

Directrice du numéro : Dominique GAY-SYLVESTRE  
Université de Limoges

Publié en ligne le 08 décembre 2021  
<https://www.unilim.fr/trahs/4095>

TraHs N°12 | 2021

*Les aînés dans le monde au XXI<sup>e</sup> siècle*

*Actes du IV congrès international réseau international ALEC (3)*

*Elderly people in the world in the 21st Century (3)*





## Note

### Note

**Dominique Gay-Sylvestre**

Présidente Réseau international ALEC

Le numéro 12 de la revue *Trajectoires Humaines Transcontinentales* (TraHs) conclut les actes du IV Congrès du Réseau international ALEC. Les représentants de nombreux pays des continents américain, africain, européen, de l'Océan indien ont mis en avant les différentes représentations du « vieillir » en fonction des territoires et esquissé le chemin qui reste à parcourir pour que le « bien vieillir » et le « vivre ensemble » deviennent des réalités visibles et tangibles.

En octobre 2021, suite à la COVID-19, l'Assemblée Générale des Nations Unies, dans son article 3 relatif à la « Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development »<sup>1</sup> reconnaît que :

[...] older persons face a number of particular challenges in the enjoyment of their human rights, including, among others, in the areas of prevention of and protection against violence, abuse and neglect, social protection, food and housing, the right to work and access to the labour market, equality and non-discrimination, access to justice, new technologies, education, training, health support, long-term and palliative care, lifelong learning, participation, accessibility and unpaid care work.

Deeply concerned that older persons, in particular older persons with disabilities and those with underlying health conditions, have been disproportionately affected by the COVID-19 pandemic, which in addition to high morbidity and mortality has exacerbated pre-existing inequalities.

Cette reconnaissance qui souligne en même temps l'inobservance des droits des aînés, montre bien que nous n'en sommes encore qu'au début de la nécessaire prise de conscience du rapport à l'autre vieillissant. Outre les séquelles physiques, l'impact psychologique de la distanciation sociale, l'isolement, la solitude subie, le sentiment d'abandon parfois et la stigmatisation qui ont modifié profondément les rapports humains qui pèsent encore lourdement sur le vécu quotidien ont changé notre regard sur la vie, sur la mort, même si « [...] cette méditation sur la mort n'a pas d'autre but que d'apprendre à vivre, à vivre vraiment, à recevoir la « vie en abondance » (Aupetit, 2020 :9).

Le Réseau international ALEC s'est engagé dans la protection des populations vulnérables. Le Congrès réalisé en septembre n'est que le début des actions qu'il

---

<sup>1</sup> Human Rights Council, Forty-eighth session, 13 September–8 October 2021, Agenda item 3.

mène en leur faveur et qu'il entend poursuivre, notamment en ce qui concerne les personnes âgées. Mais il ne peut entreprendre seul ; les états, les territoires, la société toute entière ont le devoir d'agir et de mettre en œuvre les outils nécessaires à la réalisation des objectifs de l'Agenda 2030, mais ils doivent aussi compter sur les voix et les aspirations des seniors.

Le temps passe vite mais les aînés n'ont pas le temps d'attendre ! Des décisions doivent être prises où toutes les compétences seront les bienvenues. Ce n'est qu'ensemble, dans l'action, que nous nous honorerons et que nous apporterons des débuts de réponses aux questions que nous nous posons sur le « vieillir ensemble » car « Les seules réponses intéressantes sont celles qui détruisent les questions » (Susan Sontag).

## Références

Aupetit, M. (Mgr.) (2020). *La mort. Méditation pour un chemin de vie*. Paris : Artège



## Écosystème territorial du bien vieillir, un outil collectif et universel économique, social et sanitaire pour la mise en œuvre des objectifs de développement durable de l'agenda 2030 des Nations Unies<sup>2</sup>

Territorial ecosystem of aging well, a collective and universal economic, social and health tool for the implementation of the sustainable development goals of the United Nations 2030 agenda

### **Alain FRANCO<sup>3</sup>**

Président de l'Université Inter-Âges du Dauphiné  
Grenoble, France

<https://orcid.org/0000-0001-7795-9226>

[president@uiad.fr](mailto:president@uiad.fr)

### **Malek BOUHAOUALA<sup>4</sup>**

Université Grenoble-Alpes  
Grenoble, France

<https://orcid.org/0000-0003-3753-8181>

[malek.bouhaouala@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:malek.bouhaouala@univ-grenoble-alpes.fr)

### **Véronique CHIRIE<sup>5</sup>**

Ingénieure Ecole Centrale de Paris-Lyon (ECPL)  
Grenoble, France

<https://orcid.org/0000-0003-3734-7924>

[veronique.chirie@tasda.fr](mailto:veronique.chirie@tasda.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4096>

DOI : 10.25965/trahs.4096

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

<sup>2</sup> Conférence magistrale présentée par le Professeur Alain Franco lors du IV Congrès du réseau international ALEC sur « Les Aînés dans le Monde au XXI<sup>e</sup> siècle. Vivre ensemble » du 6 au 8 septembre 2021, à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines (FLSH) de l'Université de Limoges, France.

<sup>3</sup> Gériatologue, Professeur honoraire et membre de l'Ecosystème Bien-Vieillir Grenoble-Isère, France.

<sup>4</sup> Socio-économiste du sport, Maître de Conférence Président de l'Alliance Université Entreprise de Grenoble et membre de l'Ecosystème Bien-Vieillir Grenoble-Isère, France.

<sup>5</sup> Directrice du Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (TASDA) et membre de l'Ecosystème Bien-Vieillir Grenoble-Isère, France.

Résumé : Le concept d'écosystème semble convenir à la compréhension de l'activité du vieillissement. De fait, l'Europe sera engagée à changer d'approche afin de favoriser les territoires du Bien-Vieillir et l'innovation. Au Portugal, bientôt le plus vieux pays d'Europe, la ville de Coimbra, où l'Université très ancienne et réputée a une place particulièrement forte et légitime sur son territoire de la Région Centre, a pu initier avec tact et talent le programme Ageing@Coimbra à la recherche de leviers de développement en lien avec l'Union Européenne.

À son exemple, les acteurs des Ecosystèmes du Bien-Vieillir, comme en France ceux de Grenoble (ou de Limoges ...) peuvent tisser des liens de collaboration intra-écosystèmes du Bien-Vieillir en gardant toute liberté d'initiative. Ils s'impliquent dans la participation à la dynamique des écosystèmes en acceptant de contribuer à un objectif commun simplement exprimé et de promouvoir leurs bonnes pratiques. Les cadres conceptuels scientifiques et politiques du Bien Vieillir incluent les modèles de la gérontologie écologique autour de la personne, et les supports internationaux, européens ou français des politiques du Bien Vieillir.

Les écosystèmes du Bien Vieillir permettent la synergie des acteurs de l'offre de soins et de recherche, comme le modèle du Gérontopôle de Toulouse, et/ou permettent de proposer un ensemble de services, au-delà des soins, en lien avec l'expression citoyenne et professionnelle des besoins de bien vieillir de la population comme l'écosystème Bien-Vieillir Grenoble - Isère.

Mots clés : écosystème, Bien Vieillir, Europe, Gérontopôle, besoins de soins, bonnes pratiques

Abstract: Europe will encourage ecosystems to promote the dissemination of Aging Well and innovation. In Portugal, soon the oldest country in Europe, the city of Coimbra, where the very old and considered University has a particularly strong and legitimate place in its territory of the Center Region, was able to initiate with tact and talent the program Aging@Coimbra, looking for development levers in connection with the European Union.

Following his example, stakeholders involved in Aging Well issues can thus come together and collaborate within an *AgingWell* (BienVieillir) Ecosystem while keeping all initiative and freedom. They get involved by agreeing to contribute to a simply expressed objective chart and to promote their good practices.

The scientific and political conceptual frameworks of Aging Well include models of ecological gerontology driven by the citizen's needs and engagement, and the international, European or French supports of Aging Well policies.

Aging Well ecosystems can be related either more to the provision of care and research, like the model of the Gérontopôle de Toulouse, or rather more to the citizen and professional expression of the population's needs to ageing well, such as the 'BienVieillir Grenoble - Isère Ecosystem initiative.

Keywords: ecosystem, Aging Well, Europe, Gérontopôle, care needs, good practices

## 1. Cadres conceptuels scientifiques et politiques du Bien Vieillir

### 1.1. Gérontologie écologique ou les modèles excentriques autour de la personne

#### 1.1.1. Modèle 5P, l'un des derniers

Selon Lak et al., chercheurs de la Faculté d'Architecture et de planification urbaine de l'Université Beheshti de Téhéran (Iran) (Lak et al., 2020) le « vieillissement actif » est un terme inclusif et a été défini à partir d'une variété d'aspects dans différents domaines dans la littérature. L'objectif de cette modélisation est d'identifier les aspects qui jouent un rôle important dans la construction de ce concept en utilisant une approche écologique.

Le vieillissement actif est appelé « bien vieillir », et selon l'OMS (2002)<sup>6</sup> les personnes âgées seront en mesure de se maintenir en santé et bien-être si elles entretiennent leur participation aux activités quotidiennes.

En termes de méthodes, sept bases de données en ligne, dont JSTOR, Pub-Med, Web of Science, Google Scholar, ProQuest, EBSCO et Scopus, consultées de 2002 à 2018 pour des articles qualitatifs et quantitatifs en anglais. Deux examinateurs ont indépendamment identifié les articles connexes en utilisant les termes de recherche « vieillissement actif » et « environnement bâti » et incluaient à la fois « aging » et « ageing ».

En termes de résultats, sur 1500 enregistrements sélectionnés, 92 étaient éligibles. Un total de 15 sous-thèmes caractérisant le Bien Vieillir sont reconnus : (1) caractéristiques personnelles, (2) attitude comportementale, (3) utilisation du territoire, (4) accès, (5) forme physique, (6) vécu de la ville, (7) espaces publics, (8) logement, (9) environnement social, (10) environnement culturel, (11) environnement économique, (12) bonne gouvernance, (13) santé physique, (14) santé mentale et (15) santé sociale.

Cette approche écologique du vieillissement actif peut être illustrée par ce que les auteurs dénomment le modèle 5P (en anglais... et en français dans la traduction proposée par le présent article) : personne, processus, place, primauté, politiques et les auteurs concluent sur l'importance de la nature multidimensionnelle du vieillissement actif, et de la structuration de l'offre et de la demande selon des niveaux micro (personne), méso (processus) et macro (lieu et élaboration de politiques), basés principalement sur des environnements de santé.

De plus, les résultats éclairent sur les relations entre la personne et l'environnement aux niveaux individuel, interpersonnel et socio-environnemental, qui peuvent être utilisés pour mener des études et développer des politiques sur le vieillissement des populations.

#### 1.1.2. Québec (2008)

Le Québec fournit depuis de longues années des exemples conceptualisés de gérontologie s'exprimant au sein de valeurs démocratiques et citoyennes. Le

---

<sup>6</sup> Bien vieillir pour l'OMS. <https://www.who.int/fr/news/item/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>

gouvernement québécois et le Canada publient régulièrement des recommandations diffusées et suivies sur le plan international. En 2008<sup>7</sup> le Québec propose une représentation concentrique du modèle que l'on comprend aujourd'hui comme écologique dans la mesure où il contribue à l'explication de l'environnement social et physique de la personne vieillissante.

### 1.1.3. Lawton et Bronfenbrenner

C'est Lawton (1973 : 619-674), bien connu des gériatres et gérontologues, qui semble utiliser le premier le terme « Ecology » au cours du vieillissement. Urie Bronfenbrenner (1979), influencé par Lawton propose le premier modèle « excentrique », terme qu'il n'a pas employé mais que je propose, et qui représente les enveloppes socio-environnementales qui, couche après couche, entourent l'humain vieillissant. (Figure 1) (Tableau I). Dans l'ordre, de l'ontosystème lié directement à la personnalité et à la personne, aux microsystème, mesosystème, exosystème, macrosystème et pour terminer chronosystème, la dimension temporelle fondamentale.

## 1.2. Une trame internationale fondatrice

### 1.2.1. Villes amies des aînés, OMS, 2005 (Age Friendly Cities, WHO, 2005).

Créé en 2005 grâce au travail acharné d'Alexandre Kalache, alors Directeur du Département du Vieillissement de la Population à l'OMS, le programme concerne<sup>8</sup> huit domaines interconnectés de la vie urbaine : 1. Soins communautaires et de santé ; 2. Transport ; 3. Logement ; 4. Participation sociale ; 5. Espaces et bâtiments extérieurs ; 6. Respect et inclusion sociale ; 7. Participation civique et emploi ; 8. Communication et information.

### 1.2.2. Droits humains aux Nations Unies

Au fil du temps, après 1947 et la validation fondatrice par les Nations Unies de la Déclaration Universelle des Droits humains (DUDH), la nécessité de traités internationaux complémentaires précisant l'exercice des droits pour certaines catégories vulnérables de la population humaine a été universellement admise. Ce furent successivement les conventions relatives aux droits de l'enfant, aux droits des femmes, aux droits des migrants, et aux droits des personnes en situation de handicap. Il apparaît clair aujourd'hui à un nombre croissant de membres des Nations Unies, états-membres ou ONGs, qu'une convention pour le respect des droits des personnes âgées est indispensable.

---

7 Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Institut national de santé publique du Québec. Perspectives pour un vieillissement en santé. Proposition d'un modèle conceptuel. Rapport. Québec. 2008.

<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/1169.pdf>

8 Résolution A/RES/46/91 : les États membres des Nations Unies ont adopté les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées, fondés sur le Plan d'action international sur le vieillissement, encourageant les gouvernements à incorporer les principes d'indépendance, de participation, de soins, d'épanouissement personnel et Dignité dans leur programme national dans la mesure du possible.

Rosa Kornfel-Matte<sup>9</sup>, gérontologue universitaire chilienne, fut nommée par le secrétaire général Ban Ki-moon, rapporteure spéciale des Nations Unies pour les droits pour les personnes âgées de 2014 à 2019. Dans son rapport initial « L'exercice de tous les droits humains par les aînés », Rosa Kornfeld souligne dans l'ordre les domaines pour lesquels le respect des droits doit être particulièrement attentif : soin, protection sociale, droit au travail, égalité & non-discrimination (lutte contre l'âgisme), non-violence et maltraitance, participation de la personne aux décisions la concernant, niveau de vie adéquat, accès à la justice, éducation, formation et apprentissage tout au long de la vie, accessibilité, sensibilisation de la société aux questions du vieillissement, et recherche sur le vieillissement.

### 1.2.3. Agenda 2030 - ONU. Les 17 Objectifs de Développement Durable

Ce cadre universel représente un puissant fédérateur d'idées et d'actions et sera évoqué en fin d'article.

## 1.3. Un soutien attentif de l'Europe

### 1.3.1. European Innovation Partnership (EIP)

Suite au Traité de Lisbonne en 2007, les EIPs ont été créés pour initier des partenariats transversaux et sortir d'une Europe en « silos ». Ces partenariats rassemblent les parties concernées aux niveaux européen, national et régional pour rationaliser, simplifier et mieux coordonner les initiatives et instruments financiers existants. Ils se concentrent sur cinq défis afin de renforcer la société, et moderniser les secteurs et les marchés.

#### ***Active and Healthy Ageing (AHA)***

Créé en 2011, l'EIP-AHA vise à identifier et à éliminer les obstacles persistants à l'innovation tout au long de la chaîne de prestation de santé au sens large des aînés, grâce à des approches interdisciplinaires et intersectorielles.

#### ***Agricultural Productivity and Sustainability (APS)***

Travaille à favoriser une agriculture et une silviculture compétitives et durables pour assurer un approvisionnement constant en denrées alimentaires, aliments pour animaux et biomatériaux.

#### ***Smart Cities and Communities (SCC)***

Travaille à améliorer la vie urbaine grâce à des solutions intégrées plus durables, y compris l'innovation appliquée, une meilleure planification, une approche plus participative, une plus grande efficacité énergétique, de meilleures solutions de transport, une utilisation intelligente des technologies de l'information et de la communication (TIC) et plus encore.

#### ***Water (Water)***

Facilite le développement de solutions innovantes pour relever les grands défis européens et mondiaux de l'eau. Le partenariat soutient également la création

---

<sup>9</sup> Kornfeld-Mate R., A/HRC/33/44/UN 8 July 2016.  
<http://www.refworld.org/docid/57cd7e4d4.html>



d'opportunités de marché pour ces innovations, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Europe.

### **Raw Materials (RM)**

Contribue à la sécurité d'un approvisionnement durable en matières premières de l'économie européenne tout en augmentant les bénéfices pour la société dans son ensemble. Le partenariat vise également à contribuer à accroître la contribution de l'industrie au PIB de l'UE.

## **1.3.2. ECHAlliance Ecosystems**

Les écosystèmes de l'ONG ECHAlliance<sup>10</sup> sont tous des partenariats régionaux permanents et multipartites engagés à travailler ensemble pour mettre en œuvre des solutions innovantes qui améliorent la qualité de la santé et le bien-être des citoyens, l'efficacité du système de santé et la possibilité de création de richesse et d'opportunités commerciales. Depuis 2011, avec le soutien de la Commission européenne, l'ONG développe une méthodologie et une approche sur la façon de mettre en place et de gérer des écosystèmes dans plus de 55 sites à l'échelle internationale. En France : Bretagne, Nice/PACA, Normandie.

## **1.3.3. AAL Programme 2010 – 2021**

AAL est l'Association Européenne "Active and Assisted Living"<sup>11</sup> dont le but est de financer les projets d'innovation utilisant des solutions d'information et de communication pour promouvoir l'activité, l'intégration et l'accompagnement des aînés à domicile. Association européenne régie par l'Article 185 elle est financée par les états membres y adhérant, soit 17 pays jusqu'en 2021, pour moitié et par l'UE (via Horizon 2020) pour l'autre moitié ce qui représente un budget approximatif de 700 millions d'euros.

## **1.4. France : des rapports inspirants**

### **1.4.1. Les derniers rapports officiels.**

- Dominique Libaut (2019). *Grand âge, le temps d'agir*.
- CGET, Commissariat Général à l'Égalité des territoires (2019). *Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement*.
- Luc Broussy (2021). *Nous vieillirons ensemble... 80 propositions pour un nouveau Pacte entre générations*. Rapport interministériel.
- Denis Piveteau, Jacques Wolfrom (2020). *Demain je pourrai choisir d'habiter avec vous. Habitat Accompagné, partagé et inséré dans la vie locale*. Rapport au Premier Ministre.

---

<sup>10</sup> <https://echalliance.com/ecosystems>

<sup>11</sup> <http://www.aal-europe.eu/about/>

### 1.4.2. CGET

Ce rapport pris pour exemple illustre les enjeux territoriaux écosystémiques<sup>12</sup>. Sept enjeux : contextes, attentes et difficultés.

L'étude d'une année avec l'aide de la « Fabrique prospective » du Commissariat Général à l'Égalité du Territoire associe quatre territoires volontaires, deux Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), Bagnolet (Département 93), et Nîmes (Dép. 30), et deux communes péri-urbaines (CPU), Prémèsques (Dép. 59) et Saint-Georges-des-Coteaux (Dép. 17).

Ainsi sept enjeux sont partagés par tous les territoires : 1. se déplacer, rester mobile, 2. se réappropriier l'espace public, 3. vieillir chez soi, 4. connaître ses droits et les faire valoir, 5. rester en lien, 6. vieillir en activité et en bonne santé, 7. garder le droit de cité.

Quatre thèmes se distinguent : 1. tranquillité et sécurité publique et 2. cadre de vie et espaces publics, motivent uniquement les quartiers « difficiles », alors que 3. Contraintes financières et 4. Accès au droit, très demandés dans les quartiers difficiles, sont modérément présents dans les banlieues calmes.

## 2. Ecosystèmes du Bien-Vieillir

La notion d'écosystème a été introduite par James Moore (1993 :70-77) pour comprendre les activités économiques complexes nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs issus de secteurs économiques différents. Ce dernier s'est inspiré du concept d'écosystème biologique (Arthur Tansley, 1935 :284-307) pour donner sens à une nouvelle conception remettant en question la coordination des acteurs socioéconomique par la concurrence ou la hiérarchie.

En effet, dans l'écosystème biologique coexistent des espèces vivantes différentes qui interagissent en Co-évoluant pour assurer leur maintien et celui du site où ils vivent. Par exemple, si une espèce de prédateur ou de proie évolue, l'autre fait autant pour préserver l'équilibre du milieu.

Pour Moore (1993 :70-77), les acteurs en présence dans un écosystème interagissent de la même manière et visent un objectif commun : accroître les bénéfices accordés à leurs clients ou usagers et pour en attirer d'autres. Pour ce faire, produire des solutions collectives qui bénéficient à tous devient le moyen approprié. Cela introduit l'idée que des acteurs de natures différentes évoluant au sein d'un même espace d'activité socioéconomique peuvent se constituer en un écosystème social et économique pour co-évoluer dans un certain équilibre entre coopération et compétition (Bouhaouala, 2017).

L'approche en termes d'écosystème du Bien-Vieillir introduit l'idée de coévolution et coopération (coopération et compétition) des acteurs d'un domaine par l'intermédiaire d'élaboration de solutions collectives stratégiques. Cette idée est valable face aux problèmes ou activités les plus complexes où les acteurs pris individuellement n'ont pas les compétences, ressources et connaissances pour produire les solutions requises (Bouhaouala, 2017).

---

12 Pour des territoires engagés dans des politiques favorables au vieillissement. Une démarche prospective et inclusive. Rapport du CGET (2019). In « En détail ». Paris : La Doc. Française.

Répondre aux besoins grandissants du Bien-Vieillir requiert une approche en termes d'Ecosystème social et économique propre aux territoires qui les développent en Europe, voire ailleurs dans le monde.

Pour mieux les dévoiler et les comprendre, il convient d'en distinguer deux niveaux :

- Les Ecosystèmes perçus à travers la structuration de l'offre : exemple en France, « les Gérontopôles » structurant notamment l'offre sanitaire, ou au Danemark l'écosystème santé de Aarhus, (AAL Forum 2019), ou au Portugal Ageing@Coimbra, écosystème structurant la recherche et le développement académique, en phase avec les enjeux et les modes de financements de l'Union Européenne (AAL Forum 2017).
- Les Ecosystèmes perçus à travers les besoins de la demande : exemple en Autriche avec l'écosystème régional de la Styrie, ou en France, l'Ecosystème Bien-Vieillir Grenoble-Isère qui fonde sa démarche sur l'identification des besoins sociaux, sanitaires et culturels de la population notamment vieillissante.

## 2.1. Ecosystèmes orientés plutôt vers la structuration de l'offre

Essentiellement structurés autour de l'offre sanitaire nécessaire à la bonne santé des aînés. Les Gérontopôles, spécifiquement français, représentent un modèle en action.

### 2.1.1. L'émergence des Gérontopôles en France

Le premier Gérontopôle d'intérêt national est créé en 2007 par une circulaire du ministère de la santé<sup>13</sup>.

