGAR Hayet, AMGHAR Yann-Gaël, GEFFROY Loic, FRANCE. Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge</i>, FOUQUET Annie, TREGOAT Jean Jacques, SITRUK Patricia, FRANCE. Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>Conversions des structures hospitalières en structures médico-sociales</i>, HESSE Catherine, MAYMIL Vincent, LE TAILLANDIER DE GABORY Vincent, FRANCE. Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>Dépendance des personnes âgées : le Sénat prépare le débat</i>, Rapport d'information No 263 de M. Alain VASSELE, fait au nom de la Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, rapport du Sénat</p> <p><i>Programme qualité de vie en EHPAD</i>, ANESM</p> <p>Décret n° 2011-671 du 14 juin 2011 relatif aux modalités de consultation sur les schémas relatifs aux personnes handicapées et aux personnes âgées mentionnés à l'article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles</p> <p><i>Accompagner les proches aidants, ces acteurs « invisibles »</i>, rapport de la CNSA</p> <p><i>État des lieux et préconisations sur l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées</i>, les dossiers techniques de la CNSA</p>
2012	<p>11^{ème} rapport, Retraites: perspectives 2020, 2040 et 2060, (COR)</p> <p>Décret n° 2012-1434 du 20 décembre 2012 relatif aux concours versés aux départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation et des maisons départementales des personnes handicapées</p> <p><i>Promouvoir la continuité des parcours de vie</i>, rapport de la CNSA</p>

2013	<p><i>Contrôle des placements de régimes de retraite complémentaire obligatoires</i> (rapport de synthèse), Virginie CAYRE, Paulo GEMELGO, Pascal PENAUD, Vincent RUOL - Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>Retour à l'emploi des seniors au chômage</i> - Rapport d'évaluation, Christine DANIEL, Laurence ESLOUS, Anousheh KARVAR - Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>Evaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées</i>, Philippe BLANCHARD, Hélène STROHL-MAFFESOLI, Bruno VINCENT - Inspection générale des affaires sociales</p> <p><i>Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie</i> - Rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes, Céline MOUNIER, Cécile WAQUET - Inspection générale des affaires sociales</p> <p>12ème rapport, <i>Retraites: un état des lieux du système français</i>, (COR)</p> <p><i>Retraite des femmes : tout se joue avant 60 ans</i>, Rapport d'information No 90 de Mme Laurence ROSSIGNOL, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes, rapport du Sénat</p> <p><i>Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?</i>, (HAS)</p> <p><i>Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?</i>, (HAS)</p> <p>Décret n° 2013-16 du 7 janvier 2013 portant création du Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées</p> <p><i>Affirmer la citoyenneté de tous</i>, rapport de la CNSA</p>
2014	<p><i>Les résidences avec services pour personnes âgées</i>, S.Dupays, S.Paul, D.Voynet (IGAS) - Avec le concours du CGEDD</p> <p>Rapport annuel, <i>Evolutions et perspectives des retraites en France</i>, (COR)</p> <p><i>L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence</i>, Rapport d'information No 575 de MM. Jean-Marie VANLERENBERGHE et Dominique WATRIN, fait au nom de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat</p> <p><i>Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA</i>, (HAS)</p> <p><i>Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée ?</i>, (HAS)</p> <p><i>10 ans de solidarité pour l'autonomie</i>, rapport de la CNSA</p>
2015	<p><i>Les unités de soins de longue durée (USLD)</i>, A.Delattre et S.Paul (IGAS)</p> <p>13ème rapport, <i>Les retraités: un état des lieux de la situation en France</i>, (COR)</p> <p>Rapport annuel, <i>Evolutions et perspectives des retraites en France</i>, (COR)</p> <p><i>Ramener durablement notre système de retraite à l'équilibre</i>, Rapport d'information No 624 de M. Gérard ROCHE, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat</p> <p><i>Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad ?</i>, (HAS)</p>

	<p><i>Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires, (HAS)</i> LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement</p> <p>Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p><i>Territoires et politiques de l'autonomie, rapport de la CNSA</i></p>
2016	<p><i>Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile, Dr G. Duhamel et J. Mejane (IGAS), avec le concours de P. Piron, interne en médecine en stage à l'IGAS</i></p> <p>Rapport annuel, Evolutions et perspectives des retraites en France, (COR)</p> <p><i>Le vrai rôle du Fonds de solidarité vieillesse, Rapport d'information No 668 de Mme Catherine GÉNISSON et M. Gérard ROCHE, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat</i></p> <p><i>L'équilibre des comptes sociaux : un objectif fragilisé par les dépenses nouvelles, Rapport d'information No 740 de M. Jean-Marie VANLERENBERGHE, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat</i></p> <p><i>Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées, ANESM</i></p> <p><i>Prise en compte de la souffrance psychique de la personnes âgées : prévention, repérage et accompagnement, ANESM</i></p> <p>Décret n° 2016-1895 du 28 décembre 2016 relatif aux activités de services à la personne</p> <p>Décret n° 2016-1873 du 26 décembre 2016 fixant le cahier des charges et la procédure de labellisation des maisons départementales de l'autonomie</p> <p>Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles</p> <p>Décret n° 2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées</p> <p>Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</p> <p>Décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées</p>
2017	<p><i>Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile, A-C. Bensadon et C. Daniel (IGAS) - F. Scarbonchi (IGA)</i></p>

	<p><i>Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité</i>, Rapporteur : Jean-François SERRES, Conseil économique, social et environnemental</p> <p>14ème rapport, Retraites: perspectives financières jusqu'en 2070. Sensibilité aux hypothèses, résultats par régime, (COR)</p> <p>Rapport annuel, Evolutions et perspectives des retraites en France, (COR)</p> <p><i>Accompagner la fin de vie des personnes âgées à domicile</i>, ANESM</p> <p><i>Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD</i>, ANESM</p> <p><i>Accueil et accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en UHR</i>, ANESM</p> <p><i>Accueil et accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neurodégénérative en PASA</i>, ANESM</p> <p><i>Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées (volet EHPAD)</i>, ANESM</p> <p><i>Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées (volet résidence autonomie)</i>, ANESM</p> <p><i>Société : application de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement - N° 438</i>, Rapport d'information de la commission des affaires sociales déposé en application de l'article 145-7 alinéa 1 du règlement, par la commission des affaires sociales sur la mise en application de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. (Mmes Agnès Firmin Le Bodo et Charlotte Lecocq, rapport de l'Assemblée nationale)</p>
2018	<p><i>Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)</i>, P. Ricordeau (IGAS)</p> <p>Rapport annuel, Evolutions et perspectives des retraites en France, (COR)</p> <p><i>Inventer les solidarités de demain face à la nouvelle donne générationnelle</i>, Rapport d'information No 38 de M. Julien BARGETON, Mmes Fabienne KELLER et Nadia SOLLOGOUB, fait au nom de la Délégation sénatoriale à la prospective, rapport du Sénat</p> <p>Actes du colloque du Sénat sur la réforme des retraites, Rapport d'information No 626 de M. Alain MILON, fait au nom de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat</p> <p><i>Ehpad : quels remèdes ?</i>, Rapport d'information No 341 de M. Bernard BONNE, fait au nom de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat</p> <p><i>Qualité de vie en résidence autonomie</i>, ANESM</p>
2019	<p>Rapport annuel, Evolutions et perspectives des retraites en France, (COR)</p> <p><i>Diminuer le reste à charge des personnes âgées dépendantes : c'est possible !</i>, Rapport d'information No 428 de M. Bernard BONNE et Mme Michelle</p>

	<p>MEUNIER, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, rapport du Sénat Décret n° 2019-372 du 26 avril 2019 fixant la liste des séjours de répit aidants-aidés autorisés à mener l'expérimentation prévue à l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un Etat au service d'une société de confiance</p>
--	--

Annexe 5 : présentation de l'enquête EHPA

« L'enquête EHPA de la DREES

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) a été lancée pour la première fois en 1985. Auparavant menée une année sur deux, elle est devenue quadriennale à partir de 1996. L'enquête EHPA recueille des informations sur les caractéristiques et l'activité des établissements médico-sociaux de France métropolitaine et des départements et régions d'outre-mer (DROM) qui accueillent les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les résidents qui y sont hébergés. Les unités de soins de longue durée (en 2003) puis les centres d'accueils de jour (en 2007) ont été intégrés au champ de l'enquête. Le questionnaire complet de l'enquête peut être consulté sur la page de présentation de l'enquête du site internet de la DREES. Pour la vague relative à la situation de 2015, le taux de réponse à l'enquête est de 73 %. La non-réponse a fait l'objet de redressements statistiques, afin d'assurer la représentativité des résultats au niveau national.

Spécificités de la vague 2015 de l'enquête EHPA

Pour la première fois, les données de l'enquête EHPA ont été collectées uniquement via internet. L'enquête 2015 a également bénéficié des évolutions du fichier national des établissements sanitaires et sociaux1 (FINESS), induites par la refonte de l'enregistrement des établissements hébergeant des personnes âgées (instruction de 2014). Cette refonte a permis de recenser les EHPAD qui ne relevaient pas jusque-là de catégories d'établissement spécifiques et de clarifier l'offre d'hébergement pour personnes âgées dans sa globalité. Depuis, quatre catégories d'établissement composent l'offre médico-sociale d'hébergement à destination des personnes âgées : les EHPAD, les EHPA médicalisés, les EHPA non médicalisés et les logements-foyers. Y sont ajoutées les unités de soins de longue durée des hôpitaux. Les catégories 200 (maisons de retraite) et 394 (établissements d'accueil temporaire) du répertoire FINESS ont été supprimées au 1er janvier 2015 et ont été intégrées dans les autres catégories existantes. Ces évolutions ont amené à redéfinir les catégories d'établissement établies dans les précédentes éditions pour les faire correspondre à celles de 2015. »

Source : Muller M., « L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre », *Les dossier de la DREES*, septembre 2017, n°20, p. 4.

Annexe 6 : présentation des différents types d'hébergement pour personnes âgées

Les EHPAD

Présentation

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes fragiles et vulnérables et de préserver leur autonomie par une prise en charge globale comprenant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

Les EHPAD signent une convention avec le conseil départemental et l'ARS (agence régionale de santé) qui leur apportent des financements en contrepartie d'objectifs de qualité de prise en charge.

Ils s'adressent à des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin d'aide et de soins au quotidien. Ces personnes peuvent être partiellement ou totalement dépendantes de l'aide de quelqu'un dans les actes de la vie quotidienne pour des raisons physiques ou mentales.

Les EHPAD sont à même d'accueillir les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées.

Fonctionnement

Ils accueillent en général entre 50 et 120 résidents, à l'exception des petites unités de vie. Ce sont des EHPAD de petite taille, qui accueillent moins de 25 personnes.

L'accompagnement est global en EHPAD : les résidents et leurs proches sont déchargés de toute l'intendance quotidienne.

Les EHPAD proposent des prestations hôtelières, un accompagnement de la perte d'autonomie et un encadrement des soins quotidiens.

Prestations d'hébergement proposées par les EHPAD

Les EHPAD doivent délivrer à leurs résidents des prestations minimales définies par la loi :

- Prestations d'administration Prestations d'accueil hôtelier ;
- Mise à disposition d'une chambre avec accès à une salle de bain et des toilettes ;
- Entretien et nettoyage des chambres, pendant et à l'issue du séjour Entretien et nettoyage des parties communes et des locaux collectifs ;
- Maintenance des bâtiments, des installations techniques et des espaces verts ;
- Mise à disposition des connectiques pour l'accès à la télévision et au téléphone ;
- Accès à Internet au sein de l'établissement ;
- Prestations de restauration ;
- Accès à un service de restauration ;

- Fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne ;
- Prestations de blanchissage ;
- Fourniture, pose, renouvellement et entretien du linge plat et du linge de toilette ;
- Prestations d'animation de la vie sociale ;
- Accès aux animations collectives et aux activités organisées dans l'enceinte de l'établissement ; Organisation des activités extérieures.

D'autres prestations peuvent également être proposées par l'établissement : entretien du linge personnel du résident, prestation de coiffure...

Accompagnement de la perte d'autonomie en EHPAD

Les résidents qui ont besoin d'un accompagnement dans les actes essentiels de la vie (pour le lever, le coucher, la toilette, les repas...) sont aidés par le personnel de l'EHPAD.

Un encadrement des soins quotidiens réalisé par une équipe soignante sous le contrôle d'un médecin coordonnateur.

Les soins quotidiens (pansements, mesure de la glycémie, distribution des médicaments...) sont effectués par l'équipe soignante de l'EHPAD. Le médecin coordonnateur et son équipe s'occupent également de la coordination des interventions du médecin traitant (qui n'est pas le médecin coordonnateur) et des rendez-vous avec les spécialistes.

Le résident a le libre choix de son médecin traitant. Le médecin traitant doit avoir signé une convention avec l'EHPAD pour pouvoir y intervenir.

Le coût

Chaque mois, le résident doit payer une facture qui se décompose en : un tarif hébergement et un tarif dépendance.

Le tarif dépendance GIR 5-6 est le plus souvent appliqué et ce quel que soit le niveau de GIR de la personne. Il s'applique en effet aux personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 2472,04 €. Pour les personnes ayant un revenu supérieur, le tarif appliqué est fonction du niveau de dépendance de la personne.

Les soins et une partie du matériel médical sont pris en charge par l'Assurance maladie et ne sont pas facturés aux résidents.

Les aides publiques possibles

Il existe trois aides publiques qui peuvent aider à payer les frais d'hébergement et les frais liés au tarif dépendance : l'ASH (aide sociale à l'hébergement) sous réserve que l'établissement soit habilité à l'aide sociale, les aides au logement qui s'appliquent sur la partie de la facture relative au tarif hébergement, l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) en établissement qui s'applique sur la partie de la facture relative au tarif dépendance pour les personnes en GIR 1-2 et GIR 3-4 (les personnes en GIR 5-6 ne sont pas éligibles à l'APA).

Ces aides peuvent s'additionner. Elles dépendent : des ressources pour l'APA, l'aide au logement et l'ASH, et du niveau de perte d'autonomie pour l'APA.

Une réduction fiscale est possible pour les résidents imposables.

Le montant que le résident doit payer une fois ces aides publiques déduites du montant total de la facture s'appelle le reste à charge.

Démarches d'admission en EHPAD

Tous les établissements utilisent désormais un dossier national unique d'admission en EHPAD. Le dossier comporte deux volets : un volet administratif et un volet médical. Le volet administratif est à compléter par la personne âgée ou par une personne de son entourage. Le volet médical doit être rempli par son médecin traitant.

Il est possible de transmettre des photocopies du dossier de demande d'admission aux différents EHPAD sélectionnés. Le volet médical doit être transmis sous enveloppe à l'attention du médecin coordonnateur de l'établissement.

Dès réception du dossier et des pièces justificatives, l'établissement prend en compte la demande d'inscription. S'il existe une liste d'attente, la demande y est inscrite.

Dès qu'une place se libère, la direction prend contact avec la personne âgée afin d'envisager la possibilité d'une admission. C'est le responsable de l'établissement qui prononce l'admission après avoir recueilli l'avis du médecin coordonnateur de la structure.

La personne âgée peut bien sûr refuser l'entrée en établissement si elle a trouvé une autre place ailleurs ou si elle a changé d'avis.

Demande d'admission en ligne

Dans plus d'une quarantaine de départements, il est désormais possible de faire une ou plusieurs demandes d'admission en maison de retraite en ligne grâce au portail internet *ViaTrajectoire*. Le dossier de demande d'admission se décompose en trois parties : un volet administratif à remplir soi-même, un volet médical et un volet autonomie à faire remplir par son médecin.

La demande en ligne sur *ViaTrajectoire* permet de remplir une seule fois le dossier et de l'envoyer en un seul clic à plusieurs établissements. *ViaTrajectoire* permet également de suivre à tout moment l'avancement de la demande et d'accepter ou refuser les propositions d'admission des établissements.

Les petites unités de vie, des EHPAD de petite taille

Les petites unités de vie sont des petits EHPAD de moins de 25 places dès lors qu'elles ont signé une convention avec le conseil départemental et l'ARS (agence régionale de santé). Le fonctionnement des petites unités de vie est le même que celui d'un EHPAD classique, mais au sein d'une structure de petite taille. Les aides sont les mêmes que dans les EHPAD classiques. Certaines petites unités de vie ont fait le choix de ne pas signer une convention mais de recourir à des professionnels libéraux ou des services de soins à domicile. Dans ce cadre, les résidents bénéficient de l'APA à domicile et non de l'APA en établissement.

Les USLD

Les USLD (unités de soins de longue durée) sont des structures hospitalières s'adressant à des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

Comme dans un EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), l'accompagnement proposé est global : l'établissement s'occupe de la vie quotidienne et de la coordination des soins.

La prise en charge des soins dans ces unités est hospitalière.

La facturation se passe de la même façon qu'en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

L'admission a en général lieu à la suite d'une hospitalisation ou d'un passage en service de soins de suite et de réadaptation.

L'admission directe en provenance du domicile est possible.

Les résidences autonomie (ex-logements-foyers)

Les résidences autonomie sont des ensembles de logements pour les personnes âgées associés à des services collectifs, souvent construites à proximité des commerces, des transports et des services. Elles sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif. Le coût du logement y est modéré. Leurs prix sont affichés dans l'annuaire du portail.

Les résidences services

Les résidences services sont des ensembles de logements privés pour les personnes âgées associés à des services collectifs. Les occupants des résidences services sont locataires ou propriétaires.

L'habitat intergénérationnel

L'habitat intergénérationnel désigne un ensemble de logements conçu pour accueillir différentes générations : étudiants, familles, personnes âgées. Les différentes générations ne partagent pas le même toit mais vivent dans un même ensemble résidentiel. Ce sont en général des bailleurs sociaux en partenariat avec des associations ou des investisseurs privés qui initient ce type de projets.

L'habitat regroupé

L'habitat regroupé est une solution proposée par certaines villes à leurs habitants âgés. Elle vient en complément des solutions plus classiques comme la maison de retraite.

Les béguinages

Historiquement, les béguinages sont des lieux où vivaient des communautés religieuses. Aujourd'hui, certains béguinages ont été rénovés pour offrir un cadre de vie adapté aux personnes âgées. De nouveaux ensembles pavillonnaires se construisent également sur le modèle des anciens béguinages. Les béguinages gardent une vocation sociale et accueillent des personnes âgées aux revenus modestes.

L'accueil familial

Présentation

L'accueil familial est une solution d'hébergement pour les personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre chez elles, momentanément ou définitivement. Il constitue une alternative à l'hébergement en établissement. L'accueil familial est proposé par des accueillants familiaux agréés par le conseil départemental. L'accueillant familial peut être une personne seule ou un couple.