En 2007, face aux enjeux de santé publique liés à l'allongement de la vie, le Ministère de Santé a créé, à titre expérimental, une structure d'expertise et de recherches gérontologiques de niveau international en France. Il s'agissait alors de coordonner en un lieu l'ensemble des recherches médicale, pharmacologique, épidémiologique et sociologique dans le domaine du vieillissement.

Le CHU de Toulouse, fort de sa longue expérience dans ce domaine a été choisi pour porter ce projet : le Gérontopôle était né<sup>14</sup>.

Depuis, plusieurs gérontopôles ont été constitués soutenus au niveau national, régional et/ou auto-proclamés et selon des statuts divers. (Tableau 2).

13 Circulaire DHOS/O2/O3/UNCAM no 2007-197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ».

14 Annie Podeur, DHOS. <https://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/BilanEtapGerontopole-2.pdf>

**Tableau 2.** Les Gérontopôles en France

Gérontopôle du CHU de Toulouse (national)
Gérontopôle des Pays de Loire (national)
Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine
Pôle de gérontologie et d'innovation Bourgogne-Franche-Comté
Gérontopôle Provence-Alpes-Côte d'Azur
Kozh Ensemble, le Gérontopôle de Bretagne
Gérontopôle d'Île-de-France
Gérontopôle de Saint-Etienne - Auvergne Rhône-Alpes
Gérontopôle, bien vieillir en Champagne-Ardenne
Gérontopôle Seine Estuaire Normandie

Source : Alain Franco

### 2.1.2. Les objectifs des gérontopôles

- L'objectif commun est de fédérer tous les acteurs d'un territoire pour favoriser l'innovation, expérimenter des solutions, et développer de nouvelles activités médico-socioéconomiques. Le gérontopôle d'intérêt national vise à devenir un centre d'excellence et d'innovation ayant une forte ambition de recherche pour favoriser, expérimenter puis diffuser l'innovation sur tout son territoire, positionner la recherche française sur la scène internationale et relié à un réseau national de coopération qui démultiplie l'efficacité de chacun et permet d'atteindre la taille critique en Europe.
- Une structure pour la mise en place d'actions autour de la fragilité et du maintien de l'autonomie comme le repérage précoce et la prise en charge de la fragilité des personnes âgées, la prévention des pathologies du vieillissement et de la perte d'autonomie et la réduction de la dépendance iatrogénique ou nosocomiale.
- Un centre d'initiative et de portage de projets sur le renforcement de la recherche et son décloisonnement : collaborations entre équipes régionales, plateformes partagées, partenariats avec les équipes étrangères, collaborations pluridisciplinaires concernées par le vieillissement, transition vers le développement industriel..., l'enseignement, la formation initiale et continue de tous les professionnels concernés par la prise en charge des aînés, la formation des aidants voire la formation des élus et le lien opérationnel accru avec le monde industriel (valorisation, silver économie).

### 2.1.3. Le Gérontopôle du CHU de Toulouse (national)

Créé en 2007 à l'initiative du Pr. Bruno Vellas, il a pour objectifs de fédérer autour d'une même structure des équipes de recherche et des cliniciens afin de dynamiser la recherche, la prévention et de promouvoir la santé des personnes âgées.

Ses activités se concentrent autour d'une stratégie phare : promouvoir une recherche multi-professionnelle étroitement associée à une prise en charge d'excellence. Plusieurs études innovantes dirigées par le Gérontopôle du CHU de Toulouse sont actuellement en cours.

### 2.1.4. Le Gérontopôle des Pays de Loire (national)

Association créée en 2010 à l'initiative du Pr. Gilles Berrut, avec le soutien du Conseil Régional, des CHU de Nantes, d'Angers et de la CCI Pays de la Loire, le Gérontopôle des Pays de la Loire a pour triple finalité d'être :

- Un lieu de rencontre, de convergence et de concertation des collectivités, des entreprises, des associations, des laboratoires, des écoles... acteurs locaux ou régionaux en faveur du « bien vieillir ».
- Une structure en charge du montage, de l'accompagnement ou de la réalisation de projets et d'études concernant le vieillissement.
- Un centre de ressources et d'expertises complémentaires accessible à tous pour accompagner leurs projets innovants.

### 2.1.5. GéronD'if, le gérontopôle d'Île-de-France (régional)

GéronD'if, association à but non lucratif, promeut la recherche, l'innovation, l'évaluation, la formation et l'éthique en Île-de-France dans les domaines de la gériatrie et de la gérontologie. Il rassemble une communauté d'acteurs de la recherche, du soin (au domicile, à l'hôpital, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise. GéronD'if est au service des acteurs de la région pour fédérer les synergies transdisciplinaires afin de relever le défi du vieillissement de la population. Il contribue à évaluer les actions menées en matière de prévention, de soins, d'aide technique et de formation des professionnels de santé. Il mesure scientifiquement l'aspect clinique, économique, éthique et pratique de ces actions.

GéronD'if est porteur du DIM (domaine d'intérêt majeur) longévité et vieillissement labellisé par le Conseil Régional d'Île-de-France.

### 2.1.6. Le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine (régional)

Le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine porte 5 domaines d'intervention - la recherche, la formation, l'innovation, l'appui aux politiques publiques et les projets européens. Il s'exprime en 4 axes stratégiques : le maintien à domicile, l'autonomie, les nouvelles technologies et le repérage des fragilités. Michèle Delaunay, ex-ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie de 2012 à 2014, en est la première présidente. À Limoges, le pôle gériatrique du CHU (Prof. Achille TCHALLA), le laboratoire vivant Autonom'Lab, ou la Fondation Legrand en sont des acteurs de premier plan.

## 2.2. Ecosystèmes orientés plutôt vers la structuration de la demande :

### 2.2.1. Le modèle écologique territorial de la Styrie, *Healthy Ageing Region* (EIP-AHA)

L'EIP-AHA organise des réunions à Bruxelles et une plateforme internet « Marketplace » pour favoriser les échanges d'expériences des territoires et organisations européennes. Ces expériences sont référencées. C'est dans ce cadre que la région de Styrie en Autriche décrit son écosystème Bien Vieillir. [7]

#### **Méthodes de l'étude Styrie-AHA**

Ce travail propose et utilise une méthodologie permettant de révéler et développer l'écosystème Bien Vieillir (AHA) dans le contexte des sites de référence de l'EIP/AHA. En combinant les preuves de la littérature scientifique internationale avec les capacités régionales du Bien Vieillir et la contribution des parties prenantes, un processus de co-création structuré a été établi, piloté par les institutions universitaires de Graz.

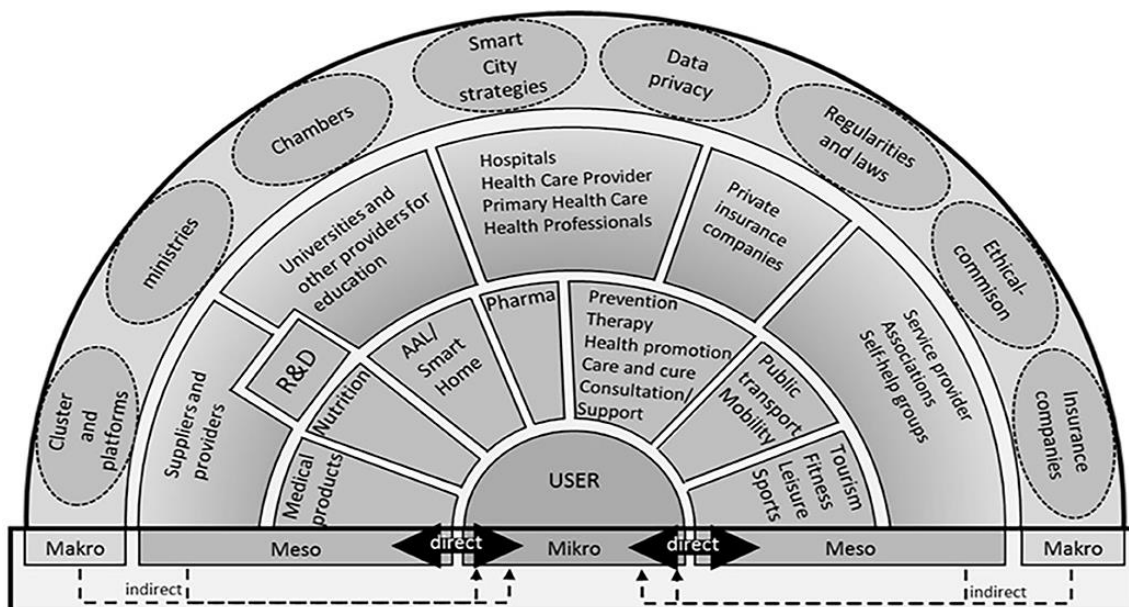
En 14 mois le travail aboutit à un ensemble de recommandations (Tableau 3.) sur la manière de répondre spécifiquement aux besoins des utilisateurs finaux ou des citoyens en ce qui concerne le Bien Vieillir, à l'identification des forces et capacités régionales dans le domaine de l'AHA, à la détection des lacunes de communication et à la création d'une taxonomie au sein des systèmes et offres de soutien régionaux du Bien Vieillir.

**Tableau 3.** Recommandations de l'Ecosystème régional de Styrie (selon Borrmann, al. 2020)

Recommendation	Mentioned in scientific literature	Mentioned in interviews with experts	Mentioned in workshops with experts
1. Further expanding of the visibility of the references site on micro-, meso-, and macrolevel	X	X	X
2. Proof of effectiveness of AAL-solutions and assistive technologies	-	X	X
3. Development of an integrated healthy aging strategy	-	X	X
4. Demand oriented development of innovative products and services for healthy aging	X	X	X
5. Intensify the coordination tasks in the reference site	-	X	X
6. Development of relevant regionally available training offers for health professionals	-	X	X
7. Implementation of proposed measures by the experts to achieve the identified goals of the reference site (key performance indicators—KPIs)	-	X	X
8. Integration of healthy aging actions in health tourism and leisure activities	-	X	X

*Eight recommendations for action to foster a sustainable ecosystem for AHA in Styria. Only two of the recommendations have been discussed in scientific literature so far: visibility of the ecosystem for AHA in the region and support of product development for the market within the ecosystem. The remaining six recommendations elaborated reflect regional requirements.*

**Figure 2.** Recommandations pour un écosystème intégré pour un vieillissement actif et en bonne santé en Styrie (AHA Styria).



Source : Borrmann al. 2020

Les personnes, les institutions et les organes juridiques et leur position sont présentés selon les résultats de l'étude. Dans une approche de modèle mixte, il a été possible de condenser les informations sur la structure et les processus régionaux avec des preuves recueillies lors d'une recherche documentaire et des commentaires lors d'entretiens en face à face et d'ateliers avec des experts et des parties prenantes (stakeholders) régionaux (selon Borrmann al. 2020).

**Résultats et commentaires de l'étude de Graz (Borrmann al. 2020)**

- Un travail pionnier

Les preuves dans la littérature sur les territoires de référence AHA sont rares (UE 2013). Il y a de nombreuses preuves au niveau micro pour des interventions et des solutions soutenant le BienVieillir individuel. Mais malgré l'implication du monde académique pour le BienVieillir, le processus de cocréation au niveau du système n'est pas encore bien établi dans le cadre du partenariat EIP/AHA. Ce projet actuel pionnier plaide pour le développement de systèmes intégrés au niveau régional, en Europe.

- Placer au centre, citoyens et parties prenantes

L'objectif principal de ce travail est de placer les parties prenantes et les citoyens au centre et les impliquer activement dans le processus afin de générer des idées. Une recherche sur le Web de tous les acteurs régionaux éventuellement impliqués dans les actions BienVieillir a offert l'occasion d'en apprendre davantage sur eux et de faire leur connaissance avant de les inviter à des entretiens et ateliers. Cela illustre le fait que la promotion de la santé et le vieillissement actif et en bonne santé ne sont « pas un processus technique simple mais un processus social complexe et diffus dans lequel les parties prenantes doivent travailler ensemble et partager des informations, des idées et des décisions » (Naaldenberg 2006).

Les auteurs soulignent ainsi l'Intérêt pratique du développement de méthodologies combinées qui prennent en compte l'interaction sociale à plusieurs niveaux, en

introduisant une analyse de pouvoir/intérêt ainsi que des ateliers et des entretiens structurés pour une approche ascendante, efficace à décrire l'écosystème.

- Une vue d'ensemble

La démarche de Styrie permet une meilleure compréhension des développements nécessaires au sein des systèmes de santé, de soins et sociaux au niveau régional. Le vieillissement n'est pas lié exclusivement à la santé ou aux maladies. La capacité de vivre de manière indépendante et autonome, de prendre des décisions individuelles et de planifier les loisirs joue un rôle clé en ce qui concerne les territoires du BV. L'un des principaux objectifs de la promotion de la santé est de susciter des changements au niveau individuel ainsi que dans les environnements sociaux et physiques, en faisant avancer l'ensemble du système. La culture, le sport et l'intégration sociale doivent être pris en compte. Les soins de santé et sociaux, les services de santé, la gestion de l'auto-santé et le tourisme pour personnes âgées nécessitent des modèles prêts à l'emploi.

- Vers un projet collectif coconstruit

La région de Styrie est riche en ressources naturelles pour la santé et le tourisme. Les acteurs locaux ressentent l'impact de ces offres pour un large accès au public dans le cadre de la prévention et du bien-être pour soutenir le vieillissement en bonne santé dans la province de Styrie. L'approche proposée contribuera à stimuler la compétitivité de la région dans le secteur du tourisme international et à favoriser le développement d'un tourisme durable, responsable et de qualité. À terme, conformément aux perspectives et aux objectifs de la Commission européenne, il consolidera l'image et le profil de l'Europe en tant que foyer de destinations durables et de haute qualité.

- Un besoin de communication

La nécessité d'un changement dans la communication entre les niveaux méso et micro apparaît clairement. Elle favoriserait le transfert général de connaissances. De nouvelles plates-formes et canaux de communication doivent être créés en réponse aux demandes de la population. Situés au niveau méso, les développeurs de services de vieillissement en bonne santé ne sont pas en contact avec les consommateurs de leurs produits. Les professionnels de la santé, tels que les médecins généralistes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les diététiciens, les professionnels de la santé et autres, ont un lien étroit avec leurs usagers. Une relation et un lien étroits entre eux et les organismes de R&D permettraient d'intégrer l'expertise et les connaissances des premiers dans le développement de nouveaux services et produits pour le BienVieillir.

- Au total

La principale conclusion de l'étude de Styrie est le constat d'un manque de communication de haut en bas, et du peu de connaissances disponibles sur les besoins individuels des citoyens pour le BienVieillir dans la vie quotidienne.

### 2.2.2. L'Ecosystème Bien-Vieillir Grenoble-Isère<sup>15</sup>

L'écosystème Bien-Vieillir (EBV) se révèle à ses usagers au fil de leurs besoins. Il rassemble des organisations diverses dont l'intérêt commun est le « bien vieillir ».

---

<sup>15</sup> <https://aueg.org/ecosysteme-bien-vieillir-grenoble-isere/>



Le Tableau 4 résume sans détail les étapes qui amènent à la dynamique actuelle. Quelques initiatives de l'EBV sont présentées ci-dessous.

**Tableau 4.** Tableau synoptique des étapes ayant marqué la prise de conscience de l'existence de l'écosystème BienVieillir Grenoble Isère

1965. Une longue tradition gérontologique et de multiples créations structurelles en Dauphiné initiées par le maire Hubert Dubedout de Grenoble et les professeurs Robert Hugonot et Michel Philibert de l'Université de Grenoble. (Alain Franco 2019)
2009. La création manquée du Gérontopôle du CHU de Grenoble. Prof. Alain Franco
2010. Le projet avorté du Gérontechnopôle Alpes Grenoble - Nice (2010). Alain Franco.
2010. La création du Centre National de Référence -Santé à domicile et autonomie en 2010 à l'initiative du ministère chargé de l'économie et de l'industrie. Les 4 Centres experts de soutien de Grenoble, Toulouse, Nice, Limoges, puis Paris, Troyes. Alain Franco, Patrick Mallea, Olivier Guérin.
2010. Création du Centre expert TASDA. Vincent Rialle. Véronique Chirié.
2018. Benchmarking de l'écosystème touristique de la montagne française. Malek Bouhaouala (2017 [8]).
2019. Colloque du 28/03/2019 avec parties prenantes territoriales, et invités extérieurs. Véronique. Chirié.
2019. Groupe de travail de l'AUEG (Alliance Univ.-Entreprise de Gren.) sur l'EBV. Véronique Chirié, Alain Franco, Olivier Roux.
2019. Mission à Coimbra (Portugal) du 01-03/12/2019. Alain Franco, Véronique Chirié, Frank Leenhardt.
2020. Enquête auprès des acteurs territoriaux sur leur perçu de l'écosystème BienVieillir.
2021. Réunion de coordination des activités de conférences : 8 mars 2021. 6 organisations : UIAD, Académie Delphinale, MR38, AGRUS, AUEG, TASDA.
Charte éthique commune. En cours. Orientée sur les bonnes pratiques et les objectifs de l'Agenda 2030, ONU.
2021. EBV.VAX contre la Covid19. 3 campagnes : 29/03 - 09/04/2021, 07-14/06/2021, 12/08--/2021. UIAD, MR38, AUEG, TASDA, Associations d'aînés, Ordre des médecins. Olivier Roux, Alain Franco, René Fristch, Pascal Jallon, Jean Peyrière, Véronique Chirié.

Source : Franco, 2019

### **Tecadom<sup>16</sup>**

Destiné à soutenir le développement de nouvelles technologies pour le soutien à domicile, Tecadom est un laboratoire d'usages développé par le centre expert Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (TASDA), l'association des Médecins Retraités de l'Isère (MR38) en partenariat avec l'université inter-âges du Dauphiné (UIAD). Tecadom est un outil permettant aux offreurs de solutions de développer, tester, expérimenter des concepts, produits, services selon une approche dans laquelle les utilisateurs (usagers et professionnels de la prise en charge) sont des acteurs clefs du processus d'innovation.

### **Unapparté<sup>17</sup>**

Unapparté est un appartement pédagogique d'expérimentation aménagé, équipé et scénarisé de 85 m<sup>2</sup>, dédié à la prévention et la formation dans le domaine du bien vivre à domicile.

Créé en 2019 au sein d'un immeuble résidentiel de Grenoble, dans le quartier de la gare, par trois porteurs de projet, Technopôle Alpes Santé à Domicile et Autonomie (TASDA), ACTIS (bailleur social), UNA Isère (association de l'économie sociale), il a pour objectif de démontrer les articulations possibles entre les aides humaines, techniques et numériques pour le soutien à domicile (Clara Celoudoux 2021).

### **ESPA**

Les espaces de solutions pour l'autonomie sont des appartements témoins, des maisons, des camions mobiles qui recréent des lieux de vie, des domiciles adaptés pour les personnes fragiles ou en perte d'autonomie. Ils sont nombreux dans la littérature et sur le web et ont tous pour objectif de favoriser le « bien vieillir à domicile », avec pour cible :

- Sensibiliser, conseiller, guider, accompagner les personnes âgées et leurs proches lors de visites et d'ateliers.
- Informer et former des professionnels, des étudiants du secteur médico-social, de santé ou de l'habitat lors de formations et de mises en situation.
- Concevoir, développer et tester des solutions innovantes avec les usagers lors de démonstrations et expérimentations.

Démonstrateurs, les espaces de solutions pour l'autonomie contribuent à la dynamique d'accompagnement aux changements vers une société du bien vieillir (Clara Celoudoux 2021).

### **La vaccination Covid19, programme EBV.VAX**

Face à la situation imprévue de l'épidémie de Covid19, l'écosystème s'est montré réactif avec des initiatives originales d'organisation de la demande. Parmi elles, le programme d'accessibilité de la vaccination, EBV.VAX<sup>18</sup> associant notamment au sein de l'écosystème l'Université Inter-Âges du Dauphiné, MR38 l'association amicale des médecins retraités de l'Isère, le Conseil de l'ordre des médecins par son président en fonction, le TASDA, l'Alliance Université Entreprise. L'aide de la députée du territoire a été contributive.

---

16 [www.tasda.fr/nos-champs-daction/#laboratoire-des-usages](http://www.tasda.fr/nos-champs-daction/#laboratoire-des-usages)

17 <http://www.unapparte.com/>

18 <https://aueg.org/programme-ebv-vax/>

La création d'un centre de vaccination éphémère à l'UIAD accordée par l'ARS-Préfecture a été justifiée par l'évaluation préalable, en 48 heures, de la demande des adhérents de l'UIAD. Le résultat fut remarquable notamment par l'adéquation des doses de vaccin : demande 850 – offre 856.

Une vaccination à domicile des personnes dépendantes est en cours et associe le Département de l'Isère, MR38, l'ordre des médecins et l'UIAD. La constitution des listes des personnes à vacciner dans la tranche d'âge des plus de 80 ans est particulièrement difficile à faire par les autorités publiques, et l'écosystème y contribue en lien avec la Cellule de crise départementale Covid19 gérontologique.

### **Comment ça marche, l'EBV-GI (Ecosystème Bien Vieillir Grenoble Isère) ?**

La dynamique de l'EBV est liée aux progrès ressentis par la mise en commun d'initiatives, d'actions perçues comme allant dans le même sens, de priorités communes, de l'intérêt porté au territoire, d'un besoin de cohérence dans le vaste domaine du Bien vieillir.

- Proposer et faciliter les initiatives territoriales utiles au BienVieillir, voilà ce qui résume la substance de l'EBV.
- Pas de structures juridiques. Pas de hiérarchie. Pas de chef. Mais des rencontres entre leaders de structures éthiques et démocratiques, et une volonté de mise en place à venir de liens et d'outils de démocratie donnant aux citoyens, notamment aînés, l'accès et l'initiative en la matière.
- Une Charte éthique à venir proposera respect mutuel, mise en commun, coopération.
- L'échange d'expérience et la valorisation des bonnes pratiques est faisable et intéressante quelle que soit l'organisation participante. Elle crée des relations de confiance.
- Plusieurs « leaders », et plusieurs portes d'entrée pour déterminer les initiatives porteuses.
- Le socle de la tradition gérontologique d'impulsion académique à Grenoble depuis 1966, contribue à l'élan collectif pour autant que la culture gérontologique soit partagée et entretenue.

## **2.2.3. Une prospective pour les écosystèmes territoriaux pour le Bien-Vieillir en Europe.**

### **2.2.3.1. Initiative, dimensionnement et jeux de pouvoir.**

Selon les besoins ressentis, ou l'initiative du développement les écosystèmes Bien-Vieillir pourront prendre des aspects différents :

- Initiative sanitaire. Pilotage public, ministère, état. Ce sont les Gérontopôles nationaux.
- Initiative territoriale. Pilotage politique. Ville, Département, ou région. Ce sont les « Gérontopôles » régionaux, ou les Villes-Amie-Des-Aînés.
- Initiative européenne. Pilotage collectif par consortium. Région. L'exemple de la Styrie.

- Initiative citoyenne. Pilotage associatif, ONG. Département, Région, Europe, OMS. L'exemple de l'EBV-GI.