Les accueillants familiaux reçoivent des personnes âgées ou des personnes handicapées chez eux et leur font partager leur vie de famille, moyennant rémunération. Ils proposent aux personnes accueillies un accompagnement ponctuel ou au long cours dans un cadre familial qui

leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé. Les accueillants familiaux peuvent accueillir des personnes seules ou en couple. L'accueil familial est soumis à un agrément, délivré par le président du conseil départemental pour une durée de 5 ans. L'agrément est soumis au respect d'un certain nombre de conditions : le logement doit être décent et compatible avec les contraintes liées à l'âge ou au handicap des personnes accueillies ; les conditions d'accueil doivent permettre d'assurer la santé, la sécurité et le bien-être physique et moral des personnes accueillies ; l'accueillant familial s'engage à assurer la continuité de l'accueil et à suivre une formation ; l'accueillant familial accepte un suivi social et médico-social des personnes accueillies par les services du département.

L'accueillant familial peut être : rémunéré directement par la personne qu'il accueille dans le cadre d'un contrat de gré à gré ; être salarié d'un organisme ayant obtenu l'accord du conseil départemental.

L'accueil familial se caractérise par sa souplesse. Il peut être : temporaire (après une hospitalisation, en cas d'absence des proches...), permanent, à temps partiel (par exemple durant la journée... à temps complet, c'est-à-dire la journée et la nuit (24h/24), séquentiel (par exemple tous les week-ends).

Prestations

L'accueillant familial intègre la personne accueillie à la vie quotidienne de sa famille. Il prend en compte ses besoins, ses souhaits et ses aspirations afin de lui proposer un accueil personnalisé. Il assure l'hébergement et la restauration de la personne accueillie ainsi que l'entretien de ses effets personnels et des pièces mises à sa disposition.

L'accueillant familial doit mettre à disposition de la personne accueillie : une chambre de 9 m² minimum pour une personne seule ou de 16m² pour un couple ; des équipements adaptés au niveau d'autonomie de la personne que le demandeur souhaite accueillir ; une salle d'eau et des toilettes, partagées ou privées ; un moyen de communication permettant de demander du secours immédiatement en cas de besoin.

La personne accueillie a libre accès aux pièces communes (salon, salle à manger, salle de bain...). La circulation dans le domicile doit être facile et sans danger pour les personnes se déplaçant avec difficulté. L'accueillant fait participer la personne accueillie à la vie quotidienne de la famille. Ainsi les repas sont partagés en famille.

Les accueillants familiaux peuvent également accompagner les personnes qui ont besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne (lever, coucher, toilette...).

Ils doivent également permettre à la personne accueillie de sortir, de continuer à avoir des activités. Ils doivent être en mesure de l'accompagner à l'extérieur.

D'une manière générale, les accueillants familiaux s'engagent à garantir le respect de la santé, la sécurité et le bien-être de la personne accueillie.

Coût

Le coût de l'accueil va dépendre du nombre de jours d'accueil et des conditions financières fixées dans le contrat pour : la rémunération pour services rendus (élément principal de la rémunération), complétée d'une indemnité de congé ; l'indemnité de sujétions particulières, prévue dans le cas où le handicap ou le niveau de dépendance de la personne accueillie nécessite une disponibilité accrue de l'accueillant ; l'occupation d'une partie du logement (l'équivalent d'un loyer) : il s'agit de l'« indemnité représentative de mise à disposition de la ou des pièces réservées à la personne accueillie » ; les frais occasionnés par l'hébergement (nourriture, entretien du linge...) : il s'agit de « l'indemnité représentative des frais d'entretien ».

Ces éléments de rémunération sont librement négociés entre l'accueillant familial et la personne accueillie, dans la limite du cadre fixé par la réglementation.

Source : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement>

Consulté le 24/04/2019

Annexe 7 : tarification des établissements et aides

Tarification

Le financement des EHPAD repose sur trois sources de financement :

- le budget "soins", intégralement à la charge de l'Assurance maladie, sert à financer le personnel soignant et les équipements médicaux ;
- le budget "dépendance", financé majoritairement par les départements et en partie par les résidents, sert aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues ...) ;
- le budget d'hébergement (hôtellerie, restauration, animation ...) est à la charge du résident qui, en fonction de sa situation financière, peut percevoir des aides publiques.

Le forfait soins repose, pour la partie des ressources allouées à l'hébergement permanent, sur une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS). Des financements complémentaires alloués par les ARS de façon non pérenne interviennent d'une part pour les autres modalités d'accueil (accueil temporaire notamment), d'autre part pour tenir compte de charges spécifiques et ponctuelles que peuvent supporter les EHPAD (investissements, actions de prévention, expérimentations...).

Le financement de la dépendance relève lui aussi d'un forfait, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents de l'établissement.

Source : <https://www.cnsa.fr/grands-chantiers/reforme-de-la-tarification-en-ehpad>

Consulté le 22/04/2019

Aides en établissement

L'APA

Présentation

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est une allocation destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie. L'APA en établissement aide à payer une partie du tarif dépendance facturé aux résidents des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et des USLD (unités de soins de longue durée).

L'APA en établissement aide le résident à payer le tarif dépendance correspondant à son GIR. En effet, en EHPAD, les soins sont pris en charge par l'Assurance maladie, les prestations

relatives à l'hébergement par le résident ou l'aide sociale, tandis que l'aide et l'accompagnement liés à la dépendance sont pris en charge en partie par l'APA.

Le GIR correspond au degré de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible. Seules les personnes appartenant aux GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

Conditions d'attributions

Être âgé de 60 ans ou plus, résider en France de façon stable et régulière, être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par le médecin coordonnateur de l'établissement.

Il n'y a pas de conditions de revenu pour bénéficier de l'APA. En revanche, le montant attribué dépend du niveau de revenus. Au-delà d'un certain niveau de revenus, une participation progressive sera demandée.

L'APA en établissement concerne les établissements suivants : les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les USLD (unités de soins de longue durée). Par ailleurs, l'établissement doit être situé en France.

Calcul du montant

Le montant de l'APA en établissement va être calculé en fonction : des ressources, du montant du tarif dépendance correspondant au GIR en vigueur dans l'établissement.

Il existe trois tarifs dépendance possibles : le tarif GIR 1-2 : pour une personne en perte d'autonomie importante, c'est le tarif le plus élevé ; le tarif GIR 3-4 : pour une personne en perte d'autonomie moyenne, c'est le tarif moyen ; le tarif GIR 5-6 : pour une personne autonome, c'est le tarif le moins élevé.

Les personnes bénéficiaires de l'APA (c'est-à-dire ayant un niveau de perte d'autonomie évalué en GIR 1, 2, 3 ou 4) ayant des revenus inférieurs à 2472,04 euros par mois ne paient pas le tarif dépendance correspondant à leur GIR.

Elles paient uniquement le montant du tarif dépendance pour le GIR 5-6 correspondant à la somme minimale à payer par tous les résidents d'un EHPAD. L'APA prend en charge la différence entre le tarif dépendance correspondant à leur GIR et le tarif dépendance GIR 5-6.

Le versement de l'APA en établissement par le conseil départemental se fait directement à l'établissement. Le montant facturé par l'établissement prend en compte le montant de l'APA. Celui-ci est déduit de la facture.

L'ASH

Présentation

Pour éviter un maintien à domicile contraint par des raisons financières, l'ASH (aide sociale à l'hébergement) peut être demandée auprès du conseil départemental par les personnes âgées hébergées en établissement. Le conseil départemental paie la différence entre le montant de la facture et la contribution de la personne, voire de ses obligés alimentaires.

Les montants d'ASH versés sont récupérables par le conseil départemental.

Conditions d'attribution

Avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail), résider en France de façon stable et régulière ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité, avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement.

L'ASH peut être accordée pour un hébergement : en résidence-autonomie (ex-logement-foyer), en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), en USLD (unité de soins de longue durée). Pour que l'ASH soit accordée, il faut que ces établissements disposent de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

Prises en charge et montant

L'ASH prend en charge une partie ou la totalité des frais d'hébergement du résident.

Elle peut aussi financer le tarif dépendance pour les résidents des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et des USLD (unités de soins de longue durée).

L'ASH est versée par les conseils départementaux. Tous les conseils départementaux ont leur propre règlement d'aide sociale. La loi pose des principes et les conditions concrètes d'application sont précisées dans chaque département. Les règles sont donc différentes en fonction des départements.

Le conseil départemental fixe le montant de l'ASH en fonction de la situation de la personne accueillie en établissement. Il étudie : ses ressources, les ressources de son conjoint, les ressources de ses obligés alimentaires.

Le bénéficiaire de l'ASH doit reverser 90 % de ses revenus à l'établissement d'hébergement. S'il touche une aide au logement, cette aide est prise en compte dans les revenus. Les 10 %

restants sont laissés à sa disposition. Cette somme ne peut pas être inférieure à un certain montant.

Une somme minimum laissée aux bénéficiaires de l'ASH en maison de retraite.

En fonction de la situation de la personne âgée et de ses obligés alimentaires, le règlement de la facture d'hébergement peut se partager entre : la personne âgée ou son conjoint, son ou ses obligés alimentaires, le conseil départemental.

Modalités de versement

L'ASH est versée par les conseils départementaux. Tous les conseils départementaux ont leur propre règlement d'aide sociale. Les règles sont donc différentes en fonction des départements. En général, le résident règle ses frais d'hébergement à l'établissement à hauteur de 90 % de ses ressources. Le conseil départemental paie la partie non couverte par les revenus du résident directement à l'établissement. Il récupère ensuite la participation demandée aux obligés alimentaires s'il y en a.

Les montants d'ASH versés par le conseil départemental sont récupérables du vivant et au décès de la personne bénéficiaire.

Les aides au logement en établissement

Présentation

Les personnes âgées qui vivent en établissement peuvent percevoir une aide au logement. Elles sont destinées à réduire la dépense de logement en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) USLD (unité de soins de longue durée) Résidence autonomie (ex-logement foyer).

Le logement doit constituer la résidence principale (c'est-à-dire occupé au moins 8 mois par an).

Il existe deux aides au logement susceptibles d'être versées aux personnes âgées en établissement : l'APL (aide personnalisée au logement), l'ALS (allocation de logement sociale). Ces deux aides ne sont pas cumulables.

L'APL (aide personnalisée au logement) est versée uniquement si l'établissement est conventionné. L'ALS (allocation de logement sociale) est versée dans les autres cas.

Conditions d'attribution, modalités de calcul et de versement

Il n'y a pas d'âge maximum, il faut être en situation régulière sur le territoire français,

Plusieurs paramètres entrent en ligne de compte pour le calcul de l'aide au logement : les ressources du résident, le coût de l'hébergement, le lieu où est situé l'établissement.

L'APL (aide personnalisée au logement) ne peut être versée au résident que si l'établissement dans lequel il vit est conventionné APL, c'est-à-dire si l'établissement a signé une convention avec le Préfet. Si l'établissement n'est pas conventionné APL, il est possible de percevoir l'ALS (allocation de logement sociale).

L'aide au logement est versée tous les mois. Elle peut être versée directement à l'établissement. Dans ce cas, le montant facturé sera diminué du montant de cette aide.

La réduction d'impôt en établissement d'hébergement

Les montants pris en compte pour calculer cette réduction d'impôt sont les dépenses effectuées durant l'année précédant l'année de déclaration : pour payer les frais liés à la dépendance (c'est-à-dire l'accompagnement par du personnel formé par exemple pour l'aide à la toilette, aux déplacements...) ; pour payer les frais d'hébergement.

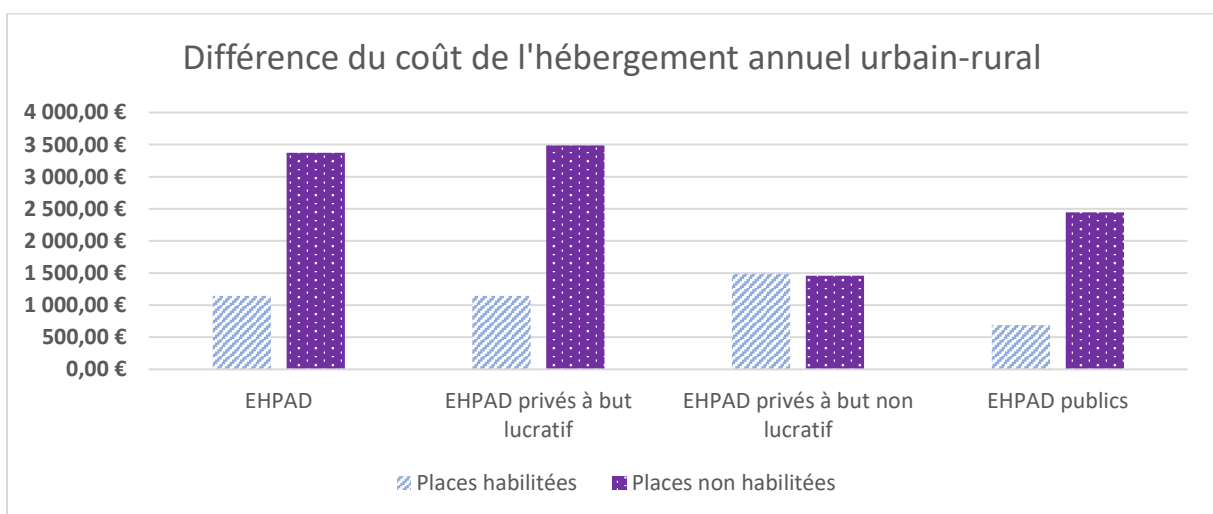
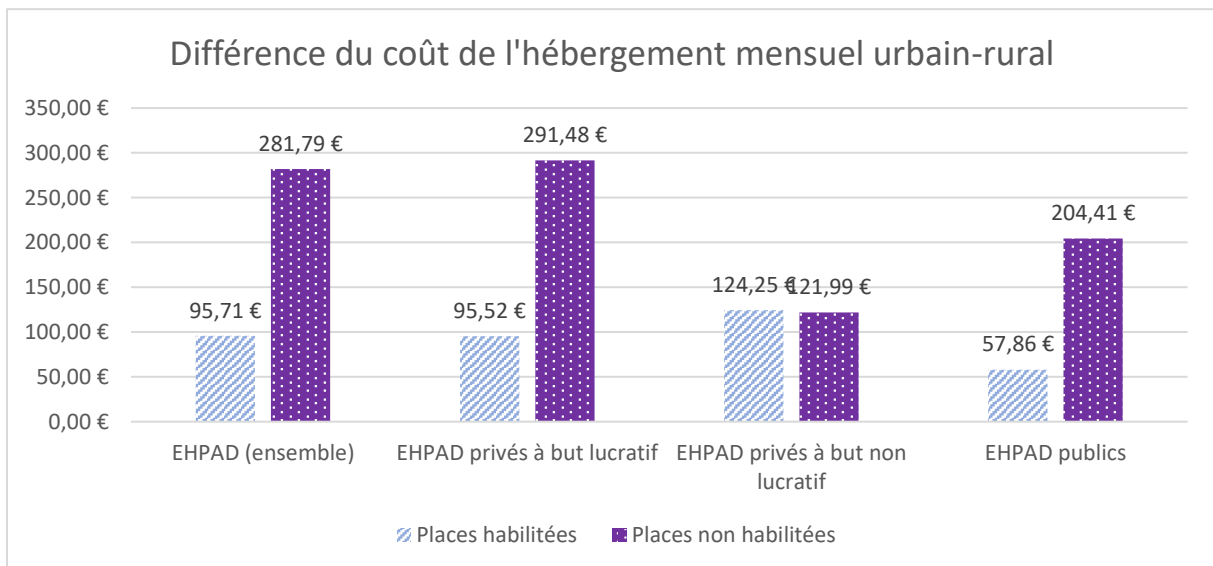
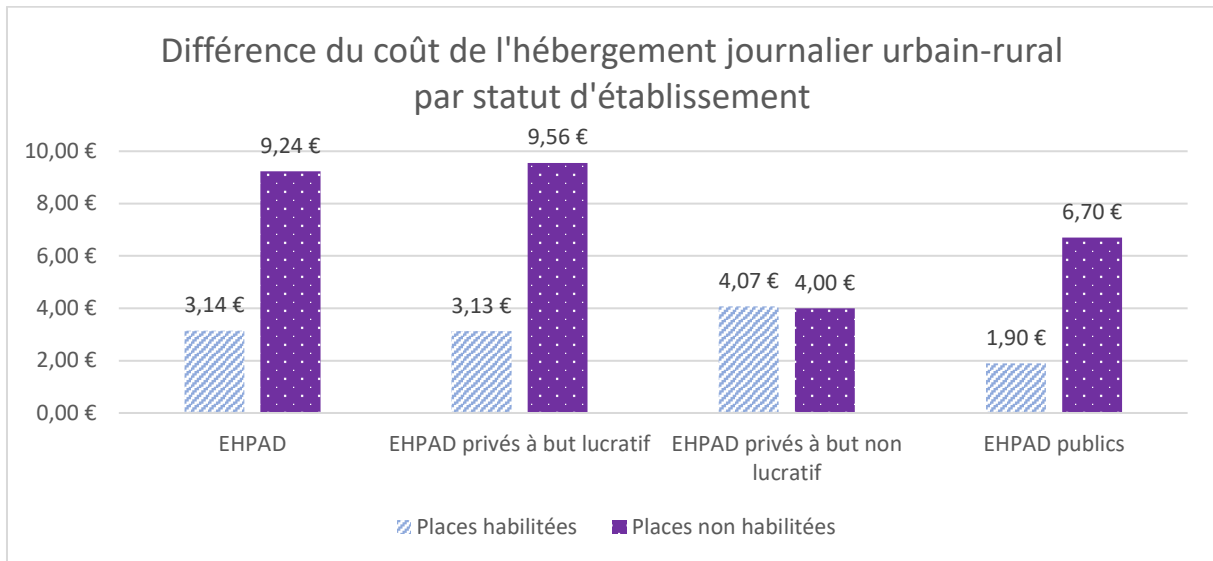
Il faut déduire de ces montants les éventuelles aides perçues : aides au logement et APA (allocation personnalisée d'autonomie) pour régler ces dépenses.

La réduction d'impôt est égale à 25% des sommes réglées pour l'hébergement et la dépendance durant l'année avec un plafond à 10 000 € par personne hébergée.