Une réflexion sur l'intérêt de cette diversité plus que de sa critique serait intéressante. L'association d'un écosystème d'initiatives sociétales et durables issu de la base citoyenne comme l'EBV-GI, et d'une structure d'offre sanitaire comme un « Gérontopôle » porterait certainement des fruits.

### 2.2.3.2. Un plan d'action

Co-opération et alignement sur la même vision stratégique s'avèrent primordiaux au sein de l'écosystème BienVieillir. Mais entre les écosystèmes coopération et compétition s'appliqueront également, mettant en pratique l'ODD17, pour autant que les politiques européennes, nationales et régionales y contribuent.

Un plan d'actions pourrait inclure :

- Le recensement des acteurs locaux s'estimant partie-prenantes,
- La diffusion et la valorisation des initiatives et bonnes pratiques de ces acteurs,
- La promotion de la santé,
- La promotion de l'innovation sociale, culturelle, urbaine, domiciliaire et technique,
- La formation tout au long de la vie, l'information et la communication,
- L'animation de l'écosystème.

### 2.2.3.3. Les objectifs stratégiques possibles d'un Ecosystème BienVieillir

- S'affirmer comme un territoire (au sens européen) de référence, pour un vieillissement actif et sain ;
- Encourager la création, le transfert technologique et l'adoption de solutions innovantes favorisant un vieillissement actif, sain, autonome ou accompagné, en s'adossant à des modèles présents sur le territoire et en référençant leurs bonnes pratiques ;
- Sensibiliser les décideurs régionaux, nationaux et internationaux, et la société aux défis du vieillissement et au rôle de l'écosystème local ;
- S'inscrire, notamment au-delà du Bien Vieillir, dans les ODD 1, 3, 4, 8, 9, 10, 17.

### 2.2.4. Bien Vieillir, une démarche inclusive en profondeur fondée sur les Objectifs de développement durable (ODD) de l'agenda 2030 des Nations Unies.

L'écosystème BienVieillir s'intègre sans difficultés dans la démarche de l'Agenda 2030 des Nations Unies et y contribue notamment à travers les objectifs suivants :

01. Eradication de la pauvreté
03. Accès à la santé
04. Accès à une éducation de qualité
08. Accès à des emplois décents

- 09. Innovation et infrastructures
- 10. Réduction des inégalités
- 17. Partenariats pour les objectifs mondiaux
- 00. Et d'autres...

## Références

- Lak, A., Rashidghalam, P., Myint, P.K. et al. « Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach : an iterative systematic review”. BMC Public Health 20, 33 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8136-8>  
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8136-8#change-history>
- Bien vieillir pour l’OMS. <https://www.who.int/fr/news/item/06-11-2014--ageing-well-must-be-a-global-priority>
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Institut national de santé publique du Québec. *Perspectives pour un vieillissement en santé. Proposition d’un modèle conceptuel*. Rapport. Québec. 2008.  
<http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/1169.pdf>
- Lawton, M.P., Nahemow L., *Ecology and the aging process*. In C. Eisdorder & M.P. Lawton (dir.), « Psychology of adult development and aging”. Washington DC. Americal Psychological Association. Washington DC. 1973. pp 619-674 (trad libre).
- Bronfenbrenner, U. “The ecology of the human development by nature and design”. Cambridge Mass. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1979. 330 p. Traduction libre.
- Borrmann M., Lindner S., Hofer-Fischanger K., Rehb R., Pechstädt K., Wiedenhofer R., Schwarze G., Adamer-König E.M., Mischak R., Pfeiffer K.P., Harer J., Weinzerl K., Hartmann C., Rupp B., Roller-Wirnsberger R.E. (Graz, Vienna). “Strategy for Deployment of Integrated Healthy Aging Regions Based Upon an Evidence-Based Regional Ecosystem”—The Styria Model. ORIGINAL RESEARCH article. *Frontiers of Medicine*, 29 September 2020 | <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.510475>.
- Bouhaouala M (2017), « Le tourisme sportif de montagne Français : un Ecosystème d’affaires spécifique », *Revue Juristourisme*, Numéro spécial Tourisme sportif, la montagne territoire d’innovation, Juin #198
- Moore F. James. (1993). “Predators and Prey : A New Ecology of Competition”. *Harvard Business Review*, 30, 70-77.
- Arthur G. Tansley (Sir). “The Use and Abuse of Vegetational Concepts and Terms”. *Ecology*, vol. 16, No. 3 (Jul., 1935), p. 284-307.
- Naaldenberg J, Vaandrager L, Koelen M, Wagemakers A-M, Saan H, de Hoog K. “Elaborating on systems thinking in health promotion practice”. *Global Health Promotion*, 2006, 16 :39-47. doi : 10.1177/1757975908100749.
- Alain Franco. « La gérontologie face aux enjeux de la longévité ». In *Grenoble Métropole Santé*, Jean-Jacques Sotto, 1Berger ed., Archamps 2019. ISBN 979-10-94102-06-0. pp. 341-344.
- Clara Celoudoux. Mémoire de Master 2 (FI) Management de l’innovation. 2021. Université Grenoble Alpes. INP-IAE, Thierry Menissier, Directeur.

**Technopole Alpes Santé à domicile et Autonomie (TASDA), Véronique Chirié,  
maître de stage.**

# EHPAD et mieux vivre

## EHPAD and well-being



## Les unités pour personnes handicapées vieillissantes : laboratoires d'innovation éducative et sociale ?

Aging disabled people's units: educational and social innovation laboratories ?

**Yann BASTIDE<sup>19</sup>**

Laboratoire FrED (EA 6311)  
Faculté des Lettres et Sciences humaines (FLSH)  
Université de Limoges  
Limoges, France

<https://orcid.org/0000-0002-6979-6516>

[yann.bastide@etu.unilim.fr](mailto:yann.bastide@etu.unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4215>

DOI : 10.25965/trahs.4215

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Classées parmi les dispositifs innovants par le rapport de l'ANCREAI sur le vieillissement des personnes en situation de handicap (2018), les UPHV répondent aux besoins identifiés de ce nouveau public dans les maisons de retraite, en termes d'offre médico-sociale, de médicalisation et de prise en charge de la dépendance. Elles apportent une solution pérenne aux familles soucieuses du devenir de leur proche, dans un contexte où le vieillissement des personnes handicapées tend à rejoindre celui des personnes valides.

**Mots clés :** vieillissement, innovation, politiques publiques, handicap, accessibilité

**Abstract:** Classified among the innovative devices by the ANCREAI report on the aging of people with disabilities (2018), the UPHVs meet the identified needs of this new public in retirement homes, in terms of medical services, social, medicalization and care for dependency. They provide a lasting solution to families concerned about the future of their loved one, in a context where the aging of disabled people tends to coincide with that of able-bodied people.

**Keywords:** aging, innovation, public policies, disability, accessibility

---

<sup>19</sup> Diplômé d'un master en Sciences de l'Education, Educateur Spécialisé et cadre du secteur médico-social, Yann Bastide prépare une thèse consacrée aux Unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes comme laboratoires d'innovation éducative et sociale dans les EHPAD, mobilisant notamment les concepts de « care », pouvoir d'agir, transition et décision en incertitude.



## I- Cadre de la recherche

Dans un contexte où le vieillissement des personnes handicapées tend à rejoindre celui des personnes valides (Belot, 2004), les Unités pour Personnes Handicapées Vieillissantes s'implantent peu à peu dans les EHPAD depuis le milieu des années 2010, avant tout pour répondre au manque de places en foyers pour adultes (Delporte, 2015). En charge de la tarification, les départements font valoir que la loi de 1975<sup>20</sup> réserve l'hébergement dans ces foyers aux seuls travailleurs d'ESAT, âgés de moins de 60 ans ; ce qui désigne, dès les années 2000, les maisons de retraite comme une solution possible d'hébergement (Guyot, 2012). Depuis, l'accueil de ce nouveau public fait figure de relais de croissance pour des établissements (les EHPAD) bien moins coûteux à faire fonctionner que les établissements de l'éducation spécialisée, dédiés aux personnes vieillissantes (Bastide, 2014).

Il résulte de ces orientations « par défaut », une levée de boucliers des associations gestionnaires, notamment des associations de parents, relayant les craintes légitimes de leurs adhérents quant à la qualité d'accompagnement de leurs enfants après leur propre disparition. Parallèlement, les premières expériences de cohabitation entre personnes âgées et personnes handicapées produisent, à moyens constants, des résultats mitigés (GEPISO, 2013), car comme l'observe Stéphane Carnein :

Les professionnels s'interrogent sur l'inadaptation de la prise en charge sociale proposée par le secteur gériatrique tout comme sur l'acharnement des foyers à garder loin des professionnels de santé une population vieillissante et donc sujette à des pathologies mal définies et mal soignées (Carnein, 2004 : 207).

Faute d'un étayage suffisant et des stimulations adéquates, les personnes déambulent, décompensent, ou passent à l'acte... Elles font surtout l'objet de représentations sociales liées à la fois au vieillissement et au handicap. Des freins qui conduisent pendant plus de dix ans à l'impossibilité de penser leur intégration en EHPAD (Blanchard et al, 2015).

Aujourd'hui classées parmi les dispositifs innovants par le rapport de l'ANCREAI sur le vieillissement des personnes en situation de handicap (2018)<sup>21</sup>, les UPHV sont donc le produit d'un compromis qui fut difficile à trouver, au point de rencontre entre l'institution du handicap (Bodin, 2018) et celle de la gérontologie. Ces unités spécifiques regroupent, dans certains établissements éligibles à l'aide sociale<sup>22</sup>, entre 6 et 15 places, pour un prix de journée majoré de 25 % en moyenne. Il n'existe pas de cahier des charges national pour ces projets, qui prévoient typiquement le recrutement d'un éducateur, afin de reproduire autant que possible les conditions du secteur spécialisé dans les murs d'établissements dits « de droit commun ». L'accompagnement se veut plus contenant. Il propose un niveau d'individualisation des pratiques assez inhabituel en EHPAD : anamnèse, valorisation des rôles sociaux et de l'autodétermination, grilles d'observation portant sur les éléments psycho-affectifs...

---

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

21 *Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?* ANCREAI, décembre 2018

22 <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/aides-financieres-en-ehpad/laide-sociale-a-lhebergement-ash-en-etablissement> (ASH), consulté le 15 juin 2021

Vingt ans après le rapport Fardeau (2001), 18 ans après la déclaration de Madrid et le rapport Bonnet, suivis de la loi de 2005 sur le handicap, puis du rapport Gohet en 2013, les UPHV semblent enfin donner corps aux principes d'individualisation, de diversification et d'accessibilité, censés orienter les politiques publiques dans les EHPAD. Mais est-ce vraiment le cas ? Nous formulons l'hypothèse selon laquelle leur implantation induit des innovations éducatives et psychosociales (Jacques, 2020) transférables à tous les résidents, aussi bien en termes de pratiques nouvelles, que d'organisation, de compétences ou d'identité(s) professionnelle(s).

## II- Méthodologie de l'enquête

Après inventaire des EHPAD concernés et contextualisation dans l'une des ex-régions de Nouvelle Aquitaine, notre recherche prévoit un travail d'enquête ethnographique en immersion longue dans deux établissements ayant récemment ouvert une telle unité. Elle procède aussi par entretiens semi-directifs avec les responsables des services « autonomie » de trois conseils départementaux, dix directeurs d'EHPAD, des usagers et des professionnels représentatifs des différents corps de métiers : infirmiers, aides-soignants, agents hôteliers.

Ce travail a pour ambition de mettre au jour les conséquences liées à l'introduction du paradigme éducatif dans l'institution gérontologique ; notamment son impact sur les soignants.

### A- Personnes âgées dépendantes / personnes handicapées vieillissantes : la fin d'une dichotomie ?

#### 1- Loi PSD : l'invention de la dépendance

En 1997, la loi PSD<sup>23</sup> fait plus qu'instituer la Prestation Spécifique Dépendance : parce qu'elle désigne les personnes âgées handicapées sous le vocable « personnes âgées dépendantes », cette loi crée une catégorie administrative en réponse aux besoins des personnes de plus de 60 ans, dont l'augmentation nécessite la mise en œuvre d'une politique spécifique. La dépendance est ainsi définie comme « l'état de la personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ». Une notion de « dépendance » assimilée à celle de « perte d'autonomie » à travers le prisme d'une grille d'évaluation : « Autonomie Gérontologique, Groupe Iso-Ressources ». Puis, quatre ans plus tard, avec l'Allocation Personnalisée d'Autonomie<sup>24</sup>.

#### 2- Deux définitions de l'Autonomie

Alors que, selon la définition de l'OMS, l'autonomie est « le droit et/ou la capacité d'une personne de choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir. Littéralement c'est se gouverner par ses propres lois », le législateur français cultive l'idée selon laquelle la prise en compte du handicap d'une personne de plus de 60 ans doit suivre des procédés

---

23 Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance

24 <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

d'accompagnement et de compensation différents de ceux d'une personne handicapée plus jeune.

Or, on peut affirmer avec Christian Roth (Roth, 2015) que la construction de cette dichotomie entre institutions du handicap et de la gérontologie crée la déviance de ces nouveaux résidents, qui ne pourraient être plus éloignés de la norme en maison de retraite : une majorité d'hommes « jeunes » ; peu ou pas « dépendants » ; sans enfants ; ayant passé leur vie entière en institution ; qui sont donc là pour longtemps, alors que la durée médiane des séjours en EHPAD était de 18 mois en 2011<sup>25</sup>. Comme l'acronyme ne l'indique pas, les UPHV s'adressent, parmi les personnes en situation de handicap, à celles qui sont les plus hétéronomes et les plus stigmatisées.

### 3- Les EHPAD à l'école de la différence

Paradoxalement, ce risque, pointé dès 2006 par le rapport de Paul Blanc<sup>26</sup>, est en même temps une chance, dès lors qu'il stimule en réaction, une réflexion éthique devenue nécessaire pour adapter l'accompagnement : « Les situations problématiques au plan éthique se situent dans des zones d'incertitude juridique ou réglementaire ou bien lorsque des logiques de valeurs contradictoires sont à l'œuvre ».<sup>27</sup>

Dès lors, quelles catégories anciennes, quelles limites et quelles pratiques professionnelles sont interrogées par l'apparition de ce nouveau public (Blanchard et al, 2015) ? De quelle manière l'hétéronomie de ces personnes redonne sens à l'Autonomie, telle qu'elle est définie par l'OMS et comme principe éthique fondamental (Beauchamp et al, 1979) ? Est-ce que cette réflexivité peut être de nature à contrebalancer l'excès de technicisation à l'œuvre dans les EHPAD, avec des soins de nursing prodigués du lever au coucher, plaçant l'utilisateur en situation de dépendance, et le soumettant à des relations qu'il vit comme asymétriques (Trépiéd, 2016) ?

### 4- Les UPHV : levier de la domestication institutionnelle ?

L'analyse des entretiens réalisés montre que les acteurs de ces projets, identifient l'UPHV à un levier de domestication institutionnelle (Charras & Cérèse, 2017) ; c'est-à-dire à la possibilité d'une transformation visant à rendre l'institution « maîtrisable par l'Homme ».

#### a) Entre l'hôpital et la maison, entre le « cure » et le « care »

Une domestication institutionnelle dont nos résultats tendent à confirmer l'échelle, s'étirant entre deux pôles symboliques :

---

25 Fizzala, A. (2017). Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011. Les dossiers de la DRESS, n° 15.

26 « Par ailleurs, il serait souhaitable que l'accueil des personnes vieillissantes comme celui des personnes plus jeunes puisse être organisé dans un établissement adapté à leur situation et à leur projet de vie, ce qui risque de ne plus être le cas si les orientations, faute de souplesse, se font dans l'urgence "là où il y a de la place". » (p.13)

27 Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. ANESM, octobre 2010, 19.

- D'une part, l'espace de l'hôpital, complexe et fonctionnel, associé à la représentation paroxystique du travail d'un chirurgien : extrêmement technique, concret, dépourvu d'affects afin de rester performant, et bien-sûr reconnu par sa très forte valeur ajoutée, sur ce qu'il conviendrait d'appeler « le marché de la santé ».
- D'autre part l'espace d'une maison ou d'une petite ferme, associé à la représentation d'un travail domestique, voire autarcique, puisqu'invisible d'un point de vue marchand. Un travail qui regroupe des fonctions à dominante concrète, comme le ménage, l'entretien du linge, la préparation des repas (par extension la culture d'un jardin, l'élevage d'animaux, l'entretien du bâti etc.), mais aussi des fonctions à dominante abstraite ou symbolique, comme la décoration et l'ameublement, l'accueil des visiteurs, l'organisation de festivités... Autrement dit, la représentation d'un travail dont la valeur tend à se confondre avec la vie elle-même ; notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants, et plus généralement les soins prodigués aux membres du foyer.

## b) L'EHPAD et le foyer pour adultes

Sur cette échelle de la domestication, les acteurs distribuent à des degrés divers les institutions du handicap et celle de la gérontologie, de part et d'autre d'une démarcation correspondant à ladite loi PSD :

- L'EHPAD se conçoit d'abord comme un espace de travail où vivent également des personnes. Un espace dominé par les soins. Où le rythme de vie est construit sur le planning du personnel, qui peut entrer dans les chambres sans toujours attendre qu'on lui ouvre la porte. Un espace relativement inhospitalier, auquel les résidents peuvent s'adapter pour subvenir à leurs besoins vitaux, mais qu'il reste difficile d'« habiter », au sens d'une « appropriation » ; si on considère avec Kevin Charras et Fany Cérèse que l'appropriation « ...] implique des composantes affectives, identitaires et perceptives, transforme l'espace en territoire, lui-même support de l'identité de ses habitants » (Charras & Cérèse, 2017 : 172).
- À contrario, le foyer pour adultes se conçoit d'abord comme un lieu de vie, effectivement support d'identité pour ses « habitants », qui l'occupent depuis fort longtemps. Un espace qui, dans ses aménagements et son ambiance, ressemble à une maison, parce que les professionnels y interviennent plus ou moins comme à domicile. Les résidents ont eu l'opportunité de s'approprier cet espace de différentes façons, qui vont de la médiation animale, au jardinage en passant par l'implication dans les tâches de la vie quotidienne : traitement du linge ; cuisine ; ménage de la chambre ; décoration et aménagement des espaces communs ; l'accueil de visiteurs en lien avec de multiples projets d'intégration sociale etc.

## c) Travail marchandise contre artisanat

A ces deux espaces, répondent deux conceptions du travail tout aussi contradictoires :

- Dans les EHPAD, celle du travail « marchandise », conforme à l'acception marxiste du mot (Marx, 1931) ; c'est-à-dire conçu comme un moyen de production quantifiable, prévisible en termes de coût, de durée, de tâches, et donc impersonnel, par effet de système. Un travail « exécuté » par des « opérateurs » (AS, AES, ASH) qui n'en maîtrisent ni le sens, ni le contenu, et

qui sont enserrés dans des relations sociales intrinsèquement conflictuelles, puisqu'à l'organisation militaro-bureaucratique de l'hôpital issue du soin, s'ajoute la privatisation de l'outil de production, et donc le chantage implicite aux moyens de subsistance, exercé par un employeur en quête de plus-value, sur ce qu'il conviendrait d'appeler « le marché de la dépendance ».

- Une conception du travail marchandise qui s'oppose à la représentation d'un travail artisanal, en ce qui concerne les éducateurs, « oeuvrant » dans les foyers. Celle de « l'ouvrier », au sens préindustriel ; c'est-à-dire d'un travailleur autonome, qui mobilise des savoirs, des compétences et des réseaux, acquis par l'expérience personnelle. Celle du travail comme source de reconnaissance, pour soi comme pour les autres, portant sur des éléments symboliques ou ténus : à la fois subjectif, éphémère et/ou aléatoire quant à ses résultats. Un travail fondé sur des principes, comme le libre arbitre relativement au sens qui lui est donné, ainsi qu'à l'usage de leur temps par les acteurs ; le respect de la parole donnée ; la réciprocité du don plutôt que l'économie de marché, mise en abyme sous la forme du « contrat de séjour » et son avenant, le « projet personnalisé »<sup>28</sup>, configurant un type d'usager « entrepreneur de lui-même », qu'on tourne en dérision ou qu'on dénonce en citant des auteurs comme Michel Billé (Billé & Martz, 2018) ou Maela Paul (Paul, 2009).

#### d) Conditions de l'innovation

- Du point de vue de l'innovation, cette représentation d'un EHPAD qui contraint, surveille, exploite ses salariés, étouffe l'initiative par une application trop stricte du lien de subordination ; dans la mesure où, comme l'écrit Pascale Molinier : « Le travail réel n'est jamais réductible au travail prescrit. » (Molinier, 2010 : 134). Les compétences individuelles et collectives nécessaires aux soins du « care » restent le plus souvent invisibles et donc non reconnues, ni encore moins formalisées, privant ainsi l'institution du sens et de la valeur dus à la qualité d'accompagnement, telle qu'elle est vécue par les acteurs.
- Symétriquement, ces mêmes acteurs livrent une représentation assez utopique de l'éducation spécialisée, valorisant au contraire l'initiative, l'intuition, la créativité, voire la ruse dans ses réalisations ; la collégialité et la prudence dans ses délibérations, offrant l'illustration d'une « clinique du doute », telle que Philippe Chaize (Chaize, 2015) la décrit dans son article consacré au vieillissement des personnes handicapées mentales. Soit un ensemble de pratiques adaptées à la conduite d'une réflexion éthique, face aux questions soulevées par l'accompagnement de PHV, mais plus généralement, favorable à l'innovation sociale, au sens que lui donne le CSESS<sup>29</sup>.