Source : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides>

Consulté le 24/04/2019

Annexe 8 : différences du coût de l'hébergement urbain-rural en EHPA



Annexe 9 : Evaluation du GIR et du PATHOS

Définition :

« La grille AGGIR (autonomie gérontologique, groupes iso-ressources) permet de mesurer la perte d'autonomie d'une personne âgée. Est évaluée sa capacité à accomplir dix activités physiques et mentales, dites discriminantes (se laver, se déplacer, s'orienter, etc.) et sept activités domestiques et sociales, dites illustratives. Les variables discriminantes sont utilisées dans le calcul du GIR (groupe iso-ressources), indicateur du niveau de dépendance de la personne. Ainsi, en fonction de leur perte d'autonomie, les personnes âgées sont rattachées à un des six GIR (le GIR 1 correspondant aux situations de dépendance les plus élevées et le GIR 6 aux dépendances les plus légères). Les personnes classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui prend en charge une partie du tarif dépendance facturé aux résidents en établissement. Les variables illustratives ne sont pas prises en compte dans le calcul du GIR mais permettent d'orienter, pour les personnes âgées résidant à domicile, le plan d'aide qui en découle. »

Source : Muller M., « L'accueil des personnes âgées en établissement entre progression et diversification de l'offre », *Les dossier de la DREES*, septembre 2017, n°20, p. 4.

Exemple de grille AGGIR

Grille AGGIR

Autonomie Gérontologie - Groupes Iso-ressources

Critères de codage :

A= Fait seul(e) habituellement

Nom

:

Prénom :

B= Fait partiellement

Age :

C= Ne fait pas

VARIABLES DISCRIMINANTES		Codage
1 Cohérence Converser et/ou se comporter de façon logique et sensée		<input type="text"/>
2 Orientation Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux.		<input type="text"/>
3 Toilette du haut et du bas du corps assurer son hygiène corporelle	Haut	<input type="text"/>
	Bas	<input type="text"/>
4 Habillage haut, moyen, bas s'habiller, se déshabiller, se présenter	Haut	<input type="text"/>
	Moyen	<input type="text"/>
	Bas	<input type="text"/>
5 Alimentation : se servir, manger se servir et manger les aliments préparés	Se servir	<input type="text"/>
	Manger	<input type="text"/>
6 Elimination urinaire, fécale assurer l'hygiène de l'élimination urinaire et fécale	Urinaire	<input type="text"/>
	Fécale	<input type="text"/>
7 Transferts Se lever, se coucher, s'asseoir		<input type="text"/>
8 Déplacements à l'intérieur avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		<input type="text"/>
9 Déplacement à l'extérieur à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		<input type="text"/>
10 Communication à distance utiliser les moyens de communications : téléphone, alarme, sonnette		<input type="text"/>

Groupe GIR :

Date

24/04/2019

Cachet :

Signature :

Evaluation PATHOS

Les médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) analysent les besoins en soins de leurs résidents. Ces évaluations sont ensuite validées par les médecins des agences régionales de santé (ARS) et des conseils départementaux.

Cet outil est renseigné *via* une interface informatique.

Le modèle PATHOS comporte :

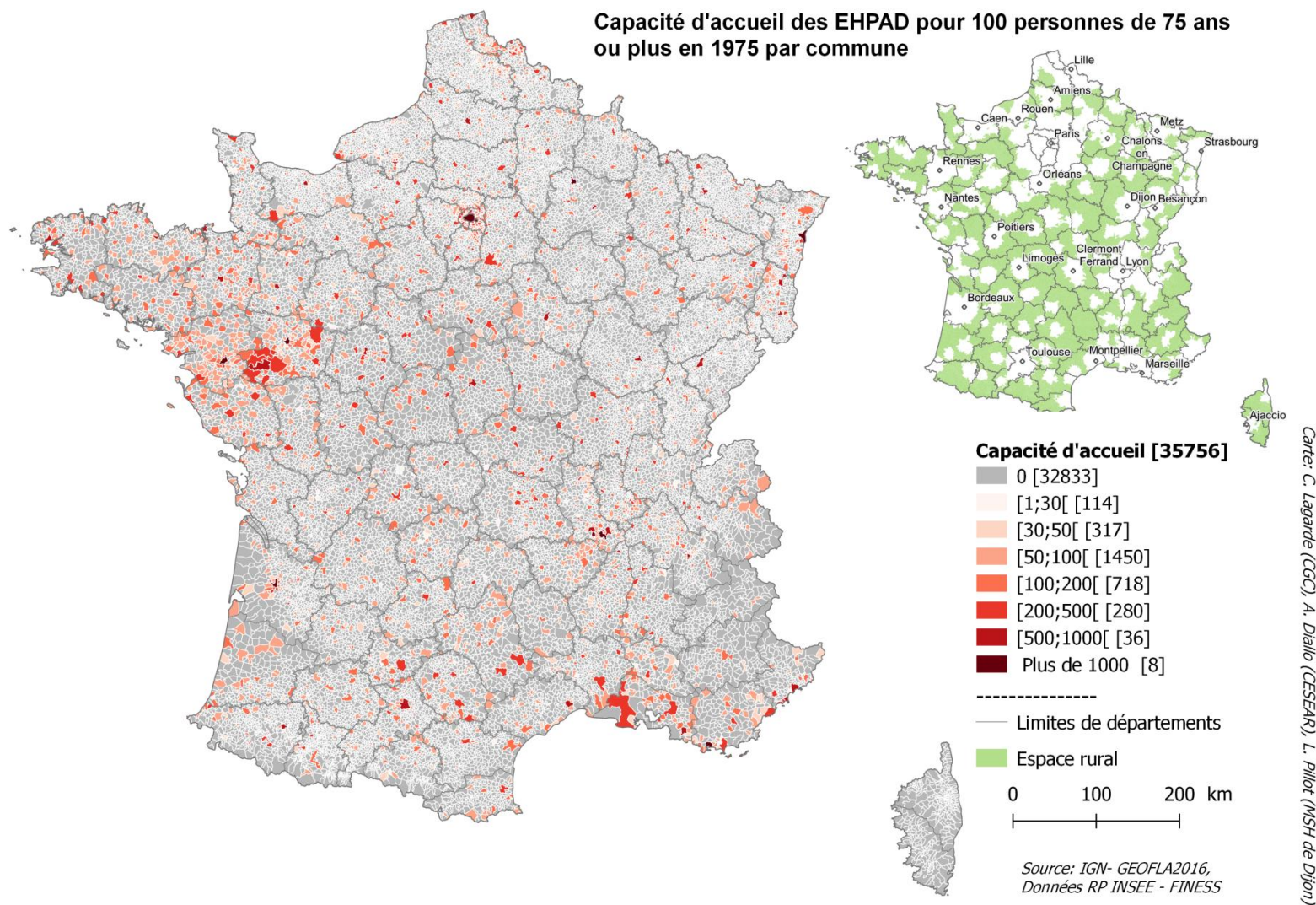
- Un thésaurus de 50 états pathologiques représentant la très grande majorité des situations cliniques rencontrées en gériatrie ;
- 12 profils de stratégie thérapeutique ou profils de soins chaque état pathologique repéré étant caractérisé par un profil et un seul ;
- 8 postes de ressources ou postes de soins médico-techniques nécessaires.

Annexe 10 : catégories professionnelles détaillées et agrégées dans les établissements pour personnes âgées

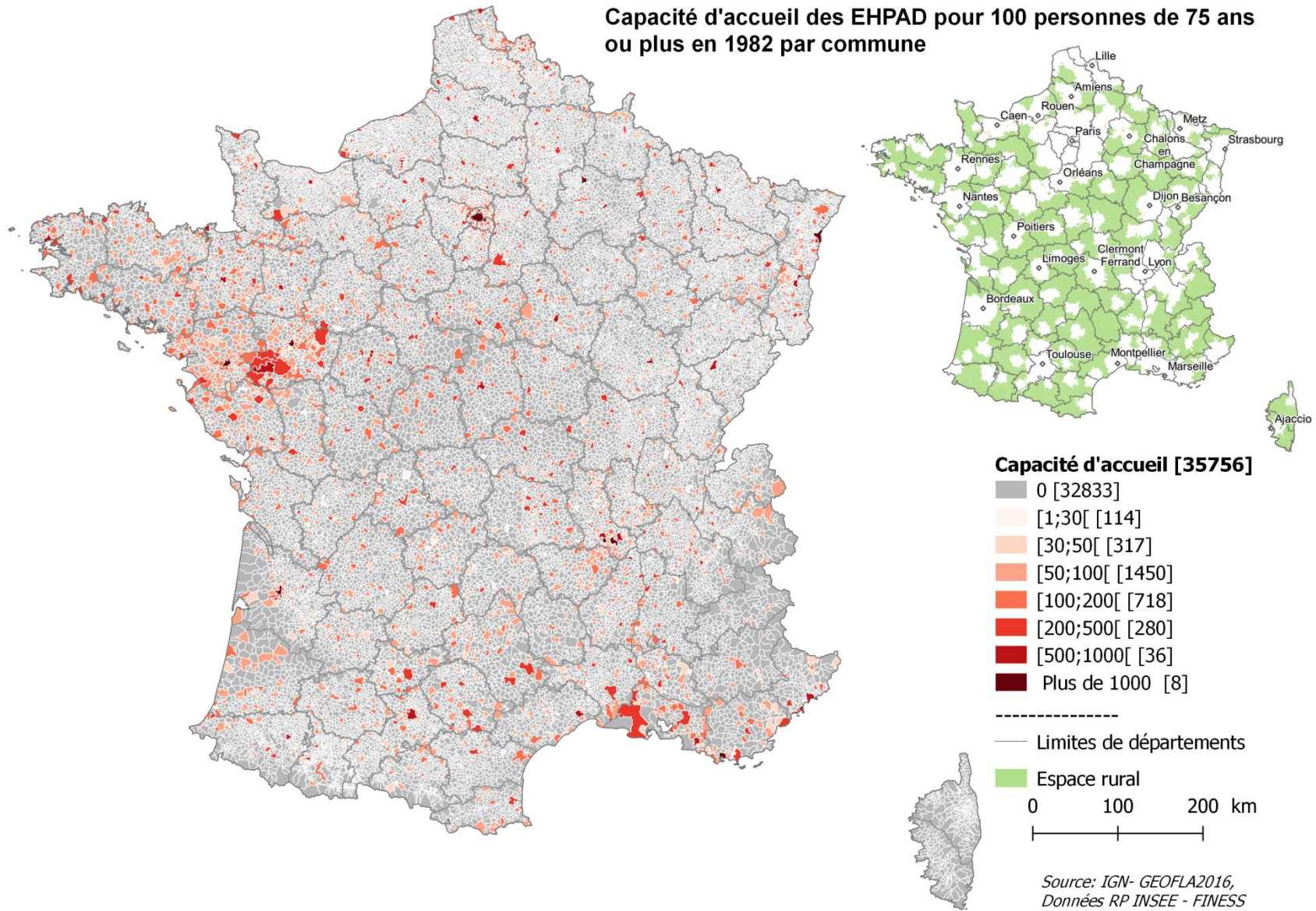
Catégories agrégées	Catégories détaillées
Agent de service	Agent de service hospitalier (public) ou agent de service (privé)
Personnel de direction, de gestion et d'administration	Agent administratif et personnel de bureau (secrétaire, standardiste, hôtesse d'accueil, personnel informatique, comptable...)
	Autre personnel de direction, de gestion ou d'administration
	Directeur
	Directeur adjoint, attaché de direction, économiste
Personnel d'encadrement	Cadre infirmier
	Cadre infirmier psychiatrique
	Cadre paramédical non infirmier
	Cadre socio-éducatif ou autre cadre social
Personnel des services généraux	Agent de service général (agent de buanderie, agent de cuisine...)
	Autre personnel des services généraux
	Ouvrier professionnel (plombier, électricien, jardinier, cuisinier.)
Personnel éducatif, pédagogique, social et d'animation	Animateur social
	Assistant de service social
	Autre personnel éducatif, pédagogique et social
	Auxiliaire de vie sociale assistante de soins en gérontologie
	Auxiliaire de vie sociale non assistante de soins en gérontologie
	Conseiller en économie sociale familiale
	Éducateur spécialisé
	Moniteur-éducateur
Technicien de l'intervention sociale et familiale	
Personnel médical	Autre spécialiste
	Médecin coordonnateur
	Médecin directeur
	Médecin généraliste

	Médecin spécialiste en gériatrie
	Médecin spécialiste en psychiatrie
	Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle
	Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIU, etc.)
Psychologue, personnel paramédical ou soignant	Aide-médico-psychologique assistant de soins en gérontologie
	Aide-médico-psychologique non assistant de soins en gérontologie
	Aide-soignant assistant de soins en gérontologie
	Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie
	Autre personnel paramédical
	Diététicien
	Ergothérapeute
	Infirmier diplômé d'État
	Infirmier psychiatrique
	Masseur-kinésithérapeute
	Orthophoniste
	Orthoptiste
	Pédicure-Podologue
	Psychologue
	Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité

Annexe 11 : capacité d'accueil communale des EHPAD pour 100 personnes de 75 ans ou plus (évolution par recensement)

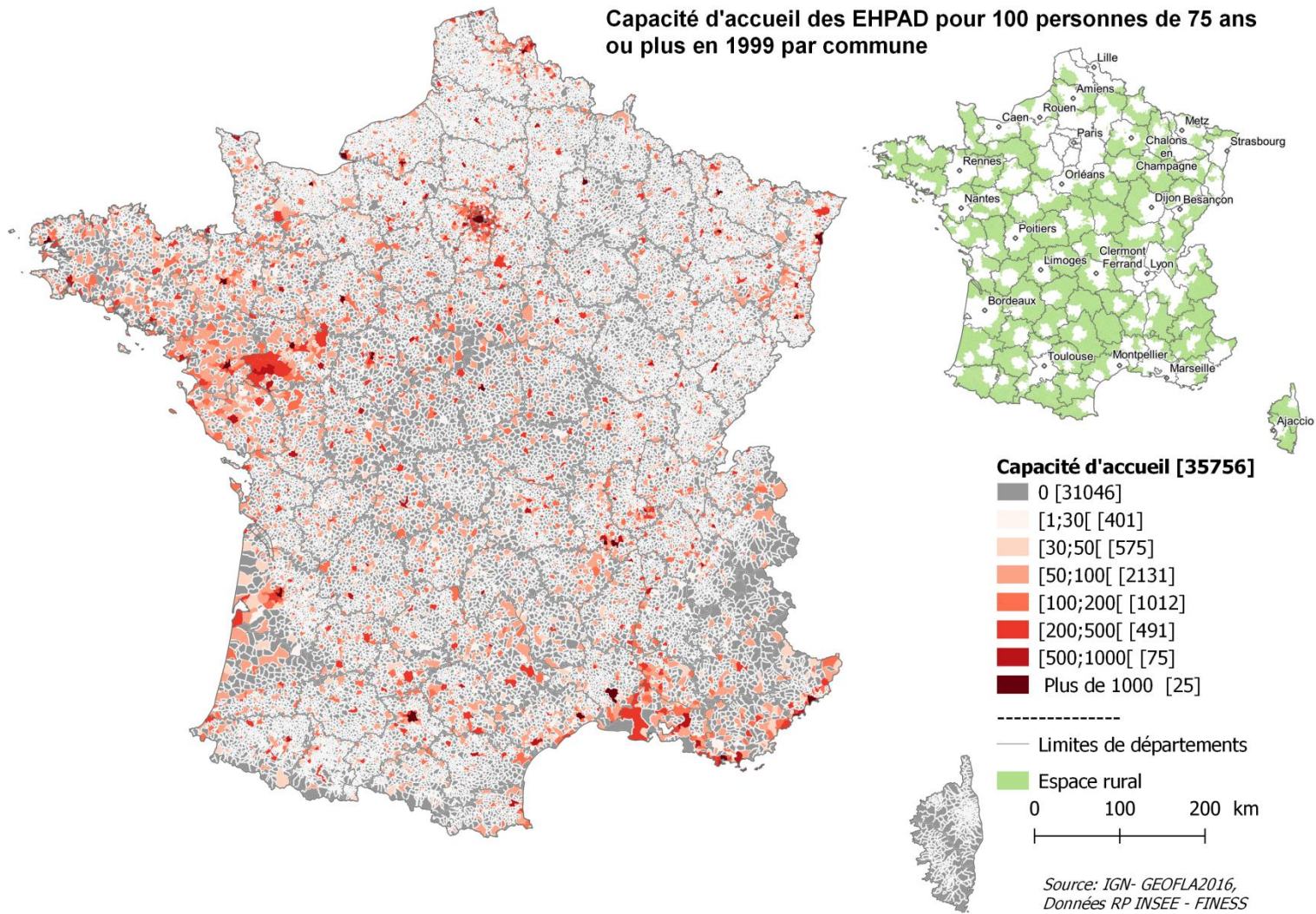


Capacité d'accueil des EHPAD pour 100 personnes de 75 ans ou plus en 1982 par commune



Carte: C. Lagarde (CGC), A. Diallo (CESEFAR), L. Pilot (MSH de Dijon)

Capacité d'accueil des EHPAD pour 100 personnes de 75 ans ou plus en 1999 par commune



Carte: C. Lagarde (GGC), A. Diallo (CESEAR), L. Pillot (MSH de Dijon)

Annexe 12 : données INSEE de la commune d'implantation de l'établissement de référence

Population

Population en 2015	857
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2015	77,8
Superficie (en km ²)	11
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2010 et 2015, en %	0,5
Nombre de ménages en 2015	348
Sources : Insee, RP2010 et RP2015 exploitations principales en géographie au 01/01/2017	
Naissances domiciliées en 2016	10
Décès domiciliés en 2016	20

Source : Insee, état civil en géographie au 01/01/2017

Logement

Nombre total de logements en 2015	455
Part des résidences principales en 2015, en %	76,6
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2015, en %	22,3
Part des logements vacants en 2015, en %	1,1
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2015, en %	74,1

Source : Insee, RP2015 exploitation principale en géographie au 01/01/2017

Revenus

Nombre de ménages fiscaux en 2015	342
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2015, en euros	20429

Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2016

Emploi - Chômage

Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2015	210
dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2015, en %	74,5
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 2010 et 2015, en %	0,8
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2015	76,8
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2015	7,4

Sources : Insee, RP2010 et RP2015 exploitations principales en géographie au 01/01/2017

Établissements

Nombre d'établissements actifs au 31 décembre 2015	77
Part de l'agriculture, en %	5,2
Part de l'industrie, en %	9,1
Part de la construction, en %	13
Part du commerce, transports et services divers, en %	54,5
dont commerce et réparation automobile, en %	18,2
Part de l'administration publique, enseignement, santé et action sociale, en %	18,2
Part des établissements de 1 à 9 salariés, en %	19,5
Part des établissements de 10 salariés ou plus, en %	1,3

Champ : ensemble des activités

Source : Insee, CLAP (connaissance locale de l'appareil productif) en géographie au 01/01/2015

Données consultées en ligne le 22/07/18

<https://www.insee.fr>

Annexe 13 – A : guide d’entretien à destination des professionnels

Les questions sont ici rédigées de manière linéaire mais, durant les entretiens, elles ont été posées selon les personnes rencontrées, leur situation et le nombre de rencontres qu’il a été possible d’organiser.