---

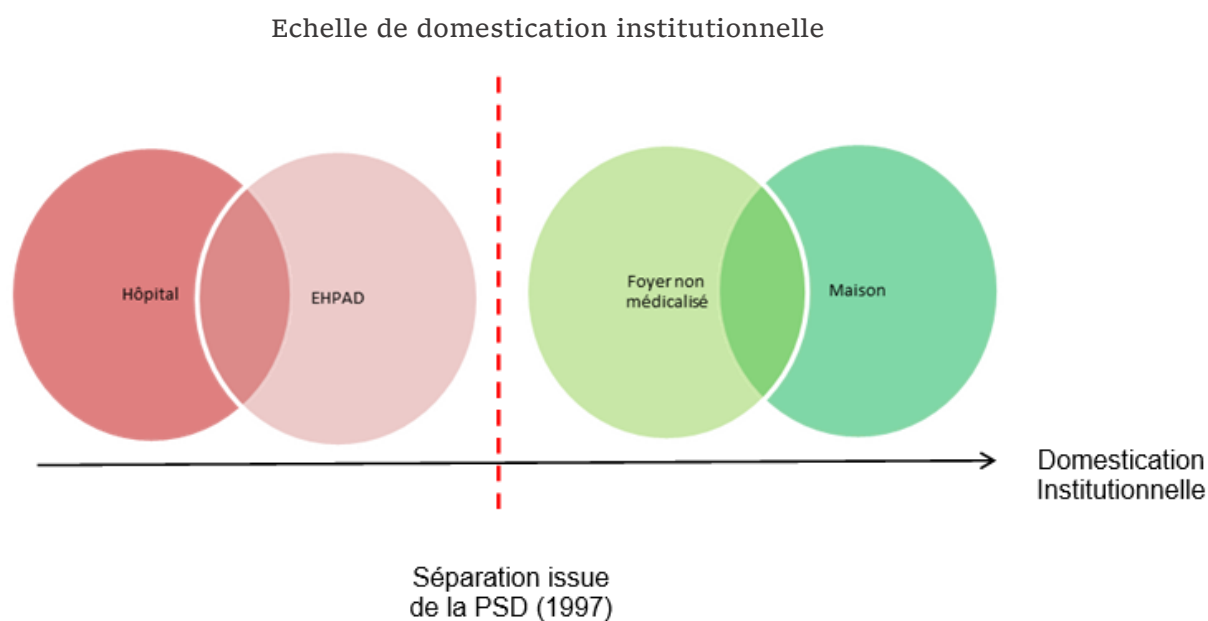
28 Le projet personnalisé est l'un des 7 outils exigés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il doit être élaboré dans les 6 mois suivant l'admission au sein d'un établissement ou d'un service social et médico-social

29 « L'innovation sociale consiste à élaborer des réponses nouvelles à des besoins sociaux nouveaux ou mal satisfaits dans les conditions actuelles du marché et des politiques sociales, en impliquant la participation et la coopération des acteurs concernés, notamment des utilisateurs et usagers » (<https://www.avise.org/decouvrir/innovation-sociale/innovation-sociale-de-quoi-parle-t-on>)

## 5- L'UPHV comme espace d'hybridation

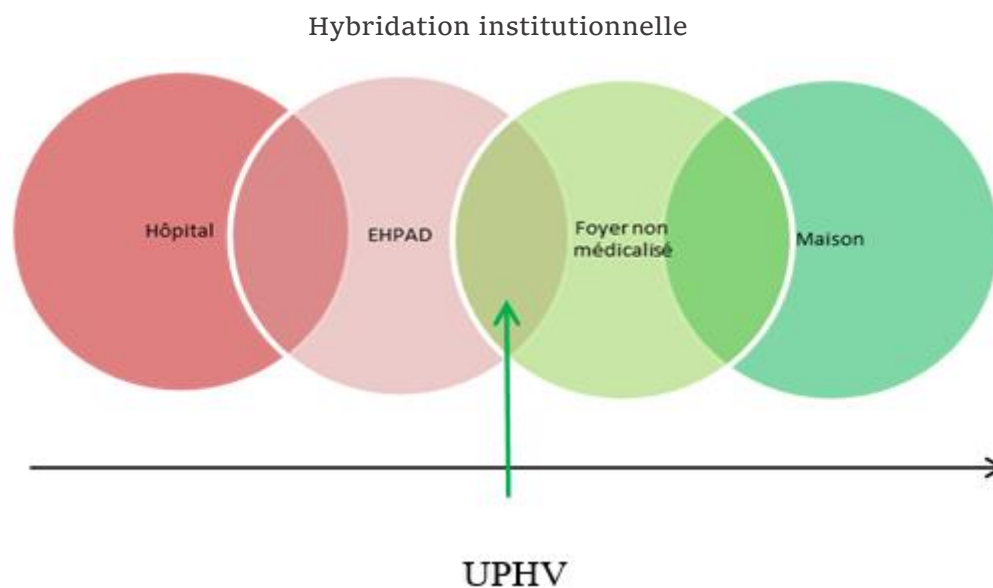
Par définition, ces représentations sociales ne sont que le reflet des établissements et des pratiques qu'elles figurent : il y a bien longtemps que les foyers pour adultes ne sont plus, comme l'écrit Jean-René Loubat (Loubat, 2013 : 27) des « bric-à-brac institutionnels, où à peu près tout fût possible », ni encore moins « la maison » de leurs usagers. Pas plus que les EHPAD ne sont des « usines à dépendance », structurellement inhospitalières, incapables d'innover, de maintenir un cap éthique, ou de faire émerger un « management social » (Bouquet, 2013). Il n'empêche que les professionnels interrogés valident la nécessité d'un repositionnement des soins dans les maisons de retraite, relativement aux relations sociales, en même temps qu'ils attribuent aux équipes éducatives, une réflexivité issue de la clinique ; c'est-à-dire d'une relation engagée avec les usagers, au-delà des missions institutionnelles, vers la compréhension de chaque situation bio-psycho-sociale et la dé-standardisation de l'accompagnement.

À une exception près, ces acteurs accréditent l'échelle de domestication ainsi proposée :



Source : réalisée par nos soins

Sur cette échelle, l'UPHV occupe une position médiane puisqu'elle substitue, à la séparation juridique héritée de la loi PSD de 1997, une hybridation des espaces, valeurs, pratiques professionnelles, issues des institutions du handicap et de la dépendance. A tout le moins, l'UPHV complète et renforce une démarche de domestication qui peut être engagée de plus longue date dans certains EHPAD, mus par un management, un contexte local et/ou une « dirigeance » associative, sincèrement attentifs à l'approche relationnelle.



Source : réalisée par nos soins

## 6- Phases de développement des projets



Source : réalisée par nos soins

### B- Conditions de possibilité

Parmi les dix directeurs d'EHPAD interviewés, un seul ne reconnaît aucune validité à cette échelle. Un positionnement qui s'explique de plusieurs façons :

- Les valeurs portées par la fondation protestante qui gère l'établissement, font justement de la domestication institutionnelle une priorité, indépendamment du projet d'UPHV. L'établissement a d'ailleurs été baptisé « Ma Maison », une dénomination qui rend parfaitement explicite l'intention d'offrir un domicile plutôt qu'une « place » aux résidents ainsi accueillis.
- Une forte insertion dans la vie locale situant l'établissement du côté d'une communauté politique plutôt que d'une entreprise. Il s'agit de la seule maison de retraite dans une commune rurale d'environ 1500 habitants, qui donne priorité aux ressortissants locaux, jouit d'un bénévolat nombreux et mobilisé, d'une histoire partagée etc.
- Cette directrice encadrait précédemment un foyer d'accueil médicalisé (établissement pour personnes handicapées) pour la même fondation ; un parcours qui a vraisemblablement motivé son recrutement. Il s'agit donc d'une professionnelle « transfuge », véhiculant elle-même une forme d'hybridation dans sa pratique du management.

Cet exemple nous conduit à souligner qu'au-delà de l'existence de places éligibles à l'aide sociale, les établissements qui répondent aux appels à candidature d'UPHV sont en majorité publics ou relèvent de l'économie sociale et solidaire ; c'est-à-dire les deux segments non lucratifs sur le marché des EHPAD.

Il arrive que, par exception, des établissements lucratifs privés se positionnent, mais dans ce cas, d'autres aspects influencent un tel choix :

- Une direction « suffisamment » acquise à l'intégration de PHV, qui, du fait de son parcours, de son réseau professionnel et/ou par conviction humaniste, trouve les marges de manœuvre nécessaires à la réalisation du projet.
- Un faible taux d'occupation. Les places d'UPHV sont notoirement en nombre insuffisant pour accueillir les ressortissants de foyer susceptibles d'en bénéficier ; une rareté qui fait d'elles un « relais de croissance » intéressant dans un contexte de sous-activité, pour un établissement rural par exemple.
- Un intérêt bien compris au plan managérial, puisque le financement des UPHV sous forme d'enveloppe supplémentaire fait exception à la règle générale, qui conditionne les ressources allouées au niveau de dépendance des résidents « PAD ». Un mode de financement dérogatoire qui conduit à s'interroger sur les besoins réels des résidents, plutôt qu'à faire la preuve de leur dépendance et/ou de leurs pathologies, afin d'obtenir les moyens correspondants. Si on considère qu'il devient risqué d'encadrer de simples exécutants dans un environnement économique incertain, alors ce type d'unité devient un atout au plan stratégique.
- Au plan organisationnel, l'implantation d'une UPHV conduit à repenser l'utilité sociale de l'EHPAD en même temps qu'elle conforte le plan d'amélioration de la qualité ; si par « qualité » on entend : « ...] L'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques d'un produit, d'un système ou d'un processus à satisfaire les exigences des clients et autres parties intéressées »<sup>30</sup>. Les adaptations qu'elle sous-tend nourrissent ainsi le projet d'établissement, et donc l'identité d'équipe, au-delà de l'« empowerment »<sup>31</sup> qu'elle implique, dans un contexte marqué par la crise des vocations chez les soignants.

## C- Intégration

L'admission dans un EHPAD peut-être une expérience traumatisante pour tout à chacun ; ce qui accrédite l'idée selon laquelle toutes les mesures favorables aux transitions d'arrivée, ainsi qu'à la dé-standardisation de l'accueil sont susceptibles de profiter à l'ensemble des résidents. Or, il ressort des entretiens que l'implantation d'une UPHV implique moins des adaptations devant les causes endogènes du handicap que devant ses causes exogènes. Il s'agit de pratiques visant principalement à faciliter les transitions psychosociales (Jacques, 2020) et

---

30 Définition donnée par l'International Organisation for Standardisation (ISO), citée par Jean-René Loubat dans son livre consacré à la démarche qualité : Loubat, JR (2009). La démarche qualité en action sociale et médico-sociale. Paris : Dunod

31 Selon l'auteur québécois Yann Le bossé, l'empowerment est : « La possibilité pour les personnes et les collectivités d'exercer un plus grand contrôle sur ce qui est important pour elles, leurs proches, leur communauté. »

Le Bossé, Y (2016). Soutenir sans prescrire : Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC). Québec : Ardis.



l'acceptabilité sociale (Callon et al., 2001) du handicap mental dans l'institution gérontologique, avec l'arrière-plan socio-historique que nous avons décrit.

Jean Guichard et Michel Huteau<sup>32</sup> ont montré qu'il existe des stratégies de transition plus ou moins favorables à l'intégration des nouveaux arrivants dans une organisation. La plus favorable, celle qui est mise en œuvre dans l'ensemble des projets, implique une faible nouveauté du rôle, ainsi qu'une marge de liberté importante : le nouvel arrivant a la possibilité d'agir sur son environnement et de modifier son rôle en fonction de ses qualités propres. Ce faible écart entre rôle d'origine et nouveau rôle nécessite pour la personne moins d'efforts pour se repositionner socialement, ce qui facilite son réarrangement psychosocial ; autrement dit, son intégration. Concrètement, les UPHV tendent à reproduire les conditions du secteur spécialisé dans les murs de l'EHPAD, pour prévenir le choc de l'admission :

- Les labels départementaux prévoient des espaces dédiés regroupant les chambres d'usagers concernés et des lieux de vie semi-privés, destinés au quotidien (tout ou partie des repas, des animations, l'accueil de visiteurs etc.) dans une ambiance confortable et conviviale, favorable à l'appropriation. Des espaces intérieurs souvent assortis d'extérieurs : terrasses, balcons, ou jardins, également supports de la domestication (potager, animaux) par la stimulation des sens, des émotions, des compétences... Globalement, la pratique éducative tend à rompre avec l'uniformité des espaces. Les éducateurs ne portent pas de blouses, par exemple. L'ameublement et la décoration figurent dans la plupart des projets d'unité, et l'étayage des personnes dans le quotidien consiste notamment à s'assurer chez elles d'une bonne compréhension du statut des lieux où elles se trouvent (social, collectif, intime). Par exemple, on peut rester en peignoir et chausson sur l'unité, mais on s'habille pour aller au « restaurant » ; c'est-à-dire dans la grande salle à manger.
- Cet usage de l'espace s'inscrit dans le cadre d'une relation favorable au pouvoir d'agir des personnes (Jouffray & Étienne, 2017), au sentiment d'auto-efficacité<sup>33</sup>, voire aux sentiments d'identité définis par Erikson<sup>34</sup> à travers différentes médiations qui toutes intensifient la domestication institutionnelle (cuisine, lingerie, arts plastiques, sorties...). Par l'introduction du paradigme éducatif dans la prise en charge des personnes, on passe d'une valeur purement technique des soins justifiés par leurs incapacités, à l'efficacité symbolique (Thouvenot & Meirieu, 1998) d'une action globale, intégrant leurs potentialités, leurs désirs et leurs identités.

Paradoxalement, c'est surtout auprès des professionnels au contact des PHV qu'il faut accompagner ce changement de paradigme :

- Les soignants et l'animateur, notamment, doivent apprendre à s'appuyer davantage sur les compétences de ces nouveaux résidents, par exemple, pour mettre la table, aider au ménage, pousser des fauteuils (Boullet & Orville, 2015), voire pour animer le groupe et concourir à l'entraide auprès des résidents « ordinaires » (Carnein, 2004). Il s'agit de « faire avec » et non

---

32 Guichard, J., & Huteau, M. (2006). *Psychologie de l'orientation*. Paris : Dunod.

33 Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.

34 Erikson, E. H., & Nass, J. (2000). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris : Flammarion.

plus « à la place » de la personne ; et donc renoncer plus ou moins consciemment au rôle d'expert de ses besoins pour se positionner davantage en conseiller ou en « coach », en soutien d'une autonomie plus conforme à la définition donnée par l'OMS.

- Dans un premier temps, une part importante du travail des éducateurs recrutés, consiste donc à soutenir et coordonner l'action de leurs collègues auprès des PHV. Ils sont d'ailleurs le plus souvent intégrés au comité de direction de l'établissement dans cette perspective.

## D- Décloisonnement

On l'a vu, les résidents PHV sont plus jeunes, moins dépendants, et généralement sans enfants. Du fait de leur hétéronomie, ils sont habitués à vivre en institution. Autrement dit, sociabilisées à travers les normes d'une structure sociale régie par la réciprocité du don, plutôt que par l'économie de marché. Un éthos qui les rend particulièrement solubles dans la vie de l'EHPAD, notamment parce qu'ils sont étrangers au soupçon de maltraitance et à la hiérarchie sociale qui pèsent habituellement sur les soignants par la voix des familles.

Après la phase d'intégration, l'UPHV ouvre une zone pré-formelle d'expérimentation dépassant le travail prescrit pour les soignants ; par exemple, pour faire d'une toilette un accompagnement à visée hédonique ; aider la personne à faire ses achats en lien avec son mandataire judiciaire ; convertir le petit déjeuner en buffet, plus favorable à l'autonomie ; permettre à la personne de s'habiller comme elle le souhaite, quand elle le souhaite, et à cette fin, revoir les horaires et pratiques pour pouvoir la conseiller de la meilleure manière... Parfois même « ne rien faire » ; c'est-à-dire simplement prendre le temps d'échanger avec les résidents, car pour paraphraser le chirurgien Leriche<sup>35</sup> : la bonne santé n'est pas le silence des organes, mais la vie dans le silence des organes ; c'est-à-dire une notion triviale, propre à chacun<sup>36</sup>.

Mezza voce, ces nouvelles pratiques modifient le sens que les soignants donnent à leur travail : leurs intentions, leurs difficultés, les besoins qu'ils expriment en termes de formation, d'organisation, ou d'investissements... Une transformation discrète, progressivement amplifiée par le fait que les personnes circulent dans l'établissement :

- Les résidents PHV devenus trop dépendants pour bénéficier du dispositif, finissent par occuper une place d'EHPAD « classique », tout en conservant la possibilité de revenir ponctuellement sur l'unité, quand leur état le permet.
- Le personnel se renouvelle au sein de l'unité, qui lui procure une prise en charge différente en terme de niveau de « dépendance », d'individualisation, d'animation, d'accès à la formation, et donc d'ouverture sur la « filière handicap ». A tel point que certains directeurs font de l'UPHV un argument d'attractivité, voire de fidélisation auprès de leurs salariés.
- En vertu du principe d'inclusion, les animations proposées pour l'EHPAD et l'accompagnement réalisé à l'UPHV restent accessibles à l'ensemble des

---

35 « La santé est la vie dans le silence des organes » Leriche, R. (1940). La chirurgie de la douleur. Paris : Masson & Cie.

36 Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

résidents. Or le succès qu'ils rencontrent ne recoupe pas nécessairement les catégories administratives auxquelles appartiennent les personnes. Il existe notamment une forte demande d'accompagnement social parmi les résidents PAD, pour laquelle ce type de projet s'avère pertinent, tandis que certaines personnes estampillées PHV profitent pleinement du « milieu ordinaire », auquel elles insufflent un nouveau dynamisme.

- Finalement, la pratique éducative infuse. La séparation d'une unité distincte entretient le stigmate plus qu'elle ne favorise l'intégration. La catégorie « handicap » ne semble donc plus pertinente aux acteurs, qui, en lien avec leur autorité de tutelle, organisent la répartition progressive des résidents concernés en fonction de leurs situations et de leurs intérêts dans l'établissement.
- L'EHPAD mobilise indistinctement la compétence éducative dès lors qu'elle s'avère pertinente dans chaque situation rencontrée. Cette compétence, devenue collective, est entretenue à travers la recherche de synergies en matière de formation, d'animation, d'extériorisations avec un réseau de foyers partenaires. Elle est identifiée, mobilisée à l'occasion de socialisations anticipatrices comme des visites ou des accueils temporaires, réalisant concrètement les principes de continuité des parcours et de décroisement inscrits au projet régional de santé<sup>37</sup>.

## E- Hybridation

En première analyse, on pourrait croire que les UPHV ne font que concrétiser le principe d'accessibilité, préconisé par le rapport de l'IGAS<sup>38</sup> sur l'avancée en âge des personnes handicapées, remis en 2013 par Patrick Gohet au gouvernement Ayrault. Mais par leur mode de financement, l'ethos des personnes accueillies, ainsi que l'introduction du paradigme éducatif, les UPHV ouvrent, en réalité, une brèche dans l'ordre économique institué par la loi PSD ; c'est-à-dire dans un « marché de la dépendance » organisé de telle sorte que toute l'économie des EHPAD s'y trouve incluse, justifiant la prévalence du nursing au détriment des relations sociales dans la prise en charge.

Discrètes ruse de l'histoire, ces nouvelles unités atténuent les effets du coup de force initial opéré en 1997 par la construction d'une différence entre personnes âgées et personnes handicapées. Parce que la vieillesse n'est ni un accident, ni une maladie, ces dispositifs méritent le statut de « laboratoires d'innovation », dans la mesure où ils donnent le sens d'un progrès possible, en termes d'accompagnement social et de préservation des dernières potentialités. Ils donnent aussi l'exemple d'une domestication dans les trois dimensions institutionnelles que sont l'espace, les pratiques et les valeurs ; notamment par le management et le sens donné à leur travail par les soignants.

Dans cette perspective, les UPHV initient ce que nous appellerons une « transformation polanyienne à rebours » (Polanyi Karl, 1944), puisqu'ici, l'hybridation des institutions du handicap et de la gérontologie aboutit au repositionnement du soin dans les relations sociales et de l'économie dans la sphère administrative. La vie reprend ses droits... Le lien de subordination se desserre, ouvrant sur davantage de pouvoir d'agir et de réciprocité ; donc sur des éléments

---

37 <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>

38 L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion, IGAS, 2013

aussi utiles à l'innovation qu'à la qualité de vie : l'initiative, l'intuition, l'expérience, la formalisation collective du travail... On passe ainsi d'une organisation dominée par l'économie du marché de la dépendance, aux règles d'une structure sociale prévalant sur l'économie ; donc aux prémices d'une communauté politique.

## Conclusion

Mohammed Malki, dans son rapport KPMG de 2015 sur les nouveaux modèles d'EHPAD<sup>39</sup>, prévoit :

Les résidents futurs seront plus exigeants sur les services comme toutes les générations nouvelles. Les EHPAD s'adapteront à ces exigences dans la mesure des ressources disponibles (...) L'accompagnement des résidents plus dépendants s'adaptera aussi. Les EHPAD auront besoin de plus de services de stimulations physiques, sensorielles et psychocognitives, de pratiques non médicamenteuses, d'animation, etc. (...) ces missions ne peuvent pas être réduites à des actes purement techniques car c'est de la personne qu'il s'agit dans sa singularité et dans toutes ses dimensions, humaine, sociale, culturelle... (Malki, 2015 : 55)

Autrement dit, avant d'être des lieux de soins, les EHPAD doivent redevenir des lieux de vie « ordinaires » où des professionnels bienveillants, formés aux techniques relationnelles sont en mesure d'accueillir et accompagner les résidents aux dernières étapes de leurs vies. Un saut qualitatif auquel semblent pouvoir contribuer les UPHV.

Pratiquement 30 ans après l'introduction par Kitwood et Bredin (Kitwood & Bredin, 1992) du principe d'accompagnement centré sur la personne, ces UPHV, permettent non seulement d'entrevoir ce qu'il est possible de faire avec plus de moyens dans les EHPAD. Mais surtout, l'introduction du paradigme éducatif qu'elles impliquent dans l'institution, réinterrogent concrètement l'organisation et le sens du travail parmi les membres du personnel et l'encadrement.

---

<sup>39</sup> EHPAD : vers de nouveaux modèles, KPMG, 2015

### Acronymes utilisés

<b>AES</b>	Accompagnant Éducatif et Social	<b>IGAS</b>	Inspection Générale des Affaires Sociales
<b>AS</b>	Aide-Soignant	<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ASH</b>	Agent de Service Hôtelier	<b>PAD</b>	Personne Âgée Dépendante
<b>CSEESS</b>	Conseil Supérieur de l'Économie Sociale et Solidaire	<b>PHV</b>	Personne Handicapée Vieillissante
<b>EHPAD</b>	Établissement d'Hébergement pour Personnes Dépendantes	<b>PSD</b>	Prestation Spécifique Dépendance
<b>ESAT</b>	Établissement et Service d'Aide par le travail	<b>UPHV</b>	Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes

### Références

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Bastide, Y. (2014). *L'intégration des personnes handicapées intellectuelles vieillissantes en EHPAD*, Mémoire de recherche de Master 2 IPHD, Université de Poitiers.
- Beauchamp, T., Childress, J., & Mouillie, J.-M. (2008). *Les Principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres.
- Belot, A. (2004). *L'accueil des personnes handicapées mentales vieillissantes : un nouvel enjeu pour les professionnels du grand âge ?* *Gérontologie et société*, n° 110, 295-298.
- Billé, M., & Martz, D. (2018). *La tyrannie du « Bienvieillir »*. Érès.
- Blanchard, H., Mortier, B. (2015). Personnes handicapées vieillissantes : pistes pour dépasser un Impensable. *Le Sociographe*, n° 52, 85-94.
- Bodin, R. (2018). *L'institution du handicap*. Paris : La Dispute.
- Bonnet, M. (2004). *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap*, Conseil Economique et Social.
- Boullet, JY., Orville, C. (2015). Vieillissement, identité, handicap. *Le sociographe*, n° 52, 95-105.

- Bouquet, B. (2013). Lier management et clinique ? Des paradoxes aux perspectives. In *Clinique et management : Rupture ou transition ?* Érès, p. 13-25.
- Callon, M., Lascoumes, P., & Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain - Essai sur la démocratie technique*. Paris : Les Editions du Seuil.
- Carnein, S. (2004). *Qui sont les personnes handicapées retraitées ?* Gériologie et société, n° 110, 201-208.
- Chaize, P. (2015). Le vieillissement saisi par la clinique du doute. *Le sociographe*, n° 52(4), 45-58.
- Charras, K., Cérèse, F. (2017). Etre "chez-soi" en EHPAD : domestiquer l'institution - *Gériologie et société*, n° 152, 169-183.
- Delporte, M. (2015). L'expérience de la retraite des travailleurs handicapés. *Le sociographe*, n° 52(4), 33-44.
- Enquête relative à l'accueil des personnes en situation de handicap en EHPAD.* (2013). GEPSO. *EHPAD : vers de nouveaux modèles.* (2015). KPMG.
- Erikson, E. (1993). *Adolescence et crise : la quête de l'identité*. Paris : Champ Flammarion.
- Fizzala, A. (2017). *Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2011.* Les dossiers de la DRESS, n° 15.
- [gfph.dpi-europe.org/DeclarationDeMadrid2002](http://gfph.dpi-europe.org/DeclarationDeMadrid2002), consulté le 21 février 2021
- Guichard, J., & Huteau, M. (2006). *Psychologie de l'orientation*. Paris : Dunod.
- Guyot, P. (2012). Avancée en âge : de la construction d'une problématique à l'élaboration de réponses adaptées. Dans G.Zribi, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*. Rennes : Presses de l'EHESP, p. 47-62.
- Jacques, M.-H. (2020). *Les transitions identitaires dans les parcours d'éducation*. PU Rennes.
- Jouffray, C., & Étienne, C. (2017). Vous avez dit participation ? Apports de l'approche centrée sur le dpa-pc sur cette question. *Vie sociale*, 19(3), 107-125.
- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a Theory of Dementia Care : Personhood and Well-being. *Ageing & Society*, 12(3), 269-287.
- L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion* (2013). IGAS.
- Le Bossé, Y (2016). *Soutenir sans prescrire : Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC)*. Québec : Ardis.
- Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* (2010). ANESM, octobre, 19.
- Leriche, R. (1940). *La chirurgie de la douleur*. Paris : Masson & Cie
- Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ?* (2018). ANCREAI, décembre.
- Loubat J.-R (2009). *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod

- Loubat, J.-R. (2013). Le management ou l'art de faire réussir les entreprises humaines. In *Clinique et management : Rupture ou transition ?* (p. 39-49). Érès.
- Marx, K. (1849). *Travail salarié et capital ; suivi de Salaires, prix et profits*. Consulté le 21 février 2021 sur le site de l'UQAC.
- Molinier, P. (2010). Apprendre des aides-soignantes. *Gérontologie et société*, 33 / n° 133(2), 133-144.
- Paul, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*, 20(2), 11-63.
- Polanyi, K. (2009). *La grande transformation : Aux origines politiques et économiques de notre temps*. Traduit de l'anglais par Catherine Malamoud et Maurice Angeno ; préface de Louis Dumont. Paris : Gallimard.
- [solidarites-sante.gouv.fr/Rapport-Paul-Blanc-sur-les-personnes-handicapees-veillissantes](https://solidarites-sante.gouv.fr/Rapport-Paul-Blanc-sur-les-personnes-handicapees-veillissantes), consulté le 21 février 2021.
- Roth, C. (2015). *Parcours de vie, ruptures et vieillissement. L'hébergement des adultes présentant un handicap mental et son évolution*. *Le Sociographe*, n° 52, 71-84.
- Thouvenot, C., Meirieu, P. (1998). *L'efficacité des éducateurs : Une approche anthropologique de l'action éducative spécialisée*. Paris : L'Harmattan.
- Trépiéd, V. (2016). *Solitude en EHPAD. L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes*. *Gérontologie et société*, n° 149, 91-104.
- [vie-publique.fr/](https://vie-publique.fr/) *Personnes handicapées : analyse comparative et prospective du système de prise en charge*. (Rapport Fardeau, 2001), consulté le 21 février 2021.
- [vie-publique.fr/](https://vie-publique.fr/) *Pour une prise en charge collective quel que soit leur âge des personnes en situation de handicap*. (Rapport Bonnet, 2004), consulté le 21 février 2021.
- <https://www.avise.org/decouvrir/innovation-sociale/innovation-sociale-de-quoi-parle-t-on>,
- <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/aides-financieres-en-ehpad/laide-sociale-a-lhebergement-ash-en-etablissement>



## Vers une gouvernance régionale du Bien- vieillir ? Des « gerontopôles » en quête de légitimité

Towards a regional governance of successful ageing? French "gerontopôles" and their legitimacy

**Raphaël ROGAY<sup>40</sup>**

Triangle (UMR 5206)  
Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine  
Limoges, France

<https://orcid.org/0000-0003-4080-3230>

[r-rogay@gerontopole-na.fr](mailto:r-rogay@gerontopole-na.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4113>

DOI : 10.25965/trahs.4113

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Face au vieillissement de leur territoire et à l'augmentation de leurs capacités d'action, des acteurs locaux et régionaux se sont fédérés, à partir de 2007, afin de constituer plusieurs gerontopôles susceptibles de contribuer à la recherche clinique et à l'innovation en gérontologie. Dans cette contribution, je montre que ces organisations, peu étudiées, se sont développées autour de deux modèles aux degrés différents de légitimation : un modèle hospitalo-centré et un modèle holiste. J'analyse les ressorts de la légitimation régionale des gerontopôles holistes, tout en montrant que ces ressorts déterminent leurs contenus d'intervention. A l'échelle nationale, il apparaît finalement que si la diversité des gerontopôles gêne leur légitimation, ces difficultés sont autant le fruit de contradictions émanant du pouvoir central lui-même. En effet, l'État régulateur, enclin à encourager les territoires à développer des réponses localisées aux défis qu'ils rencontrent, peine à accorder une reconnaissance à des organisations polymorphes qui sont précisément le fruit de contextes locaux et régionaux. La recherche d'une légitimation nationale risque dès lors de conduire les gerontopôles à une homogénéisation qui fragiliserait le maintien d'une légitimité régionale durement acquise. Cette contribution s'appuie sur l'étude transversale de huit gerontopôles et sur l'étude longitudinale du gerontopôle Nouvelle-Aquitaine dont je fus un observateur participant autant qu'un participant observateur. L'enquête se fonde sur l'analyse d'un corpus de presse, d'un ensemble de documents de littérature grise, d'une dizaine d'observations participantes et de vingt-deux entretiens semi-directifs conduits dans le cadre d'une thèse de doctorat cifre.

**Mots clés :** vieillissement, gerontopôles, silver économie, sociologie de l'action publique, gouvernance de la longévité

**Abstract:** With the aging of their population and the increase of their capabilities, local and regional partners have worked, since 2007, to build several "gerontopôles" in order to stimulate clinical research and innovation in gerontology. In this contribution, I demonstrate that these understudied organizations were built around

---

<sup>40</sup> Doctorant en science politique



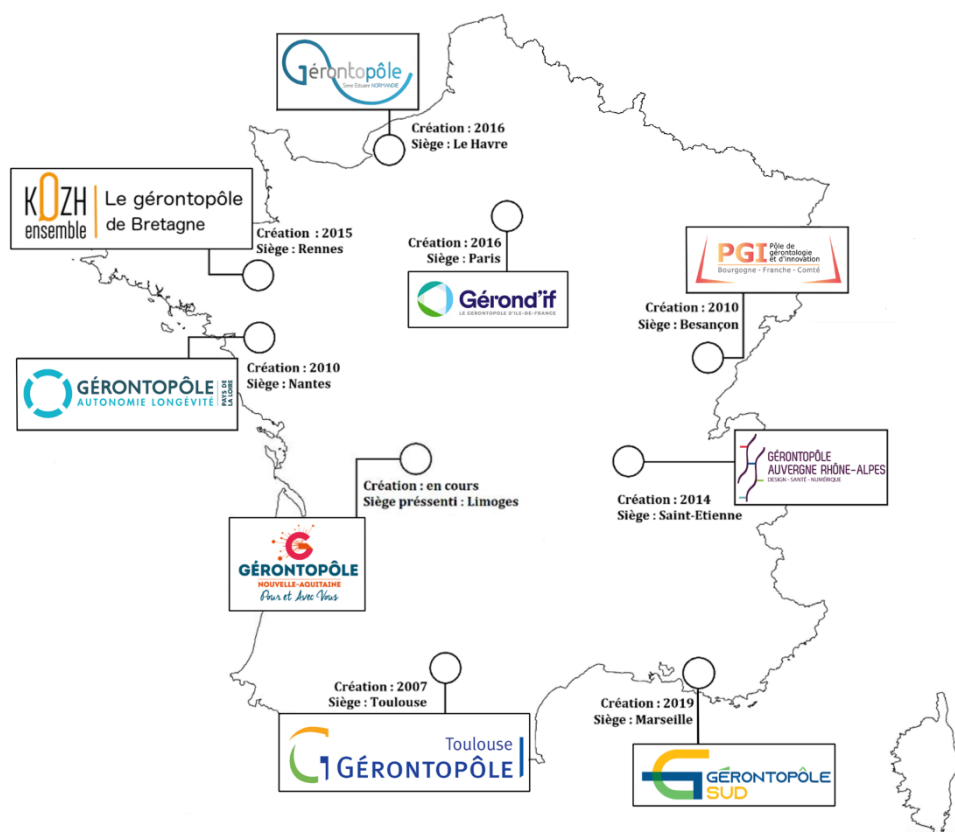
two models with different degrees of legitimacy : a hospital-centered model and a holistic model. I analyze the mechanisms of regional legitimization of holistic “gérontopôles” and show that these mechanisms determine the content of their interventions. At the national level, it finally appears that if the diversity of the “gérontopôles” makes their legitimization difficult, these difficulties are also the result of contradictions emanating from the central authorities themselves. Indeed, the regulatory State stimulates local authorities to develop local-based responses to the challenges they face on the one hand. But it is unable to give recognition to diversified organizations that are precisely the result of local-based policies on the other hand. Therefore, the search for national legitimacy can lead “gérontopôles” to a homogenization that could compromise the continuation of their hard-earned regional legitimacy. This contribution is based on a cross-sectional study of eight “gérontopôles” and on a longitudinal study of the Nouvelle-Aquitaine gerontopole, of which I was both a participant and an observer. The investigation is based on the analysis of a press corpus, a set of grey literature documents, a dozen participant observations and twenty-two semi-structured interviews conducted during a PhD research.

Keywords: ageing, “gerontopoles”, silver economy, sociology of public action, ageing governance

## Introduction

Face au vieillissement de leur territoire et à l'augmentation de leurs capacités d'action, des acteurs locaux et régionaux se sont fédérés, à partir de 2007, afin de constituer des gérontopôles susceptibles de contribuer à la recherche clinique et à l'innovation en gérontologie (Gonthier et al., 2015). Peu, voire pas étudiées, ces organisations sont très diversifiées dans leur fonctionnement, leurs finalités, les acteurs à leur origine et leurs parties-prenantes, et connaissent un développement inégal en termes de budgets, de financements et d'équipes opérationnelles. Il est par conséquent difficile de formuler une définition unique propre à caractériser l'ensemble de ces organismes.

Carte 1. Les gérontopôles en France



Source : carte établie par nos soins

La création des gérontopôles intervient dans un contexte politico-institutionnel fragmenté. D'une part, les lois de décentralisation ont déplacé le centre de gravité des politiques vieillesse de l'État vers les départements. Cependant, seul le volet social a été décentralisé, laissant place à une mosaïque de politiques départementales (Argoud, 1998, 2007), quand le volet sanitaire est resté une compétence de l'État, déployée par les agences régionales de santé (ARS). D'autre part, depuis 2013, un nouveau contenu de politiques publiques, la silver économie, vient perturber ce paysage institutionnel déjà morcelé (Rogay, à paraître) en donnant un rôle majeur aux régions et aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) dans la gouvernance de cette « filière » visant à élaborer des solutions économiques et sociales innovantes pour répondre aux besoins des aînés (Ministère du redressement productif, 2013).

A l'intersection de ces deux trajectoires d'action publique (une plus ancienne, relevant de la demande ; une plus récente, relevant de l'offre), les années 2000 et 2010 voient l'apparition de nouvelles organisations visant à répondre aux besoins des personnes âgées. Au niveau local, des clusters, des living labs (Berthou, 2018) ou encore des agences de développement économique deviennent des acteurs de plus en plus légitimes à proposer des solutions relatives au bien-être des seniors. Ces organisations s'appuient sur des expertises très différentes pour asseoir leur légitimité : connaissances d'un réseau (cluster), d'une clientèle (entreprises), ou d'usages (living labs).

Les gérontopôles constituent à ce titre un exemple emblématique d'organisations nouvelles intervenant dans le champ mal délimité du « bien-vieillir » (Ministère de la santé et des solidarités, 2007) et venant bousculer le paysage institutionnel traditionnel de l'intervention à destination de la vieillesse. Revendiquant une approche réticulaire, une connaissance fine des différents acteurs de la gérontologie et une compétence scientifique pointue, les gérontopôles relèvent de ce que P. Lascoumes et L. Simard appellent un « recyclage d'instrument d'action publique » (2011 : 7). En effet, ils sont indirectement inspirés d'instruments issus de la géographie économique : les milieux innovateurs (Crevoisier, 2001), les technopôles (Benko, 1991) ou encore les clusters (Porter, 1998) sont autant d'instruments faisant de l'innovation et de la recherche une composante majeure du développement endogène des territoires mais aussi le résultat de configurations d'acteurs en interaction.

Plus directement, les gérontopôles sont inspirés des cancéropôles nés sous l'impulsion du plan cancer 2003-2007 (Gonthier et al., 2015 : 72-73), bien que leurs problématiques soient différentes (Vellas, Hammou Kaddour, 2011 : 266). L'enjeu de l'ancrage territorial et de la légitimation régionale et nationale des gérontopôles, malgré leur grande diversité, est dès lors important. En effet, dans les objectifs qu'ils affichent, les gérontopôles sont susceptibles de répondre au moins en partie à l'augmentation quantitative et qualitative des demandes (*inputs*) politiques relatives aux besoins liés à la transition démographique qui affecte inégalement les territoires. Pour cela, les gérontopôles devront faire de leur diversité un atout, à la différence des cancéropôles qui affichent un bilan nuancé quant à leur capacité à remplir leurs objectifs initiaux (Vézian, 2014).

Cet article ne restitue pas un travail d'évaluation des gérontopôles. Cela reviendrait à postuler que l'efficacité d'une organisation serait le principal déterminant de sa légitimité. Dans une perspective plus proche des néo-institutionnalistes en sociologie<sup>41</sup> je postule plutôt que les institutions n'existent pas seulement parce que leurs fonctions sont nécessaires, mais parce des pratiques de légitimation conduisent à les faire accepter comme telles (Dubois, 2001). La question fondamentale est donc de savoir si, parmi la diversité des gérontopôles, il en émerge qui soient « légitimes » et de déterminer les ressorts leur conférant cette légitimité, c'est-à-dire une reconnaissance, une acceptation, par leur environnement externe (Deephouse, 1996, Di Maggio, Powell, 1983).

Les néo-institutionnalistes insistent sur la conformité aux normes et valeurs dominantes, comme déterminant de la légitimité des organisations d'un même champ (Deephouse, 1996) mais aussi sur le fait que l'expansion du rôle régulateur

---

41 Pour comprendre les nuances importantes entre néo-institutionnalisme historique, des choix rationnels et sociologique, je renvoie à Hall, P.A., Taylor, R. (1997). « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». *Revue française de science politique*, 47. N°3-4. p. 469-496.

de l'État moderne imposerait de nombreuses pratiques aux organisations (Hall, Taylor, 1997). Le développement des appels à projets et des labels conduit même Renaud Epstein à présenter ces « trophées » comme une redéfinition, par le centre, des finalités des politiques territoriales en « promouvant les bonnes pratiques développées dans les territoires modèles » (Epstein, 2013 : 16).

Des travaux plus anciens traitaient déjà de « l'isomorphisme coercitif » (Di Maggio, Powell, 1983), en analysant la légitimation comme une forme de pression exercée par l'État et pouvant imposer une homogénéisation aux organisations d'un même champ. En s'insérant au sein d'une gouvernance régionale fragmentée, les gérontopôles perturbent un ensemble d'arrangements institutionnels. Dans ce contexte, sur quels ressorts de légitimation s'appuient ces organisations hétérogènes et dans quelle mesure ces ressorts déterminent-ils leurs contenus d'intervention ?

Pour répondre à ces questions, je m'appuie sur l'étude transversale de huit gérontopôles (Normandie, Toulouse, Île-de-France, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes (AURA), Bourgogne-Franche-Comté, Sud, Bretagne) et sur l'étude longitudinale du gérontopôle Nouvelle-Aquitaine, dont je fus un observateur participant autant qu'un participant observateur (Gold, 1958). L'enquête a été conduite entre 2019 et 2021 dans le cadre d'une thèse de doctorat cife en science politique au sein d'Autonom'lab, GIP préfigurateur du gérontopôle Nouvelle-Aquitaine, et du laboratoire Triangle (UMR 5206). J'ai constitué et analysé pour les besoins de l'article un corpus de 75 articles de presse consacrés aux gérontopôles ainsi qu'un ensemble de documents de littérature grise (documents institutionnels, documents internes, plaquettes de présentation, présentation lors de colloques etc.). J'ai enfin conduit une dizaine d'observations participantes et vingt-deux entretiens semi-directifs auprès d'acteurs des gérontopôles.

## I. Naissance et développement des gérontopôles autour de deux modèles inégalement légitimés

### I.A. La naissance d'un modèle hospitalo-centré (2006-2007)

La première occurrence du terme « gérontopôle » remonte à 2005 lorsque Philippe Most, maire UMP de Royan, souhaite créer un rapprochement entre les services gériatriques des centres hospitaliers de sa commune et de celle de Rochefort. Le terme désigne alors un simple projet de « mise en commun des moyens des deux agglomérations »<sup>42</sup> et n'a pas grand-chose à voir avec son acception future. En 2006, le terme est utilisé par le Pr. Pierre Pfitzenmeyer, gériatre au CHU de Dijon, pour désigner un projet<sup>43</sup> ayant pour but de regrouper tous les partenaires pour développer « la formation et la recherche tout en offrant une dimension de soins »<sup>44</sup>.

---

42 *Sud-Ouest*, « Philippe Most répond au comité de soutien », Philippe Belhache, 30 décembre 2005

43 L'idée d'un gérontopôle naît dans l'esprit de P. Pfitzenmeyer à la suite de la canicule de 2003 et de son lourd impact sur la mortalité de la population âgée. Cf. interview de P. Pfitzenmeyer dans *L'Expansion*, « Les 10 chercheurs qui dopent l'industrie », 1 septembre 2006.

44 *Le Bien Public*, « Le gérontopôle de Dijon se dessine », Cyrill Bignault, 22 mars 2007.

Soutenu par François Rebsamen, maire de Dijon, Michel Ballereau, directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et Didier Marie, directeur du CHU<sup>45</sup>, ce projet débouche sur la création d'une association loi 1901 financée par le CHU (à hauteur de 650 000 €) et diverses réponses à des appels à projets de recherche<sup>46</sup>. L'association implique d'autres parties-prenantes, telles que le conseil régional, le Département de la Côte d'Or et la Ville de Dijon. En mars 2007, Michel Ballereau accompagne Louis de Broissia (Président du Département de la Côte d'Or) auprès des ministres Xavier Bertrand et Philippe Bas pour réclamer un soutien ministériel et une reconnaissance nationale de ce gérontopôle. Pourtant, c'est à Toulouse que quelques jours plus tard, Philippe Bas annonce la création du premier gérontopôle français officiellement « labellisé », alors même que le terme « gérontopôle » est déposé auprès de l'INPI par le Pr. Pfitzenmeyer depuis septembre 2006<sup>47</sup>. La décision est justifiée à l'époque par la présence au sein du CHU Toulousain d'une filière gériatrique d'excellence, créée par le Pr. Albarède et dirigée ensuite par le Pr. Bruno Vellas. D'autres déterminants ont pu conduire le ministère à préférer Toulouse à Dijon. La reconnaissance scientifique et sociale (Hassenteufel, 2011 : 117) du Pr. Vellas a ainsi pu lui permettre de trouver différents soutiens au Ministère de la Santé.

Les gérontopôles de Toulouse et de Dijon constituent un premier modèle de gérontopôle : le modèle hospitalo-centré. Plus proche d'un « gériatropôle », ce modèle est porté par les CHU et accorde l'essentiel des ressources (humaines, économiques, stratégiques) à la recherche clinique et la prévention. Il n'est pas à proprement parler régional : à la différence des gérontopôles, il porte le nom de la Ville où siège le CHU auquel il est rattaché.

Le décès prématuré du Pr. Pfitzenmeyer en 2011 marque l'arrêt du gérontopôle dijonnais, dans un contexte où la structure était partie-prenante, à partir de 2010, de la préfiguration d'un gérontopôle interrégional. A partir de cette date, Toulouse devint donc la seule incarnation de gérontopôle hospitalo-centré, acquérant une légitimité si rapide et si importante qu'elle découragea la plupart des futurs gérontopôles à s'orienter vers ce modèle.

Cette situation de quasi-monopole est confortée par une reconnaissance nationale sans cesse renouvelée. A titre d'exemple, le gérontopôle de Toulouse est le seul à être spécifiquement cité par le rapport de concertation rendu par Dominique Libault dans le cadre de l'élaboration de la loi grand âge et autonomie (Libault, 2019).

La légitimité du gérontopôle hospitalo-centré repose sur deux ressorts principaux. D'une part, la question de sa légitimité à l'échelle régionale n'est pas posée dans les mêmes termes que pour les gérontopôles suivants : choix des statuts, recherche de financements, sélection de la nature des activités, acteurs à impliquer dans la gouvernance... qui sont autant de questions qui trouvent des réponses dans la continuité des routines de travail caractéristiques du fonctionnement de l'institution hospitalo-universitaire. Sa création ne perturbe pas les arrangements institutionnels régionaux dans la mesure où l'essentiel de ses parties prenantes sont des acteurs issus des champs du médical et de la recherche, deux champs d'acteurs déjà habitués à coopérer au sein des CHU. D'autre part, la légitimité du gérontopôle

---

45 *Le Bien Public*, « Un gérontopôle sur le site du collège d'Épirey ? », Xavier Grizot, 13 mai 2006.

46 *Le Bien Public*, « Le gérontopôle de Dijon se dessine », Cyrill Bignault, 22 mars 2007.

47 Bulletin Officiel de la propriété intellectuelle, Gérontopôle, n° national 06 3 453 935, dépôt du 29 septembre 2006, 06/45, vol I, p. 116.

<https://data.inpi.fr/bopi/export/brands/FR3453934>

hospitalo-centré repose sur une spécialisation et une excellence scientifique qui se traduisent par une production prolifique (470 publications depuis sa création ; 48 articles dans des revues avec un facteur d'impact supérieur à 4 depuis 2020)<sup>48</sup>, et une insertion dans d'importants réseaux de recherche (en 2009, le gérontopôle est nommé pour assurer la présidence de l'International Association of Gerontology and Geriatrics durant 4 ans et en 2012, est créé l'International Association of Gerontology and Geriatrics – Global Aging Research Network, un réseau de 500 centres de recherche internationaux)<sup>49</sup>.