Quel est votre âge ?

Etes-vous marié ?

Si oui, quel est la profession de votre conjoint ?

Avez-vous des enfants ?

Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?

Quelle est votre fonction ?

Quelle est votre ville d’origine et votre ville d’habitation aujourd’hui ?

Pourquoi êtes-vous venu travailler ici ?

A votre avis quels sont les avantages et les inconvénients pour vous à travailler ici ?

Si vous avez déjà travaillé ailleurs, quelles sont les différences entre cet EHPAD et les autres endroits où vous avez travaillé ?

Connaissez-vous personnellement des résidents ?

Si oui, quels sont vos liens ?

Est-ce que vous considérez que votre travail est différent lorsque vous connaissez le résident ?

D’une manière générale, comment décririez-vous vos relations avec les résidents ?

Connaissez-vous personnellement des autres salariés ?

Si oui, quels sont vos liens ?

D’une manière générale, comment décririez-vous vos relations avec vos collègues ?

Est-ce que vous vous voyez avec d’autres salariés en dehors de l’EHPAD ?

Si oui, pour quelle raison ?

A votre avis quels sont les avantages et les inconvénients pour les résidents de vivre ici ?

Si un proche recherchait un EHPAD, lui conseilleriez-vous celui-ci ?

Si, oui pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Diriez-vous que dans cet EHPAD les résidents sont ici chez eux ?

Est-ce qu'il vous arrive de rendre des services aux résidents ?

Si oui, quel type de service ?

Connaissez-vous des résidents qui rendent service aux autres ?

Si oui, quel type de service ?

Pourriez-vous me dire quelle est, à votre avis, la place de l'EHPAD dans le village ?

Annexe 13 – B : guide d’entretien à destination des élus de la commune

Quel est votre âge ?

Quel est votre lieu de naissance ?

Depuis combien de temps vivez-vous ici ?

Avez-vous toujours habité ici ?

Quelle est votre profession ?

Quelle est votre fonction à la mairie ?

Quelle est votre ancienneté dans la fonction ?

Avez-vous d’autres fonctions électorales ?

Comment qualifieriez-vous votre travail d’élus ?

Selon vous, est-il différent de celui des élus en milieu urbain ?

Si oui, pourquoi ?

Avez-vous de(s) fonction(s) dans l’établissement ?

Si oui, lesquelles ?

A quelle fréquence vous y rendez-vous ?

Pour quelle(s) raison(s) ?

Quelles sont selon vous les spécificités de cet établissement ?

Comment qualifieriez-vous la vie des résidents dans cet établissement ?

Comment qualifieriez-vous le travail dans cet établissement ?

Comment définiriez-vous la place de l’établissement dans la commune ?

Avez-vous des proches qui y vivent ou y travaillent (amis, famille) ?

Si oui, pouvez-vous décrire les liens ?

Annexe 13 – C : guide entretien à destination des familles

Quel est votre âge ?

Quel est votre lien de parenté avec la personne ?

Quel est votre lieu d'habitation ?

Quelle est votre profession ?

Avez-vous des frères et sœurs ?

Si oui, où habitent-ils et quelle est leur profession ?

Pouvez-vous m'expliquer pourquoi votre parent vit en EHPAD ?

Pouvez-vous raconter l'arrivée de votre parent à l'EHPAD ?

Est-ce vous qui l'avez aidé dans ses démarches ?

Est-ce vous qui l'avez aidé pour emménager ?

Comment avez-vous choisi le mobilier ?

Connaissiez-vous l'EHPAD avant ?

Si oui, comment ?

Etiez-vous déjà venu à l'EHPAD ?

Si oui, pourquoi ?

Est-ce que vous connaissiez des personnes dans l'EHPAD avant l'arrivée de votre parent (résidents, personnel) ?

Si oui, qui sont-elles et quels sont vos liens avec elles ?

Est-ce que votre parent connaissait des personnes dans l'EHPAD avant son arrivée ?

Si oui, qui sont-elles et quels sont ses liens avec elles ?

Est-ce que l'établissement correspond à l'idée que vous vous en étiez faite ?

Comment s'organise le quotidien de votre parent ?

A quelle fréquence rendez-vous visite à votre parent ?

Est-ce que d'autres personnes lui rendent visite ?

Si oui, de qui s'agit-il et à quelle fréquence ?

Vous arrive-t-il de sortir avec votre parent de l'établissement ?

Si oui, pour quelle raison ?

Vous arrive-t-il de participer à des repas ou des activités de l'établissement ?

Si oui, à quelle occasion et à quelle fréquence ?

Est-ce que vous discutez avec d'autres résidents ?

Est-ce qu'il vous arrive de rendre des services à d'autres résidents ?

Annexe 13 – D : guide d’entretien à destination des résidents

Etat civil

Quel est votre âge ?

Où êtes-vous né ?

Où habitiez-vous avant de venir ici ?

Si la personne n’est pas originaire du coin : pourquoi êtes-vous venu vous installer ici ?

Quelle était votre profession ?

Etes-vous ou avez-vous été marié ?

Si oui, quel était sa profession ?

Si veuf : depuis combien de temps votre conjoint est-il décédé ?

Avez-vous des enfants ?

Si oui, où habitent-ils ?

Quelle est leur profession ?

Avez-vous des petits et arrière-petits-enfants ?

(Nous avons aussi souvent abordé les parents et la fratrie des résidents)

Entrée en établissement (premier entretien) :

Pourquoi êtes-vous venu vivre en établissement ?

Comment s’est fait ce choix ?

Est-ce que quelqu’un vous a aidé dans les démarches ?

Si oui, qui vous a aidé ?

Avez-vous fait plusieurs dossiers de demande ?

Aviez-vous visité avant de venir vous installer ?

Pourquoi avez-vous choisi cet établissement en particulier ?

Etiez-vous déjà venu dans cet établissement avant ?

Si oui, pour quelle raison ?

Connaissiez-vous des personnes dans cet établissement (résident ou personnel) ?

Comment avez-vous choisi les meubles ou les objets à amener dans votre chambre ?

Qui vous a aidé pour l’emménagement ?

Vie quotidienne (deuxième ou troisième entretien) :

Depuis que vous êtes installé, que pensez-vous de votre vie ici ?

Pouvez-vous m’expliquer comment se passent les journées ?

Comment se passent les repas ?

Qu'est-ce qui est différent pour vous par rapport à votre vie d'avant ?

Est-ce que vous participez aux activités de l'établissement ?

Si oui, lesquelles ?

Avez-vous des visites ?

Si oui, qui vient vous rendre visite ?

A quelle fréquence ?

Vous arrive-t-il de sortir du bâtiment ?

Si oui, pour quelle activité ?

Vous arrive-t-il de sortir en dehors de l'établissement ?

Si oui, pour quelle raison ?

Avec qui ?

Connaissiez-vous des membres du personnel avant de venir ici ?

Ou avez-vous découvert que vous connaissiez des membres du personnel ?

Si oui, quels sont vos liens ?

Que fait le personnel pour vous ?

Que pensez-vous du personnel ?

Connaissiez-vous des résidents avant de venir ici ?

Ou, avez-vous découvert que vous connaissiez des résidents ?

Si oui, quels sont vos liens ?

Que pensez-vous des autres résidents ?

Est-ce qu'il vous arrive de rendre visite à d'autres résidents dans leur chambre ?

Est-ce que vous discutez avec d'autres résidents ?

Si oui, qui et à quelle occasion ?

Est-ce que vous faites des activités avec les autres résidents, en dehors des animations prévues par l'établissement ?

Si oui, quelle activité et avec qui ?

Est-ce que vous vous sentez chez vous ici ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

Annexe 14 : questionnaire à destination des professionnels

QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Ce questionnaire a pour but de compléter mes recherches sur les établissements pour personnes âgées en milieu rural dans le cadre de ma thèse de sociologie.

Si vous le souhaitez, vous pouvez développer vos réponses et ajouter des commentaires au verso des feuilles.

Par avance, je vous remercie pour votre participation.

Poste occupé dans l'établissement :

Date d'entrée dans l'établissement :/...../.....

Commune d'habitation :

Age :

Sexe : Féminin

Masculin

1. RESIDENTS

1.1. Un membre de votre famille, ou plusieurs, réside-t-il actuellement à l'EHPAD de Noireux ?

➔ Si oui, indiquer votre lien de parenté (père, mère, enfant, beau-père, etc.)

a) Membre 1 :

b) Membre 2 :

c) Membre 3 :

1.2. Un proche, ou plusieurs, réside-t-il actuellement à l'EHPAD de Noireux ?

➔ Si oui, indiquer votre lien de proximité (ami, voisin, ancien collègue de travail, etc.)

a) Personne 1 :

b) Personne 2 :

c) Personne 3 :

(➔ Si nécessaire, vous pouvez écrire au recto de cette feuille)

1.3 Travaillez-vous auprès de cette (ces) personne(s)

Oui Non

➔ Si vous travaillez auprès de cette personne, que pensez-vous de cette situation ?

a) elle facilite votre travail ? Oui Non

b) au contraire, elle le complique ? Oui Non

c) autre :

.....
.....
.....
.....

➔ Si vous ne travaillez pas auprès de cette personne, est-ce pour une raison (ou des raisons) précise ?

.....
.....
.....
.....
.....