Le gérontopôle conduit de nombreux projets avec des financements diversifiés (cf. Encadré 1). Cette légitimité, fondée sur la spécialisation et l'excellence scientifique, devient mondiale en 2017 lorsque le gérontopôle est désigné Centre Collaborateur de l'OMS pour la fragilité, la recherche clinique et la formation en gériatrie.

**Encadré 1. Le financement des projets de recherche du gérontopôle de Toulouse**  
Le gérontopôle de Toulouse a une capacité grandissante à capter des financements nationaux et européens, publics ou privés dans le cadre de la recherche. Les financements de projets de recherche représentaient 4,2 millions d'euros en 2008<sup>50</sup>, plus de 15,5 millions d'euros en 2015<sup>51</sup> et 17,8 millions d'euros en 2017<sup>52</sup>. En 2017, 40 % des financements de projets de recherche émanaient de fonds privés, 45 % de fonds européens et 15 % de fonds nationaux et régionaux<sup>53</sup>.

## I.B. La naissance de contre-modèles de gérontopôles holistes (2010)

En 2010, le gérontopôle de Dijon prend une dimension interrégionale en s'associant à d'autres acteurs de Bourgogne et de Franche-Comté (la Carsat Bourgogne-Franche-Comté, les CHU et les universités des deux régions) pour créer le Groupement d'intérêt économique (GIE) préfigurateur en charge de constituer un Pôle de Gérontologie et d'Innovation (PGI). La dernière organisation membre du GIE était l'Institut Régional des Vieillissements franc-comtois (IRV), créé en 2002 à l'initiative de Paulette Guinchard-Kunstler<sup>54</sup>. Le PGI marque ainsi la jonction de deux histoires régionales complémentaires : une approche franc-comtoise plutôt « sociétale » avec l'IRV et une approche bourguignonne plutôt sanitaire et hospitalière avec le gérontopôle. En 2012, le GIE préfigurateur se transforme en association loi 1901 marquant la naissance du PGI qui présente la double originalité d'être le seul gérontopôle<sup>55</sup> interrégional (avant la loi NOTRe) d'une part, et de

48 Présentation du Gérontopôle de Toulouse, Workshop Gérontopôles, Congrès Fragilité, 11 juin 2021.

49 Gérontopôle de Toulouse, « Le Gérontopôle. Permettre l'accès à l'innovation et à la recherche thérapeutique », Plaquette de présentation, 2018, p. 5.

50 Gérontopôle de Toulouse, « Bilan d'étape à deux ans », 2009, p. 83.

51 Gérontopôle, « Le Gérontopôle. Permettre l'accès à l'innovation et à la recherche », Plaquette de présentation, 2016, p. 15.

52 Gérontopôle de Toulouse, « Le Gérontopôle. Permettre l'accès à l'innovation et à la recherche thérapeutique », Plaquette de présentation, 2018, p. 29.

53 *Ibidem*.

54 Paulette Guinchard-Kunstler était députée du Doubs et secrétaire d'État aux personnes âgées. Elle est notamment à l'origine du projet de loi relatif à l'instauration de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie.

55 Le PGI est d'ailleurs la seule organisation à ne pas utiliser le nom « gérontopôle » alors même que ce terme fut imaginé et déposé dans cette région.

développer une approche holiste d'autre part. Le PGI s'affirme ainsi comme un contre-modèle au « gériatropôle » toulousain.

Le PGI oriente ses actions dans l'articulation de quatre axes d'intervention : études et recherches, silver économie, formation et prévention, et action territoriale. Association de 60 personnes morales réparties en 6 collèges (membres fondateurs, entreprises, acteurs de la prise en charge, institutionnels, collectivités et personnes qualifiées), le PGI développe une philosophie d'action fondée sur la subsidiarité, notamment en matière de développement économique (en s'appuyant sur les structures existantes).

Parallèlement, en 2010, un gérontopôle est créé dans la Région Pays de la Loire à l'initiative du Pr. Gilles Berrut qui imagine également ce projet à la suite de la structuration des cancérôpôles. Le processus aboutit à la création d'une association en décembre. Les objectifs initiaux de l'association sont alors de « développer les synergies entre la recherche, la formation, le conseil et le développement économique régional appliqués au domaine du grand âge »<sup>56</sup>. Les membres fondateurs du gérontopôle Pays de la Loire sont le conseil régional, les CHU de Nantes et d'Angers et la CCI régionale, mais l'essentiel des financements provient du conseil régional qui prévoit une enveloppe de 300.000 euros en 2011 et de 3 millions d'euros en tout dans son programme prévisionnel d'investissement 2010-2016<sup>57</sup>. La présence de la CCI est intéressante dans la mesure où il s'agit de la seule CCI de France à figurer parmi les fondateurs d'un gérontopôle. En 2014 est inaugurée la Maison Régionale de l'Autonomie et de la Longévité, lieu totem de la silver économie et siège du gérontopôle, et en 2015, une SAS (société par action simplifiée) est créée avec la CCI en marge de l'association, la SAS Gérontopôle Développement, pour assurer la gestion des contrats privés et gérer les activités lucratives de l'organisation<sup>58</sup>. La SAS est dissoute en 2018 par la nouvelle directrice, notamment pour simplifier son travail de gestion, mais surtout parce qu'elle n'a pas trouvé de modèle économique probant. L'implication de la CCI et la création de cette SAS ont donné une coloration économique assez « business »<sup>59</sup> à ce gérontopôle alors que le développement d'une méthodologie de diagnostic territorial (DATEL) lui a conféré une identité davantage « territoriale »<sup>60</sup>. Cette double identité a conduit le gérontopôle des Pays de la Loire à devenir une « bonne pratique » à imiter : les régions souhaitant développer un gérontopôle à vocation plutôt économique le prenant autant pour exemple que celles souhaitant plutôt orienter l'activité vers le soutien aux collectivités territoriales. Le gérontopôle a même été amené à proposer une prestation d'accompagnement à la structuration du gérontopôle de Normandie<sup>61</sup>.

À l'image du PGI, le gérontopôle Pays de la Loire articule ses actions autour de quatre axes d'intervention : la formation, la recherche, la silver économie et les territoires. Le gérontopôle a inégalement développé ces quatre axes au fil du temps, misant prioritairement sur certains axes au gré des possibilités de partenariats pouvant faciliter sa stabilisation dans un contexte incertain qui dura, selon la directrice, 7 ans (entre 2012 et 2019)<sup>62</sup>. Association de 220 adhérents répartis en 7 collèges

---

56 AFP, « Les Pays de la Loire vont créer un gérontopôle », 10 décembre 2010.

57 *Le Figaro.fr*, « Pays de la Loire : projet de « gérontopôle » », 10 décembre 2010.

58 Entretien avec la directrice du gérontopôle Pays de la Loire, 25 octobre 2019.

59 Terme utilisé dans le cadre de nombreux entretiens.

60 Terme également utilisé lors de nombreux entretiens.

61 Entretien avec la directrice du gérontopôle de Normandie, 23 mars 2020.

62 Entretien avec la directrice du gérontopôle Pays de la Loire, 25 octobre 2019.

(associations de personnes âgées, formation et recherche, grandes entreprises et ETI, institutions et collectivités, prévention et retraite, personnes qualifiées, TPE et PME), le gérontopôle a la particularité de s'inscrire dans une région relativement petite (5 départements), ce qui n'a pour autant pas facilité son intégration territoriale et sa légitimation.

Les gérontopôles de Bourgogne-Franche-Comté et de Pays de la Loire constituent un deuxième modèle de gérontopôle : le modèle holiste. Ils articulent leur action autour de quatre champs d'action (recherche, innovation, territoire et formation) afin d'envisager les enjeux du vieillissement dans une certaine globalité.

Le gérontopôle holiste est porteur d'enjeux de gouvernance et de légitimation spécifiques dans la mesure où il est créé à l'initiative d'acteurs traditionnellement absents des politiques vieillesse (par exemple la CCI en Pays de la Loire, les universités en Bourgogne-Franche-Comté et, dans les deux cas, le conseil régional). Les conseils régionaux justifient leur insertion dans ce champ d'action publique sur la base de leurs compétences en matière d'aménagement, d'innovation, de formation et plus récemment comme « chefs de file » de la silver économie. Le gérontopôle holiste perturbe ainsi le jeu d'acteurs régional traditionnel gravitant précédemment autour des départements. Par ailleurs, ce modèle ne peut souvent pas compter sur la présence d'une institution sur laquelle se reposer ce qui entraîne des hésitations dans sa structuration et le choix de ses statuts (GIE, SAS, association). Enfin, l'engagement des services déconcentrés de l'État est inégal dans les deux gérontopôles : les fondateurs du PGI sont missionnés par les deux ARH de Bourgogne et de Franche-Comté alors que l'ARH est absente lors de la création du gérontopôle Pays de la Loire.

La légitimité des « gérontopôles holistes » repose sur un ressort unique qui me semble être un processus de « légitimation par la preuve ». Ils bénéficient de financements publics incertains et irréguliers et sont sans cesse renvoyés à leur capacité à trouver un modèle économique. Par exemple, après 10 ans d'existence, le PGI demeure relativement instable étant donné la faible part de son budget alloué au fonctionnement (environ 10 %), l'essentiel des budgets étant accordés sur des projets spécifiques.

Cette instabilité pousse les gérontopôles holistes à développer un certain opportunisme dans la conduite de leurs missions : plutôt que de conduire paritairement leurs quatre axes d'intervention, selon une feuille de route réaliste et équilibrée, ces organisations ont tendance à prioriser, en fonction d'opportunités de contexte (développer un partenariat, trouver une nouvelle source de financement etc.), certains axes plutôt que d'autres en fonction des années. Cela explique pourquoi, malgré des objectifs stratégiques et des axes d'intervention quasiment identiques, ces deux gérontopôles holistes demeurent malgré tout relativement hétérogènes.

Cet opportunisme demande à ces organisations une grande flexibilité. Surtout qu'il intervient dans un cadre où, bien souvent, les conseils régionaux et les parties-prenantes de ces organisations font peser un ensemble de contraintes et d'injonctions à ces structures nouvelles dans la conduite de leurs activités. Il leur est par exemple souvent demandé de respecter un principe strict de subsidiarité, c'est-à-dire de ne se positionner que sur des missions qui ne sont pas déjà couvertes par d'autres acteurs du territoire.

Leur réussite dans la mise en place d'une telle philosophie d'action minimaliste s'avère être souvent une condition nécessaire à l'implication d'acteurs cruciaux au sein de leur gouvernance, notamment les conseils départementaux. Cela facilite donc



leur intégration territoriale, la puissance de leur réseau, et, par voie de conséquence, cela nourrit davantage encore leur légitimation. Il leur est également demandé de veiller à l'équilibre territorial de leurs actions en région, des actions devant couvrir l'ensemble du territoire en Pays de la Loire et devant veiller à l'équilibre entre les deux ex-régions en Bourgogne-Franche-Comté. Si les deux gérontopôles holistes étudiés présentent des sources de financement, des membres fondateurs et un historique d'activité très différents, ils constituent toutefois un modèle plutôt unifié sur le plan de leurs missions et de leur philosophie d'action. Ce modèle holiste est celui qui influencera le plus largement les futurs projets de gérontopôle en France.

## I.C. La généralisation du modèle holiste (2014 – 2020)

Entre 2014 et 2020, six projets de gérontopôles émergent en France ; chronologiquement<sup>63</sup> en AURA, en Bretagne, en Île-de-France, en Normandie, en PACA et en Nouvelle-Aquitaine. A l'exception du gérontopôle d'Île-de-France, plus hybride, ces projets sont tous d'inspiration holiste. Toutefois, ils sont très hétérogènes dans leur capacité à s'intégrer dans leurs réseaux régionaux respectifs et sont porteurs d'enjeux de légitimation qui leur sont propres. Pour comprendre ces enjeux, les exemples d'Île-de-France et d'AURA sont à ce titre particulièrement parlants : le premier est l'incarnation d'une légitimation rapide et facilitée ; le second, à l'inverse, connaît un processus de légitimation plus long et plus difficile.

Les origines de la constitution du Géront'If (gérontopôle d'Île-de-France) remontent au colloque organisé par la Mutualité Française et l'équipe de recherche Santé, Individu et Société de l'Université de Lyon, le 4 septembre 2013, à Paris. Ce colloque fut l'occasion d'une présentation enthousiaste des différents gérontopôles déjà constitués. A l'occasion des échanges engendrés par ces présentations, Michèle Delaunay, alors ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie, interpelle le directeur de l'ARS Île-de-France et le directeur général de l'APHP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris) sur l'absence de gérontopôle en Île-de-France. Ces derniers prennent alors l'engagement de constituer un gérontopôle dans la région.

D'emblée, l'ARS se positionne en soutien du projet et en délègue le leadership à l'APHP pour limiter le processus descendant de cette démarche. Une équipe préfiguratrice d'une dizaine de personnes est constituée, équipe initialement très médicale (surtout issue de l'APHP), et incluant notamment un professeur de gériatrie (Olivier Hanon, président actuel du Géront'If), un professeur de biologie du vieillissement, un médecin de la FEHAP et un médecin de la FHF<sup>64</sup>. Un représentant désigné par le président de la CME<sup>65</sup> (commission médicale d'établissement) ainsi qu'un représentant du directeur général de l'APHP furent également intégrés à l'équipe. Des groupes de travail furent constitués durant l'année 2014, selon plusieurs axes qui ont été plus ou moins conservés par la suite : recherche, innovation organisationnelle et parcours, silver économie et innovation, formation et enseignement, éthique et enfin gouvernance (ce dernier groupe ayant logiquement disparu depuis).

Ces différents groupes ont rendu un rapport de préfiguration (Géront'If, 2014) en octobre 2014. Jusqu'à ce rapport, les acteurs privés à but lucratif ont, dans un

---

63 Considérant la date de l'origine du projet et non la date d'entrée effective en exercice des organisations.

64 *NewsPress*, « Création du gérontopôle d'Île-de-France (Géront'If) », 21 juillet 2016.

65 Assemblée de l'APHP où siègent les représentants élus des médecins, pharmaciens, dentistes et sages-femmes.

premier temps, été écartés afin de prioriser « une entente commune entre acteurs du public non lucratif »<sup>66</sup>. Le gérontopôle embauche du personnel dès le début de l'année 2015, par l'intermédiaire de l'APHP. Selon la directrice, la lourdeur des règles de recrutement public et des procédures de marché public ont très vite convaincu l'ensemble des partenaires de la nécessité de constituer une association loi 1901, présentant plus de souplesse. L'assemblée constitutive de l'association eut lieu en juillet 2016 avec une publication au journal officiel en septembre. Cependant, la vie associative du Géront'If n'a véritablement commencé, selon la directrice, qu'à partir de janvier 2017.

Le Géront'If connaît un tournant important en novembre 2018 en étant labellisé « domaine d'intérêt majeur » (DIM) par la commission permanente du conseil régional. Ce dispositif a pour objectif « d'accroître le rayonnement scientifique des laboratoires franciliens et leur attractivité (...) aux fins de développement économique »<sup>67</sup> notamment dans des domaines à fort impact sociétal. Cette labellisation permet à l'organisation d'obtenir des fonds conséquents (600 000 € annuels en fonctionnement, 600 000 € annuels en investissement). Cette labellisation encourage une montée en puissance considérable de la structure : de 4,5 ETP en janvier 2017, le gérontopôle est passé à 25 ETP en juin 2021, avec un budget passant de 200 000 € à 2,5M€<sup>68</sup>.

L'originalité du Géront'If réside dans sa relative légitimation « par le haut » c'est-à-dire en provenance d'acteurs institutionnels. Là encore, cette légitimation particulière a profondément conditionné les activités de ce gérontopôle. Ses membres fondateurs comprennent, d'une part, la plus grande représentation de fédérations hospitalières au sein d'un gérontopôle, et d'autre part, l'AP-HP, un mastodonte hospitalo-universitaire. Ces acteurs clés lui confèrent une légitimité et une croissance rapides, tout en contraignant son activité au domaine hospitalier et à la recherche clinique. Sa deuxième source de légitimation est sa labellisation « domaine d'intérêt majeur » par le conseil régional : là encore, cette reconnaissance assortie de nombreux moyens accroît la légitimité et la visibilité de l'organisation tout en renforçant sa spécialisation dans la recherche.

Aujourd'hui, le Gérontopôle ressemble, par les profils de ses équipes et son organisation, à une unité de recherche clinique, ce qui est susceptible de gêner le développement de ses autres domaines d'activités (notamment l'appui aux politiques publiques, le développement territorial et le développement économique), des objectifs pourtant affichés par le gérontopôle. Ainsi, si le gérontopôle d'Île-de-France relève du modèle holiste dans l'affichage (*de jure*) de ses objectifs et de ses axes d'intervention, sa très forte spécialisation en recherche clinique et ses liens étroits avec l'APHP tendent davantage à le faire ressembler au modèle hospitalo-centré (*de facto*).

Un deuxième projet de gérontopôle illustre bien l'hétérogénéité de ces organisations dans leur capacité à s'intégrer dans leurs réseaux régionaux respectifs, il s'agit du gérontopôle AURA. Ce gérontopôle s'est constitué en 2015 en association loi 1901 (la phase de préfiguration s'achevant au mois de juin) (Gérontopôle AURA, 2017) avec l'originalité de n'impliquer dans le projet que des acteurs stéphanois et ligériens.

---

66 Entretien avec la déléguée générale du gérontopôle Île-de-France, le 25 mars 2020.

67 Conseil Régional Île-de-France, *Rapport pour la commission permanente du conseil régional*, Novembre 2018, Exposé des motifs, p. 3.

68 Présentation du Géront'If, Workshop Gérontopôles, Congrès Fragilité, 11 juin 2021.

En effet, les membres fondateurs de ce gérontopôle sont la Ville de Saint-Etienne, le CHU de Saint-Etienne, la Mutualité française de la Loire, la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines et l'Université Jean Monnet de Saint-Etienne. Cette présence exclusive d'acteurs stéphanois a posé de nombreuses difficultés au gérontopôle qui, depuis 2015, peine à trouver une légitimité régionale. En ayant revendiqué la dimension régionale d'un gérontopôle créé unilatéralement par des acteurs locaux, les membres fondateurs se sont assurés de l'implantation de cette organisation à Saint-Etienne (et non pas, comme dans la plupart des autres cas, dans la capitale régionale).

Toutefois, la montée en échelle de l'organisation s'en est vue ralentie dans la mesure où les autres acteurs (lyonnais, grenoblois, clermontois) n'ont pas été intégrés initialement dans une démarche partenariale et territoriale. Illustration de cette construction locale du gérontopôle : l'absence de portage politique et de financement de la part du conseil régional à l'origine et dans l'évolution du gérontopôle. Les financeurs actuels du fonctionnement du gérontopôle sont en effet l'ARS (intégrée tardivement), les membres fondateurs et Saint-Etienne Métropole. Pour toutes ces raisons, le gérontopôle a rencontré de nombreuses difficultés à assurer sa légitimité face à des acteurs régionaux importants et historiques (notamment : les hospices civils de Lyon, l'institut du vieillissement, le TASDA etc.) et plus globalement à irriguer l'ensemble de la région avec des équipes longtemps réduites. Ces difficultés de légitimation ont conduit le gérontopôle à focaliser principalement son action, durant plusieurs années, sur les compétences recherche de ses collaborateurs. Aujourd'hui, le gérontopôle déclare toutefois 11 ETP (stagiaires compris), signe d'une montée en puissance importante de ses équipes dans la mesure où il n'employait que 2,5 ETP au début de l'année 2020 (cf. tableau 1).

Gérontopôle	Équipes (ETP)			Budget (milliers €/an)		
	2013	2019	2021	2013	2019	2021
Toulouse	nc	nc	nc	nc	nc	nc
Bourgogne-Franche-Comté	5	10	10	300	800	800
Pays de la Loire	7	9,6	11	300	850	950
Île-de-France		18	25		1 800	2 500
AURA		2,5	11		250	500
Normandie		1	3,4		200	314
Sud		4	4		nc	270
Bretagne		nc	nc		nc	nc
Nouvelle-Aquitaine			12			1 000

Tableau1. Évolution des équipes et budgets des gérontopôles de 2013 à 2021<sup>69</sup>

## II. Une illustration des freins et des leviers de légitimation : le gérontopôle Nouvelle-Aquitaine

L'idée d'un gérontopôle en Nouvelle-Aquitaine naît en 2017 à l'initiative d'un gériatre du CHU de Bordeaux. Investi dans le projet Chronicity Valley, un programme transfrontalier (porté au sein de l'Euro-région rassemblant la Nouvelle-Aquitaine, l'Euskadi et la Navarre) relatif au vieillissement et aux maladies chroniques, ce gériatre se rapproche de l'élue régionale en charge de la santé et de la silver économie pour lui proposer un projet de gérontopôle euro-régional permettant de capitaliser sur les premières collaborations initiées avec les acteurs espagnols. L'élue se montre intéressée et le professeur se rapproche dès lors des autres services de gériatrie de la région (au sein des CHU de Poitiers et Limoges) pour leur soumettre le projet. Face à leur enthousiasme, il rédige un pré-projet proche du modèle hospitalo-centré, présenté au conseil régional qui réaffirme alors son intérêt : « la constitution d'un gérontopôle à l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine-

69 Sources : Pour les données 2013 : Gonthier et al., 2015, p. 73. Pour les données 2019 : données transmises dans le cadre des entretiens conduits auprès des personnels des gérontopôles. Données 2021 : données présentées par les gérontopôles dans le cadre du « Workshop Gérontopôles » durant le Congrès Fragilité du 11 juin 2021.

Euskadi-Navarre » est même la première mesure citée dans la « Feuille de route silver économie 2018-2021 » de la Région en 2018<sup>70</sup> et une première réunion de chercheurs des trois régions est organisée à l'été 2018. Le projet connaît alors une réorientation importante durant l'année 2019 principalement pour deux raisons. D'une part, l'ARS refuse de s'engager dans un projet euro-régional, étant donné que son périmètre d'action est limité au territoire national. D'autre part, le conseil régional diminue progressivement son appui à ce modèle hospitalo-centré pour s'assurer de la participation de l'ARS au projet, et pour s'orienter davantage vers un modèle holiste plus en phase avec ses orientations stratégiques. La Région décide finalement de confier la préfiguration opérationnelle du futur gérontopôle à Autonom'Lab, living lab en santé et autonomie créé en ex-Limousin en 2009. Ce choix est justifié par la forte légitimité progressivement acquise par Autonom'Lab au niveau national (premier Living Lab en santé et autonomie de France) et à l'échelle européenne (via la conduite de nombreux projets européens), par sa très bonne connaissance de l'écosystème d'acteurs relevant du champ du vieillissement et enfin par la présence du conseil régional et de l'ARS dans la gouvernance de la structure. La Région réoriente alors les objectifs internes qu'elle associe à la création de ce gérontopôle. En effet, les acteurs du conseil régional voient dans la création d'un gérontopôle préfiguré par Autonom'Lab une opportunité de réconcilier deux trajectoires d'action publique, relevant de la silver économie, que la fusion des régions avaient complexifiées.