1.4. Avez-vous déjà eu un membre de votre famille ou un proche résidant à l'EHPAD de Noireux ?

➔ Si oui, pouvez-vous indiquer votre lien de parenté ou vos liens de connaissance avec la personne proche :

- Membre de ma famille, lien de parenté (père, mère, tante...) :

a) Membre 1 :

- b) Membre 2 :
- c) Membre 3 :

- Personne proche (hors famille) :

- a) personne 1 :
- b) personne 2 :
- c) personne 3 :

1.5. Avez-vous travaillé auprès de cette (ces) personne(s)

Oui Non

➔ Si vous avez travaillé auprès de cette personne, que pensez-vous de cette situation ?

- a) a-t-elle facilité votre travail ? Oui Non
- b) au contraire, l'a-t-elle compliqué ? Oui Non
- c) autre :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➔ Si vous n'avez pas travaillé auprès de cette personne, est-ce pour une raison (ou des raisons) précise ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. COLLEGUES

2.1. Avez-vous un (des)membre(s) de votre famille ou un (des) proche(s) qui travaille avec vous à Noireux ?

Oui Non

➔ Si oui, indiquer votre lien de parenté ou vos liens de connaissance avec la personne proche :

- Membre de ma famille, lien de parenté (père, mère, tante...) :

- a) Membre 1 :
- b) Membre 2 :
- c) Membre 3 :

- Personne proche (hors famille) :

- a) personne 1 :
- b) personne 2 :
- c) personne 3 :

(→ Si nécessaire, vous pouvez écrire au recto de cette feuille)

→ Si oui, que pensez-vous de votre relation avec cette personne au travail ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre participation

Ce questionnaire est anonyme. Merci, si vous acceptez un entretien, de bien vouloir me laisser vos coordonnées afin que je puisse vous joindre.

Dans ce cas, remplir cette dernière partie, la détacher et la mettre dans la deuxième enveloppe.

Nom :

Prénom :

Poste occupé dans l'établissement :

Coordonnées (numéro de téléphone) pour prendre rendez-vous :

Annexe 15 : présentation synthétique des résidents et du personnel de l'établissement principal⁶²⁵

Résidents

L'établissement a accueilli, durant l'année 2015, 111 personnes, dont 73 % de femmes et 27 % d'hommes. L'âge des résidents est en moyenne de 86 ans et se répartit comme suit :

En moyenne, ils ont eu près de trois enfants, mais nombreux sont ceux à avoir eu une très grande famille (plus de six enfants).

Près de la moitié des personnes sont issues du secteur agricole (quand les professions n'étaient pas renseignées dans le dossier administratif, notamment pour les femmes, nous nous sommes basée sur la caisse de retraite principale). Le reste de la population est majoritairement composé d'ouvriers et d'employés.

Les deux tiers sont nés dans le département et la plupart y habitaient avant d'entrer dans l'EHPAD (huit résidents sur neuf). De même, et en moyenne, les résidents habitaient à une distance de moins de 11 kilomètres de la commune d'implantation de l'établissement et la moitié sont nés à un peu plus de 20 kilomètres. Le recrutement se fait donc très localement.

La plupart sont classés comme dépendants et près des trois quarts comme très dépendants (GIR 1 et 2).

Près des deux tiers sont sous mesure de protection juridique.

Les salariés

L'établissement emploie soixante-quinze personnes (soixante-quatre femmes et treize hommes) dont les postes sont répartis comme suit : deux personnes aux services administratifs, quatre aides médico-psychologiques, deux animateurs, dix-huit aides-soignants, vingt-sept agents de services hospitaliers, un cadre de santé, un directeur, huit infirmiers, un médecin coordonnateur, un mandataire judiciaire, un psychologue, huit personnes des services généraux et techniques.

En moyenne ils ont 44 ans et travaillent dans l'établissement depuis 8 ans.

Plus des deux tiers sont nés dans le département. Ils habitent en moyenne à 11 kilomètres de l'établissement.

⁶²⁵ Les données présentées ici ont été collectées en février 2015

Annexe 16 : services et équipements en communes rurales selon la présence ou l'absence d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées (Saône-et-Loire, 2017)

Communes rurales sans établissement d'hébergement n 1 = 251 communes	Nombre de communes ayant ce type de service	%
Ecole élémentaire et maternelle	37	14,7
Collège	0	0,0
Supermarché	2	0,8
Supérette - épicerie	37	14,7
Boulangerie	54	21,5
Librairie papeterie journaux	4	1,6
Station-service	6	2,4
Police gendarmerie	3	1,2
Banques, caisses d'épargne	9	3,6
Poste(s)	70	27,9
École de conduite	1	0,4
Coiffure	63	25,1
Restaurant	107	42,6
Personnes âgées : soins à domicile	0	0,0
Personnes âgées : services d'aide	13	5,2
Établissement d'accueil du jeune enfant	4	1,6
Maison de santé pluridisciplinaire	2	0,8
Pharmacie	17	6,8
Laboratoire d'analyses et de biologie médicales	0	0,0
Ambulance	6	2,4
Médecin omnipraticien	21	8,4
Chirurgien-dentiste	2	0,8
Infirmier	32	12,7
Masseur kinésithérapeute	12	4,8

Source : Finess 2016 ; Panier services et équipements de la vie courante (INSEE) 2016, Communes de Saône-et-Loire 2016.

Communes rurales avec établissement d'hébergement n2 = 38 communes	Nombre de communes ayant ce type de service	« % »
Ecole élémentaire et maternelle	32	84,2
Collège	18	47,4
Supermarché	20	52,6
Supérette - épicerie	30	78,9
Boulangerie	32	84,2
Librairie papeterie journaux	17	44,7
Station-service	21	55,3
Police gendarmerie	18	47,4
Banques, caisses d'épargne	26	68,4
Poste(s)	34	89,5
École de conduite	15	39,5
Coiffure	34	89,5
Restaurant	33	86,8
Personnes âgées : soins à domicile	13	34,2
Personnes âgées : services d'aide	23	60,5
Établissement d'accueil du jeune enfant	15	39,5
Maison de santé pluridisciplinaire	14	36,8
Pharmacie	28	73,7
Laboratoire d'analyses et de biologie médicales	8	21,1
Ambulance	14	36,8
Médecin omnipraticien	30	78,9
Chirurgien-dentiste	21	55,3
Infirmier	31	81,6
Masseur kinésithérapeute	26	68,4

Source : *Finess 2016 ; Panier services et équipements de la vie courante (INSEE) 2016, Communes de Saône-et-Loire 2016.*

Pour rappel : nous nous sommes autorisée, pour une meilleure lecture, de convertir les données des communes rurales en pourcentage, malgré des effectifs de communes relativement faibles.

Résidents et personnel en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : création ou recréation de liens spécifiques en milieu rural

Mots-clefs : Vieillesse, vieillissement, établissement d'hébergement, personnes âgées, rural

Résumé

Cette thèse a pour objet l'étude des relations spécifiques qui se nouent entre le personnel, les résidents et leur entourage (famille et amis) au sein des EHPAD situés en milieu rural.

Elle vise à analyser les processus mis en place par les acteurs pour passer d'un réseau d'interconnaissance à un système d'interdépendance et comment chacun s'adapte, se réorganise, plus ou moins, dans des établissements où le législateur a fortement codifié le cadre relationnel.

L'entrée en EHPAD marque, dans tous les cas, une rupture biographique forte. Pour beaucoup de personnes, elle les contraint à faire le deuil d'une grande partie de leur vie antérieure. Elle oblige les résidents à se (re)construire une nouvelle identité, un nouveau statut de personne âgée, dépendante, vivant en institution. Notre travail vise à analyser comment cette réappropriation s'opère avec les salariés de l'institution qui, souvent, faisaient déjà partie du même réseau relationnel.

Cette recherche emprunte les méthodes propres à l'ethnographie afin de dégager des résultats de type monographique. Elle s'appuie, notamment, sur le recueil d'entretiens semi-directifs afin d'appréhender l'expression des différents protagonistes relativement à la façon dont ils perçoivent cette situation atypique. Les périodes d'observation (à l'entrée, après six mois et après un an de présence pour les résidents) permettent de réinscrire les récits recueillis dans les différents temps et espaces de l'établissement et du village de référence.

Elle a pour objectif de proposer une lecture nouvelle des différentes formes d'appartenance en milieu rural et par là, des processus mis en place pour tenter de construire (ou reconstruire) et de maintenir des relations sociales suffisamment satisfaisantes pour chacun.

Elderly people and professional in retirement home: creation or recreation of specific links in rural areas

Keywords: old age, aging, retirement home, elderly people, rural

Abstract:

This thesis studies the specific relationship that develops between the staff, the residents and their family and friends in retirement homes for dependents elderly in a rural environment.

The aim is to analyse the creation process by the actors to go from an acquaintanceship network to an interdependence network and how each adapts, reorganise, more or less, among facilities where the legislator codified strongly the relational framework.

The arrival to a retirement home marks, in all cases, a strong biographical break. For a little of people, it means having to accept abandoning a significant part of their past life. It forces the residents to (re)build themselves a new identity, a new status as an elderly person, dependant and living in a facility which, often, was already part of the same the relationship network.

This study uses methods specific to ethnography to bring forth results of a monographic type. It relies, especially, on the collection of semi-directed interviews to apprehend the expression of the different actors relative to the way they perceive this atypical situation. The observation period (at the entrance, after six months and after 1 year of presence for the residents) allow the repositioning of the collected stories in the different times and spaces of the facility and the example village.

The study aims to offer a new take on the different forms of memberships in rural areas and thus, of the creation process used to try to build (or rebuild) and maintain sufficiently satisfying social relations for each.