L'agence de développement économique et d'innovation de Nouvelle-Aquitaine (ADI) s'était ainsi emparée de la silver économie en ex-Aquitaine et avait entrepris un travail de structuration et d'accompagnement des acteurs de la filière. Or, dès 2009, un travail plus ambitieux encore (dans les objectifs, le temps, les moyens et la diversité des acteurs concernés) avait été entrepris en ex-Limousin avec la création d'Autonom'Lab. Avec la fusion des régions, ces deux organisations ont vu leur périmètre d'action se conjuguer en devenant compétentes sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. Financeur des deux organisations, le conseil régional n'a pas immédiatement clarifié leur distinction en termes d'orientations stratégiques. Face à l'émergence de certaines logiques de concurrence entre les deux organismes<sup>71</sup>, le projet de gérontopôle fut rapidement perçu par les acteurs du conseil régional comme une opportunité de centralisation des objectifs stratégiques de la feuille de route silver économie au sein d'une même organisation. En septembre 2019, une directrice chargée de préfigurer le futur gérontopôle est embauchée au sein d'Autonom'Lab. Elle débute sa mission par une multiplication d'entretiens individuels auprès d'acteurs clés du territoire et engage, dès le mois de novembre une étude des différents gérontopôles en France, ce qui lui permet de rencontrer les autres directions de ces organisations. Elle capitalise les éléments récoltés dans un rapport qui lui permet d'opérer une sélection entre « bonnes pratiques » et pratiques à écarter. Les éléments principaux de la préfiguration seront ensuite : un recueil des besoins et attentes des acteurs de l'écosystème via la transmission d'un questionnaire et l'organisation de séminaires (innovation, recherche, collectivités, usagers, sanitaire et médico-social).

L'analyse de ces données permet la rédaction des statuts et un lancement politique du gérontopôle a lieu en décembre 2020, par le président de Région et le directeur de l'ARS, marquant un portage politique fort des deux institutions. Déposés au

---

70 Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine, « Feuille de route silver économie 2018-2021 », 2018, p. 7.

71 Entretiens avec le directeur de la filière silver économie, le 15/01/2021 et le 19/01/2021, entretiens avec le directeur d'Autonom'Lab, le 14/05/2019 et le 05/09/2020.

printemps 2021, les statuts doivent être entérinés à l'autonome 2021. En allouant un budget de fonctionnement d'environ 800 000 €/an, répartis équitablement, le conseil régional et l'ARS soutiennent largement, et à part égale, le projet.

Envisagé très vite comme un instrument de gouvernance régionale à même de résoudre des problématiques de fragmentation héritées de la fusion des régions, le gérontopôle Nouvelle-Aquitaine est l'incarnation d'un processus de « centralisation pour l'influence ». Il permet la concentration de la quasi-totalité des objectifs stratégiques et des moyens déployés par le conseil régional en matière de silver économie au sein de cette organisation. Ainsi, le service santé et silver économie du conseil régional compte 1 ETP associé à la silver économie sur les 6,5 ETP sous la hiérarchie de la cheffe de service. Le budget du service alloué spécifiquement à la silver économie représente entre 600 et 650 000 € par an (en fonction des années) dont 400 000 € en 2021 sont alloués à un gérontopôle dont les équipes représentent 12 ETP<sup>72</sup>. Le gérontopôle permet au conseil régional de se positionner comme un acteur clé et entreprenant de la politique régionale du vieillissement et de l'innovation.

Le gérontopôle Nouvelle-Aquitaine a fait le choix du modèle « holiste » sans réelle hésitation. Surtout, face aux enseignements de l'étude des autres gérontopôles, la directrice fait le choix, courant 2020, de transformer Autonom'Lab en gérontopôle Nouvelle-Aquitaine et de conserver les équipes et donc les compétences et les réseaux du living lab. Organisé en « pôles », son action s'articule autour de cinq domaines stratégiques d'intervention : la recherche, l'innovation, l'appui aux politiques publiques et aux territoires, la valorisation des métiers et la formation et, de façon plus transversale, l'Europe.

L'étude de la genèse du gérontopôle Nouvelle-Aquitaine permet d'illustrer avec force les freins à la légitimation que peuvent connaître ces organisations. Le portage initial, proche du modèle hospitalo-centré de Toulouse, fut progressivement écarté par l'ARS (pour sa dimension euro-régionale) et par le conseil régional (davantage intéressé par le modèle holiste). L'étude des développements ultérieurs du projet permet quant à elle d'appréhender des aspects originaux de la légitimation rapide dont a bénéficié ce gérontopôle avant même sa création juridique officielle. Les ressorts de sa légitimité reposent essentiellement sur un processus de « légitimation par le bas » incarné par la décision de faire bâtir ce projet à partir d'Autonom'Lab, une organisation ayant acquis progressivement une reconnaissance régionale, nationale et européenne dans les champs du vieillissement et de l'innovation.

Le gérontopôle démarre ainsi son activité avec un historique de 10 ans de projets conduits par le living lab et un ensemble de compétences et de réseaux en interne déjà constitués. Cette « légitimation par le bas », antérieure à sa création, est réaffirmée au moment de son lancement par un fort portage politique régional, caractéristique d'une « légitimation par le haut » proche de celle observée dans l'exemple du GéronD'If. Tout l'enjeu pour le gérontopôle sera la constitution de son pôle recherche et de la stratégie qui y sera adossée dans la mesure où l'ensemble de ses autres activités demeurent presque inchangées.

---

72 Documents budgétaires internes et entretien avec une chargée de mission du service santé et silver économie du Conseil Régional, le 07/09/2020.

### III. En quête d'une légitimation nationale : vers une coopération inter-gérontopôle ?

Le *political rescaling* (Jouve, 2007) consécutif à la crise de l'État keynésien-fordiste dans les années 1970 et l'avènement d'un *Schumpeterian Workfare State* (Jessop, 1993) qui encourage l'innovation et la flexibilité ont entraîné la multiplication de politiques relevant de l'offre mettant les territoires en compétition pour l'attribution des ressources centrales. Face à la décentralisation politique et la diminution des ressources étatiques allouées aux territoires, les acteurs locaux doivent depuis trouver des réponses aux disparités territoriales jadis régulées par les États-Providence. Dans un tel contexte, marqué par une concurrence territoriale importante, les coopérations inter-gérontopôles ne vont pas de soi.

Le 4 septembre 2013, un colloque est organisé par la Mutualité française et l'équipe de recherche Santé, Individu et Société de l'université de Lyon durant lequel les différents gérontopôles alors constitués sont présentés. Il s'agit alors de discuter les pertinences, les points communs et les différences (Gonthier et al., 2015 : 72-73) des gérontopôles de Toulouse, des Pays de la Loire, de Bourgogne-Franche-Comté et du pôle interrégional de gérontologie Nord-Ouest. Ce dernier, rassemblant des acteurs de Picardie, du Nord, du Pas-de-Calais et de Basse-Normandie à partir de 2009 n'a finalement pas évolué vers un gérontopôle. Mais cet événement ne souligne pas encore la nécessité ni même les enjeux d'une coopération inter-structure, bien au contraire. En 2017, le gérontopôle AURA tente de conduire un benchmark des gérontopôles en France : cette étude souffre alors d'une absence de collaborations des autres gérontopôles, parfois peu enclins à partager leurs pratiques, leurs stratégies, ou même des informations concernant leur fonctionnement ou leur budget ce qui conduit une directrice à reconnaître en 2020 que « parfois on a l'impression qu'il y a de la rétention d'information et que c'est un peu obscur ». Une autre directrice avoue :

Notre collègue d'Auvergne Rhône-Alpes nous avait proposé de remplir un tableau avec des choses assez précises. J'en avais parlé au sein de mon bureau, et on m'avait clairement dit qu'il y a certains éléments sur lesquels il ne fallait pas que l'on communique<sup>73</sup>.

Ponctuellement, au gré des affinités entre personnels dirigeants, des échanges informels peuvent tout de même se mettre en place donnant lieu à des conseils pratiques :

On a fait une réunion une fois, entre directrices. Il y avait le GéronD'If, et la directrice me dit « moi, mes plus gros sponsors, ce sont les conseils régionaux et l'ARS ». Du coup ça m'a donné énormément d'idées, ça m'a donné des billes de négociation et c'est grâce à elle que je suis allée voir l'ARS. Et j'ai récupéré les 200k€ qui me manquaient<sup>74</sup>.

Mais globalement, même si ces affinités peuvent faire naître des désirs d'approfondir les collaborations au niveau des équipes dirigeantes, les échanges sont gênés par des présidents<sup>75</sup> souvent réticents : à un contexte de concurrence

73 Entretien avec une directrice de gérontopôle souhaitant garder l'anonymat de ce propos.

74 Entretien avec la directrice du gérontopôle des Pays-de-la-Loire, 25 octobre 2019.

75 A noter que jusqu'en 2019, toutes les directrices de gérontopôle étaient des femmes et tous les présidents étaient des hommes.

territoriale s'ajoute des enjeux, non moins importants, de concurrences scientifiques, sur lesquelles les directions sont unanimes :

On crève d'envie de faire des trucs ensemble, pour montrer que les gérontopôles peuvent bosser ensemble et arrêter ces idées de concurrence. Les directrices arrivent à se parler mais ça ne va pas plus loin que ça car il y a des distorsions entre présidents<sup>76</sup>.

Au niveau des présidences il n'y a pas de volonté de travailler ensemble, au contraire parfois. Notamment parce qu'il y a une espèce de concurrence entre les présidents pour savoir qui sera le leader... Et puis nous, directrices, avec ce contexte de présidents qui ne s'entendent pas, tant que ce problème-là n'est pas résolu cela demeure compliqué de partager des choses<sup>77</sup>.

Il nous a donc été demandé de faire notre déjeuner entre directrices et d'échanger sur nos modes de fonctionnement mais pas sur nos stratégies. Ce sont nos présidents qui ont demandé que cela soit officieux. Clairement, ils ne veulent pas d'une structuration inter-gérontopôle<sup>78</sup>.

Tous ces propos ont été recueillis entre les mois d'octobre 2019 et avril 2020. Depuis, la situation semble évoluer au contraire vers un développement des rapprochements entre gérontopôles. Le 4 septembre 2020, une réunion en visioconférence rassemble toutes les directions des gérontopôles à l'exception de Toulouse et du gérontopôle de Bretagne. L'objectif premier de cet échange est de déterminer comment, en s'unissant, les gérontopôles peuvent espérer une reconnaissance dans le contexte de l'élaboration de la loi Grand Âge et Autonomie. En effet, le rapport Libault (2019) de concertation préalable à la loi préconise de « développer un réseau national d'expertise et de ressources, constitué notamment des gérontopôles » (proposition 85 du rapport). Les gérontopôles tentent donc de saisir cette opportunité législative pour se positionner comme des acteurs centraux notamment sur le déploiement du programme ICOPE et sur la constitution d'un centre national de preuves, figurant dans les rapports Libault et Aquino et Bourquin (2019).

Durant cette réunion, si les volontés de collaborations sont rappelées par les dirigeants, les présidences réticentes sont à nouveau soulignées comme un frein à ces rapprochements. Pourtant cette structuration inter-gérontopôle pourrait être à même de favoriser la reconnaissance de ces organisations en quête d'une légitimation nationale. En effet, à ce stade, au niveau national, les gérontopôles ne sont pas porteurs d'une commande publique claire émanant de l'État central comme cela a pu être le cas pour les cancérôles dans le cadre du Plan cancer. L'engagement des différentes ARS au sein de ces organisations est inégal d'une région à l'autre, alors même qu'aucun document du Ministère de la santé ne semble préciser les ressorts nécessaires à l'harmonisation de cet engagement. Par ailleurs, si le gérontopôle hospitalo-centré de Toulouse est le seul officiellement « labellisé »

---

76 Entretien avec la directrice du gérontopôle A (souhaitant garder l'anonymat de ce propos).

77 Entretien avec la directrice du gérontopôle B (souhaitant garder l'anonymat de ce propos).

78 Entretien avec la directrice du gérontopôle C (souhaitant garder l'anonymat de ce propos).



par le Ministère, la seule définition réglementaire des gérontopôles semble plus proche du modèle holiste. Elle figure dans les annexes de la loi ASV :

La mission des gérontopôles est de rapprocher et de dynamiser autour du vieillissement les acteurs de la recherche, du soin (à l'hôpital, en ville, en établissement médico-social), de la formation et de l'entreprise<sup>79</sup>.

Les enjeux d'une coopération inter-gérontopôles portent donc tout d'abord sur l'élaboration d'une définition minimale commune à ces structures malgré les deux grands modèles qui ont historiquement émergé. Ils portent ensuite sur la recherche d'une légitimation et d'une reconnaissance nationale propre à pérenniser leur institutionnalisation. Enfin, ils sont particulièrement d'actualité dans le contexte de l'élaboration de la loi grand âge et autonomie qui peut être une occasion d'apporter à ces organisations une reconnaissance plus grande que ne l'avait fait la loi ASV de 2015. Ces enjeux sont résumés par une directrice dans le cadre de la réunion informelle inter-gérontopôle qui s'est tenue le 4 septembre 2020 :

Au niveau du ministère, on doit donner des signes de coopération ou de vision commune pour faire poids ensemble, pour avoir une reconnaissance, des financements, une pérennité... On est tous sous les mêmes contraintes, rechercher des financements, ne pas savoir si nos CDD seront renouvelés ou pas... Alors ça dépendra aussi des orientations et du cadre *a minima* que l'on se donne. Comment faire pour travailler ensemble (...) et pour trouver une colonne vertébrale commune.

Cependant, ces rapprochements, comme l'harmonisation des gérontopôles derrière une définition commune, pourraient ne pas suffire à leur reconnaissance nationale et ce, en raison de contradictions émanant du pouvoir central lui-même. En effet, si l'État est très enclin à favoriser l'émergence de politiques locales territorialisées, l'exemple des gérontopôles semble réduire cette inclination à un affichage relevant de la pétition de principe. L'État a labellisé le modèle hospitalo-centré du gérontopôle de Toulouse en 2007 via le Ministère de la santé, quand la loi ASV a défini ces organisations selon le modèle holiste en 2015. Perturbées par cette dualité, les organisations centrales, à l'image de cette citation révélatrice du directeur adjoint de la CNSA, portent des discours incarnant les injonctions contradictoires qui pèsent sur les gérontopôles, entre harmonisation (« visibilité », « socle commun ») et spécialisation :

Moi je porte un regard intéressé sur les gérontopôles, notamment pour leur approche territoriale assez marquée. Mais le problème c'est qu'à l'échelle nationale, on ne sait pas exactement ce que c'est qu'un gérontopôle parce qu'entre celui de Toulouse, celui de Limoges et celui de Nantes, les trois ne font pas du tout la même chose. Et donc on a un vrai problème de visibilité. Je pense que ça mérite qu'il y ait une réévaluation de la part des gérontopôles, quitte à ce qu'il y ait

---

79 LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Annexe à l'article 2, volet 1.

des spécialisations qui s'opèrent. Mais il faut surement qu'il y ait un socle commun beaucoup plus fort<sup>80</sup>.

## Conclusion

Les gérontopôles se sont progressivement constitués en France autour de deux modèles aux degrés et aux échelles hétérogènes de légitimation : un modèle hospitalo-centré et un modèle holiste. Si la légitimité des premiers gérontopôles holistes a reposé sur un processus de « légitimation par la preuve », l'étude de gérontopôles créés ultérieurement permet de souligner d'autres formes de légitimation, « par le haut » lorsque la légitimité est conférée par des institutions ou « par le bas » lorsqu'elle est conférée par la capitalisation d'organisations antérieures déjà légitimées par leurs parties-prenantes. Surtout, les ressorts de légitimation des gérontopôles sont à même de déterminer la nature de leurs activités, et ainsi être à l'origine des disparités entre ces structures qui demeurent pourtant, sur le papier, très similaires.

Il apparaît finalement que si la diversité des gérontopôles gêne leur légitimation à l'échelle nationale, ces difficultés sont autant le fruit de contradictions émanant du pouvoir central lui-même. En effet, l'État régulateur, prompt à encourager les territoires à développer des réponses localisées et contextualisées aux défis qu'ils rencontrent, peine à accorder sa reconnaissance à des organisations polymorphes qui sont précisément le fruit de contextes locaux et régionaux.

Pour les gérontopôles holistes, la recherche d'une légitimation nationale fait donc face à des injonctions contradictoires d'harmonisation et de spécialisation. Ainsi, la quête d'une légitimation centrale n'est pas sans risque pour les gérontopôles holistes. Car, à bien y songer, elle est susceptible de les conduire à une homogénéisation qui fragiliserait le maintien d'une légitimité régionale durement acquise.

## Références

- Argoud, D. (1998). *Politique de la vieillesse et décentralisation : les enjeux d'une mutation*, Ramonville-Saint-Agne : Érès, coll. Pratiques du champ social.
- Argoud, D. (2007). « La décentralisation de la politique vieillesse », *Gérontologie et société*, 30/4, p. 201-212.
- Aquino, J-P., Bourquin, M. (2019). *Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées*. Rapport commandé par la filière silver économie.
- Benko, G. (1991). *Géographie des technopôles*. Barcelone : Edition Masson.
- Berthou, V. (2018). *De l'intention d'innovation à son institutionnalisation, le cas des livings labs en santé et autonomie*. Thèse de doctorat en sociologie. Université de Technologie de Troyes.
- Conseil Régional Île-de-France. (2018). *Rapport pour la commission permanente du conseil régional*. Exposé des motifs.
- Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine. (2018). *Feuille de route silver économie 2018-2021*.

---

80 Entretien avec le directeur adjoint de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 1<sup>er</sup> février 2021.

- Crevoisier, O. (2001). « L'approche par les milieux innovateurs, état des lieux perspectives », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*. vol. 1. p. 153-165.
- Deephouse, D.L., (1996). "Does Isomorphism legitimate?". *Academy of management Journal*. 39. 4. P. 1024 - 1039.
- DiMaggio, P.J., Powell, W.W. (1983). "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields". *American Sociological Review*. vol. 48. No. 2. p. 147-160.
- Dubois, V. (2001). *Action publique et processus d'institutionnalisation : sociologie des politiques culturelle et linguistique et du traitement bureaucratique de la misère*. Habilitation à diriger des recherches en Sociologie. Université Panthéon Sorbonne de Paris.
- Epstein, R. (2013). « Les trophées de la gouvernance urbaine ». *Pouvoirs Locaux : les cahiers de la décentralisation*. p. 13-18.
- Gérond'If. (2014). « Une ambition partagée au service de l'excellence en gériatrie et gérontologie ». Rapport de synthèse, Septembre.
- Gérontopôle AURA. (2017). « Concevoir ensemble, agir autrement ». Plaquette de présentation.
- Gérontopôle de Toulouse. (2009). « Bilan d'étape à deux ans ».
- Gérontopôle de Toulouse. (2016). « Le Gérontopôle. Permettre l'accès à l'innovation et à la recherche ». Plaquette de présentation.
- Gérontopôle de Toulouse. (2018). « Le Gérontopôle. Permettre l'accès à l'innovation et à la recherche thérapeutique ». Plaquette de présentation.
- Gold, R.L. (1958). "Roles in Sociological Field Observations". *Social Forces*. vol. 36. No. 3. p. 217-223.
- Gonthier, R., Achour, E., Barthelemy, J-C., Geffroy, L. (2015). « Gérontopôles : hier, aujourd'hui et demain ». *Réflexions hospitalières*. N° 562. p. 67-76.
- Hall, P.A., Taylor, R. (1997). « La science politique et les trois néo-institutionnalismes ». *Revue française de science politique*. 47. N° 3-4. p. 469-496.
- Hassenteufel, P. (2011). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris : Armand Colin.
- Jessop, B. (1993). «Towards a Schumpeterian Workfare State? Preliminary remarks on Postfordist political economy». *Studies in Political Economy*. N° 40, p. 7-40.
- Jouve, B. (2007). « Le « political rescaling » pour théoriser l'État et la compétition territoriale en Europe ». In : Faure, A., Muller, P., Leresche, J-P., Nahrath, S. *Action publique et changements d'échelles : les nouvelles focales du politique*. Paris : L'Harmattan.
- Lascoumes, P., Simard, L. (2011). « L'action publique au prisme de ses instruments ». *Revue française de science politique*. 61. p. 5-22.
- Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie, Grand âge, le temps d'agir*. Rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé.
- Ministère de la santé et des solidarités. (2007). *Plan national « Bien vieillir » 2007-2009*.

Ministère du redressement productif., Ministère des affaires sociales et de la santé.  
(2013), *Contrat de filière silver économie*.

Mission interministérielle de lutte contre le cancer. (2003). *Plan cancer 2003-2007*.

Porter, M. (1998). "Cluster and the new economics of competition". *Harvard Business Review*. November-December. p. 77-90.

Rogay, R. (à paraître). *La construction politique du marché des seniors*. Thèse de doctorat en science politique. Université Jean Monnet de Saint-Etienne.

Vellas, B., Hammou Kaddour, A., (2011). « Structures d'avenir. Entretien avec Bruno Vellas, responsable du gérontopôle de Toulouse ». *Gestions hospitalières*. N° 505. p. 265-267.

Vézian, A. (2014). « L'action mitigée des Cancéropôles : les raisons de l'abandon d'une politique biomédicale



## Desarrollo urbanístico y social de viviendas para personas mayores en los Países Bajos

Urban and social development of housing for the elderly people in the Netherlands

**Freddy Gustavo Galeano Rodríguez**

Amsterdam, Países Bajos  
Red internacional ALEC

[f.galeano@plainmigration.com](mailto:f.galeano@plainmigration.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4296>

DOI : 10.25965/trahs.4296

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Resumen:** Los Países Bajos se han caracterizado como un país que siempre está en proceso de renovación. El paisaje urbano se transforma día tras día en un equilibrio entre la preservación de su patrimonio histórico, la modernidad en equilibrio con el medio ambiente y la responsabilidad para con las personas residentes. Esta transformación urbanística es notable especialmente desde 1965, un período donde comienza un cambio en la vivienda para las personas mayores en términos de la responsabilidad social en el desarrollo que busca un bienestar especial para este grupo poblacional.

Este artículo explora aquellos cambios que van más allá de la planificación arquitectónica - urbana y avanzan hacia analizar hasta qué punto hay una visión de responsabilidad social compartida entre la atención que el gobierno puede ofrecer, con el apoyo de las familias, al cuidado de sus miembros mayores, para que haya viviendas dignas, especialmente debido al notorio envejecimiento de la población en Países Bajos, dado que es evidente que el número de personas mayores ha aumentado considerablemente en los últimos años como resultado de la ola de nacimientos después de la Segunda Guerra Mundial, combinada con una mayor prosperidad y una mejor atención médica que resulta en más personas y con mayor perspectiva de vida. Estos cambios requieren un compromiso conjunto para preservar la calidad de vida y el respeto por aquellos que construyeron el presente y que muchos aún pueden contribuir al desarrollo con sus conocimientos y experiencias, buscando mantener la cohesión de la comunidad que los fortalece como nación, tanto para su gran legado histórico, como por los desafíos impuestos por la modernidad que se pueden tomar como ejemplos a nivel internacional.

**Palabras clave:** personas mayores, vivienda digna, urbanismo, co-responsabilidad, bienestar

**Abstract:** The Netherlands has been characterized as a country that is always in the process of renewal. The urban landscape is transformed day after day into a balance between the preservation of historical heritage, modernity, environmental care and responsibility for people. This urban transformation is notable especially since 1965, a period where a change in housing for the elderly begins in terms of social responsibility and development, which seeks a special well-being for these people. This article will explore those changes that transcend architectural and urban planning by moving towards a vision of social responsibility shared between the

attention that the government can offer with the support of families in caring for their elderly, to find them a decent residence. The Netherlands faces the number of older people increase considerably in the last years as a result of the wave of births after World War II, combined with greater prosperity and better medical care resulting in more people and with a greater perspective on life.

These changes require a joint commitment to preserve the quality of life and respect for those who built the present and that many can still contribute to development with their knowledge and experiences in order to maintain the community cohesion that strengthens them as a nation, both for their great historical legacy, as for the challenges imposed by modernity that can be examples at international level.

Keywords: elderly people, decent housing, urban planning, co-responsibility, wellness

## I- Contexto Histórico

### La vejez no es una enfermedad

Para comprender el enfoque que los Países Bajos dan al tema de los adultos mayores, se quiere hacer una aproximación que evite la estigmatización hacia los temas relacionados con los adultos mayores. Es, entonces, fundamental partir de una premisa en la que se basa el desarrollo urbano en este país del norte de Europa: el envejecer no significa necesariamente que se esté o se vaya a estar enfermo; y, es desde este fundamento que, desde inicios de los años 40 se plantean en los Países Bajos los cambios más representativos en la vida urbana y la arquitectura de la vivienda para personas mayores, dado que los profesionales responsables del sector de la construcción se enmarcan en la tarea de producir una investigación que se vio reflejada en un informe de 1942 del Consejo de Ámsterdam, acerca del cuidado y la vivienda para las personas mayores<sup>81</sup>.

Este reporte se considera hasta hoy el punto de partida que reestructuró el urbanismo en el sector de residencias para adultos mayores ya que durante muchos años la vivienda y el cuidado de salud habían estado estrechamente relacionados. Pese a ello, a partir de ese reporte, se plantea una división entre el cuidado y la vivienda, de modo que se crean dos instituciones de manera independiente.

Estos cambios se diseñan durante más de una década y se empiezan a evidenciar hasta finales de 1953, con un plan continuado, a largo plazo. Dicha separación ha recibido, a lo largo de los años, tanto aplausos como críticas por varios sectores de la sociedad, pues muchos profesionales del sector geriátrico consideraron que se estratificó de manera agresiva a las personas con menor capacidad económica, quienes fueron desplazados hacia la periferia de los centros urbanos, viéndose obligados a buscar lugares alejados, debido a los altos costos de la propiedad ubicada en ciudades como Amsterdam y su zona metropolitana.

Esta práctica afectó de manera evidente el tejido social de aquellos ancianos que tuvieron que desprenderse de sus entornos de confianza y apoyo como familiares y amigos, afectando a no pocos el estado psico-emocional de aquellos adultos mayores que se vieron expuestos al dilema de permanecer en sus vecindarios donde habían construido toda su vida o trasladarse a otros lugares donde deben re-aprender a compartir su vida con desconocidos.

Aquello representó una situación compleja por el desprendimiento y desarraigo a que se han visto dado que, actualmente (año 2021), se continúa evidenciando la situación de personas que son desplazadas de sus barrios tradicionales en los que han construido parte de su identidad. Más adelante, en este artículo, se tomará un estudio de caso para ejemplificar esa realidad social en la que los adultos mayores se ven obligados a buscar la provincia para encontrar un lugar de residencia y cuidado, digno.

El nuevo plan de urbanismo, desde el principio, ha resultado aún más complejo dado que a pesar de separar los temas de cuidado de los adultos mayores, del ámbito de la vivienda, pero sin que fuera en detrimento de la filosofía de cuidado y tratamiento hacia los adultos mayores con problemas de salud, sino que además buscaba enfocarse en las características esenciales de la población anciana en general, pues antes de 1942 la atención a las personas mayores se planteaba como una manera de atención a los pobres (Mens, Wagenaar 2009)

---

81 De oudeliedenzorg te Amsterdam Rapport 1942.

En el ámbito de la arquitectura, esto dio un impulso a una dinámica de modernización en atractivas y confortables construcciones; quizá en un principio no fue notoria la diferencia de precios, pero con los años se evidenció que la nueva política social tenía serias objeciones. Primero, porque se inició un plan en el que vendrían procesos de privatización de muchas viviendas que se encontraban en el “sector social”, para pasar al “sector libre”<sup>82</sup> en el que solo podían adquirir vivienda, quienes tuvieran la capacidad económica de comprar o rentar teniendo en cuenta los altos costos que les representaba. La gran mayoría de adultos mayores se vieron obligados a esperar a que se les asignara vivienda social en la periferia o en la provincia dado que los centros urbanos quedaron por fuera de su alcance económico.



**Izquierda:** imagen del edificio para adultos mayores del sector social, rentas alrededor de 250 euros. **Derecha:** el edificio remodelado para al sector libre con rentas promedio de 1500 euros.

Fotografía: F Galeano

Ese nuevo enfoque en política social también argumentaba que otros indicadores tales como la educación, la etnia, la ocupación, la posición económica y el estatus social perderían importancia como criterios para distinguir grupos específicos al llegar a una determinada edad. Este era el indicador que daba como grupo homogéneo a las personas mayores y es desde esta premisa que se dio paso a un pensamiento en el urbanismo en donde ellos eran el grupo de interés.

Esos planteamientos, registrados en el informe del 42, se fueron estructurando de manera algo paulatina pero decisiva y solo se vio reflejada, de manera contundente, en la siguiente revolución arquitectónica que tuvo lugar desde principios de los 80's. En esta nueva etapa se plantea separar de manera más evidente la vivienda del cuidado de los ancianos.

## Los ancianos no son inferiores a los jóvenes

Este nuevo paisaje arquitectónico se sustentaba en la argumentación que los ancianos no eran de ningún modo inferiores a los jóvenes; de hecho, marcó un punto decisivo para la arquitectura de la vivienda para personas mayores en donde se evidenció un nuevo pensamiento en el que esa arquitectura (Mens, 1999), en gran manera, estaría estructurada de acuerdo con la posición social de los ancianos, en especial por aquellos que estuvieran dispuestos a usar los ahorros de su época productiva en grandes inversiones con el pretexto de vivir sus últimos años en la

---

<sup>82</sup> En Países Bajos, la política de vivienda se enmarca en dos sectores: el social que cubre la vivienda modesta de tipo económico, con rentas inferiores a 250 euros, y que están generalmente administradas por cooperativas de vivienda que, a su vez, son controladas por el Estado. Por otra parte, está el sector libre que cubre viviendas con precios muy superiores - estas propiedades, en su mayoría pertenecen a particulares.



comodidad, la seguridad y ubicación privilegiada en los centros urbanos de las principales ciudades. Pero, como ya se comentó, no serían muchos los afortunados.

Esa renovación se mantuvo esa identidad de cultura simple y austera, en especial en provincia donde los holandeses la describen como aquella herencia calvinista en donde no hay un fin prioritario en los lujos y el tipo de confort excesivo como se pudiera apreciar en otros países de Europa o de las Américas, de modo que, en Países Bajos, por sobre la estética se le dio importancia a la seguridad, funcionalidad y al servicio.

A pesar de las críticas, ese informe del 42 se mantuvo como la base para un plan del cuidado de los ancianos que se estudió y luego se puso en práctica después de la Segunda Guerra Mundial. En el reporte se estableció de cierta forma un tipo de discriminación positiva al ser, estos adultos mayores, diferenciados como una especie de categoría especial con identidad propia de la postguerra, con una fuerte cohesión social. Además, se le daba realce al discurso en que ellos no eran una clase inferior a los jóvenes, que al contrario era necesario tener en cuenta esa fuente de conocimiento y experticia suficiente que no se podía desperdiciar ni olvidar.

De esta manera, se dio prioridad a la filosofía de cuidado y dignidad en la vida de los adultos mayores, en la que se plantearon nuevas medidas sociales con el objetivo de combatir la pobreza en la población de tercera edad. Se buscaba disminuir la brecha que separaba aquellas personas mayores pobres y desfavorecidas con sus pares con alta capacidad monetaria. A partir de ese momento, el cuidado de los ancianos dejó de ser sinónimo de cuidado de los pobres. De hecho, esto hizo que el cuidado de los ancianos fuera un área que debería abarcar a toda la población de adultos mayores y no solamente a aquellos que se les consideraban que vivían en la pobreza.

La prioridad fue proteger la autoestima y la igualdad de las personas mayores. El hecho de que ya no pudieran proporcionar "trabajo creativo" y, por lo tanto, no pudieran generar sus propios ingresos no debería restarle valor como personas pues sería desconocer su aporte social dentro de todo su curso vital y productivo.

Otro punto relevante en este cambio de políticas de vivienda se dio a partir de replantear las residencias de las personas mayores como lugares de caridad. Estos hogares siempre habían estado dominados por la idea de que la parte trabajadora de la población ocupara el primer lugar en la sociedad, lo que se debe reflejar en la prioridad que se le da a su lugar de residencia<sup>83</sup>. De modo que partían de la premisa que, si los trabajadores son la fuente de desarrollo por lo que producen a toda la sociedad, al igual que sus familias, ellos tienen derecho a disfrutar y beneficiarse del producto de su trabajo (Mens, 2009). Pero, en lo que respecta a desempleados y ancianos, éstos no pueden exigir nada, y a partir de este desafortunado planteamiento se consideraba que lo que se les pudiera proveer a los adultos mayores que ya no podían producir, sería tan solo un beneficio de orden caritativo, no como un derecho.

---

83 Es interesante anotar que la idea de privilegiar a la clase productiva fue expandida por muchos países, pero en el caso del diseño urbanístico de Amsterdam, fue aún más evidente; de hecho al ser una ciudad identificada por sus canales y por su forma semicircular, su desarrollo se da a partir de la idea que quienes tenían a cargo la maquinaria productiva se les consideraba con mayor privilegio sobre aquellas clases pertenecientes a la oligarquía con poder adquisitivo e incluso las personas relacionadas con la casa real. Por esta razón los principales canales que forman los anillos de la ciudad en el que viven las personas más privilegiadas se diseñaron siguiendo este patrón: el primero Herengracht se destinó a los comerciantes, el segundo Keizgracht para la oligarquía y el tercero Princesgracht para quienes tenían relación con la monarquía.

Por fortuna, este pensamiento segregacionista y discriminatorio fue opacado a partir de la reflexión conjunta de quienes manejaban las políticas públicas al considerarlo cruel e ingrato con quienes habían hecho parte de la construcción de una nación; por lo que se determinó que los trabajadores activos deben estar obligados a hacerse cargo de aquellas personas que, dentro de su curso vital, aún no tenían posibilidades de producir o ya habían cumplido su tarea durante su vida. Es decir, se determinó cumplir a cabalidad con la idea que ya estaba estipulada de manera contundente en el artículo 25. Numeral 1<sup>84</sup> de la Declaración de Derechos Humanos, que hace referencia al derecho de las personas mayores y su manutención:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

## De cultura tipo nuclear a la creación de lazos de acogida

En Países Bajos hay un indicador cultural en su tejido social que ha afectado la vida de los adultos mayores, que se evidencia por la independencia y autonomía en su comportamiento social. Se podría definir como un tipo de pragmatismo núcleo familiar de padres e hijos que residen bajo un mismo techo y que mantienen una distancia hacia sus allegados más próximos como abuelos, tíos, primos etc. Esta estructura familiar difiere del tipo de conformación social de otros países de Europa o Latinoamérica en donde la conformación de lazos sobrepasa al núcleo simple y adquiere un tejido social tipo molecular, más complejo e interdependiente, de modo que el sentido de familia se toma más amplio, incluyente en la toma de decisiones y abarca a muchas personas, desde abuelos hasta familiares de tercer grado e incluso amigos muy cercanos. Esto no es un indicador menor dado que las personas mayores hacen parte de estos procesos decisorios sobre el resto de parientes; y, a la vez, “los abuelos” son afectados por decisiones de otros.

Así, en el caso de las familias holandesas, a los abuelos se les considera allegados, pero sin interferir en núcleo familiar. Son independientes en su toma de decisiones; no obstante, en el caso en que requieran asistencia, el Estado, hasta hace poco, era el único responsable de la persona mayor de acuerdo con los parámetros establecidos de autonomía económica, salud mental y física.

Esta forma de construcción de su tejido social tipo nuclear ha pervivido durante décadas lo que, de algún modo, ha estimulado una despreocupación hacia sus adultos mayores; las familias se desentienden y se da el “problema” de hospedar y cuidar a sus viejos a las cooperativas de vivienda que se encargan de asignar un lugar para su residencia, de acuerdo con las solicitudes y disponibilidad de espacios en las ciudades.

Por lo anterior, en este tipo de sociedad holandesa donde se marca una distancia hacia todo miembro que no resida bajo el mismo techo se evidencia un factor de vulnerabilidad hacia los abuelos quienes en esa independencia perciben una falta de apoyo por parte del resto de la familia en temas importantes como el manejo de

---

84 Artículo 25 de la declaración universal de los derechos humanos. <https://dudh.es/25/> (consultado el 19 de agosto de 2021).

dispositivos que trajo consigo la revolución tecnológica, como ejemplo la incertidumbre en tareas que antes las consideraban simples como el hecho de ir a su banco de barrio a hacer alguna transacción financiera; hoy se ven obligados a aprender hacerlo a través de un ordenador<sup>85</sup> lo que ha hecho que en ocasiones sientan que pierden el control de sus vidas.

A pesar de que se inicia un mejoramiento de las políticas públicas que promueven la equidad para que los adultos mayores no se perciban como inferiores a los jóvenes, se evidencia una dificultad por parte de los abuelos en el manejo de los avances tecnológicos que traen consigo cambios a los que les es difícil seguir el ritmo y los sitúa en una posición de desventaja social.

No obstante ese mismo obstáculo tecnológico que percibían los mismos abuelos, fue aprovechado por grupos de profesionales del área geriátrica que vieron como una forma de responsabilidad incluir a los ancianos en los avances científicos, no solo para facilitarles la vida en cuanto comodidades y entornos seguros sin necesidad de desplazarse sino para hacer seguimientos más personalizados, en tiempo real, por parte del personal sanitario y de cuidado, control de estado de salud, manejo de datos y transferencia de información confiable y a tiempo. Eso redujo y simplificó procesos y tiempos de espera en atención geriátrica. De esta manera, se dio inicio a procesos con nuevas ideas de modernización en pro de facilitar la vida de los adultos mayores y proporcionarles los caminos más adecuados para apoyarlos

## La separación del cuidado de los ancianos de los temas de la vivienda

Con los adelantos tecnológicos se revive una de las propuestas que ya se planteaba en ese reporte del 42 que consistía en separar la vivienda del cuidado de los adultos mayores. Con ese asistimiento, el gobierno holandés construyó programas que estimulaban al familiar a que acogiera a sus ancianos, aunque hasta el momento no ha tenido un efecto significativo. Primero, por su tradición cultural de independencia tipo nuclear familiar, de la que ya se hizo mención más arriba; y, segundo, por el gran problema de su extrema densidad demográfica en tan poco territorio<sup>86</sup> (más de 518 habitantes por kilómetro cuadrado), lo que ha significado que la adquisición de vivienda sea un problema de central importancia durante varias décadas. En una nación en la que los adultos mayores viven solos, a parte de la de sus familias (cuando las hay) hace que en Países Bajos se agudice el problema de la escasez de vivienda más aún por el aumento de la perspectiva de vida y el envejecimiento progresivo de su población.

El problema del déficit de vivienda para adultos mayores en Países Bajos se evidencia en especial a partir de los años 50 de la post-guerra, cuando se inician procesos de evacuación las áreas residenciales que habían sido afectadas por la guerra y que necesitaban ser renovadas para poder ser habitables de nuevo. Pero, en el período de desocupación, las casas a menudo fueron asaltadas y ocupadas por personas que buscaban un lugar donde vivir. Alrededor de 1965, una forma de organización social se instituyó con el establecimiento de los *kraker* que en España recibieron el nombre

---

85 En Países Bajos ya no hay atención personal en donde se reciban las transacciones, toda operación bancaria se realiza vía dispositivos electrónicos y máquinas autónomas en donde se deposita el dinero.

86 <https://datos.bancomundial.org/indicador/EN.POP.DNST?locations=NL> La densidad de la población se define como la población a mitad del año dividida por la superficie territorial en kilómetros cuadrados.

de okupas<sup>87</sup> ilegales. Durante los siguientes años esta forma ilegítima de buscar viviendas se convirtió en una forma de acción política; de hecho, fue visto como una fuerza para la reforma social en donde los beneficiarios en gran medida fueron los adultos mayores.

Los movimientos de okupas no solo buscaban sus propios beneficios, sino que además veían en los adultos mayores su principal bandera. Se encargaron de buscar las casas y edificios que estaban destinados a ser renovados, o que ya estaban en proceso de renovación. Las alcaldías dispusieron carteles con el fin de advertir que, en caso de que se produjera la ocupación, el desalojo se haría de manera perentoria. El movimiento de los okupas “kraakbeweging” se inspiró de los carteles, para encontrar una respuesta a su desespero por hallar vivienda, en particular para el grupo más vulnerable de ellos: el de sus adultos mayores. Los movimientos sociales tuvieron como resultado el que el gobierno se enfocara en aliviarles los problemas de vivienda con los que se enfrentaban.



El cartel de la **izquierda** muestra cómo la alcaldía advertía de desalojos si las casas fueran ocupadas de manera ilegal. **En el centro**, el cartel de respuesta de los movimientos sociales. El cartel de la **derecha** muestra de manera simbólica cómo la prioridad la deberían tener los adultos mayores.

Fuente: Archief van het Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis in Nederland<sup>88</sup>

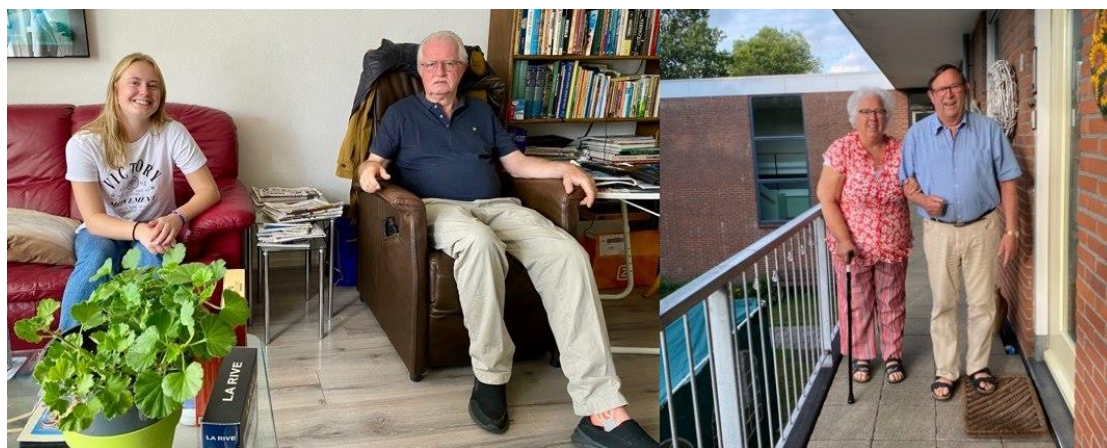
Sin embargo, a pesar de una alta demografía y escasez de viviendas se inició la integración que necesitaban estos adultos mayores que vivían en soledad y que no contaban con familia que los pudiera acoger. Asimismo, se vio como una de las vías de solución para personas más jóvenes que encontraban un lugar donde residir. Fue el caso de Hans Verme, del que hablaré a continuación.

<sup>87</sup> Los kraker (Okupas en castellano) son personas que instalan de manera ilegal y buscan tomar posesión de edificios o casas que se encuentran vacíos o que están siendo renovados. El modelo holandés de los okupas se consideró uno de los más agresivos de Europa occidental. Pero a la vez fue validado como un movimiento social que apoyó a las clases menos favorecidas.

<sup>88</sup> Traducción al castellano: Archivos del Instituto Internacional de Historia Social de los Países Bajos.

## II- El desplazamiento urbe central a la provincia preservando la dignidad del adulto mayor

Durante esta investigación, tuve la oportunidad de visitar unas residencias para adultos mayores y fue allí donde me entrevisté con un señor holandés, marinero en su juventud que luego trabajó como disc jockey en una discoteca en Málaga (España). Toda su vida vivió en Permerend, n conglomerado urbano dentro del área metropolitana de Ámsterdam, pero, después de sufrir cuatro ictus o infartos cerebrales en los que se determinó que no podía seguir viviendo solo en una casa, y que no podía valerse por sí mismo, de manera independiente, el gobierno decidió su traslado a residencias para ancianos. Pero Hans quería seguir viviendo en su entorno de barrio, rodeado por sus vecinos y amigos, cerca de sus allegados. Ahora bien, como no había casas disponibles, le tocaba, por lo menos esperar 20 años para obtenerlo. A través de contactos, Hans logró dar con un lugar en otra población: Hoorn, a más de una hora de recorrido en auto. Allí, en Keizerskrom, Hans encontró, a pesar de estar lejos de su entorno, a una comunidad de apoyo en un grupo de personas empáticas especializadas en el cuidado de adultos mayores.



**Izquierda:** En su pequeño apartamento dentro de las residencias en Hoorn, Hans Vermie en compañía de Maaïke, la joven enfermera quien tiene a cargo su cuidado.  
**Derecha:** vecinos de Hans que viven en pareja dentro de la residencia para adultos mayores.

Fotografía: F Galeano

En este desplazamiento hacia la periferia rural de Países Bajos, Hans comprendió las virtudes de esos nuevos planteamientos en los que se definía la atención geriátrica como una política social que incluía un sistema en el que se preocupaba por identificar a los adultos mayores como población vulnerable, en ámbitos como que se le garantizaba una pensión con un ingreso económico digno y periódico lo que le creaba entornos de autonomía financiera sin que los percibiera como actos caritativos indignos para su autoestima.

En Hans se puede apreciar cómo la dignidad del adulto mayor es proporcional si se logrará conseguir esa independencia económica a pesar de su edad y que se aparta de cualquier sentido de ayuda caritativa que tiende a menospreciar todo el aporte que han dado a la construcción de una sociedad.

La combinación entre el apoyo estatal y la generación de redes comunitarias independientes ayudan día tras día a mantener su salud mental más equilibrada, se disminuyeron los estados de ansiedad por la incertidumbre que les producía el no saber a quien pedir ayuda.

Al respecto Hans afirma que esas condiciones de inseguridad frente a su salud y la dificultad en encontrar un lugar donde vivir pudieron ser una de las causas de sus repetidos infartos cerebrales dado que en él se vio atropellado en su dignidad además de la incertidumbre que ya habían adquirido un carácter rutinario y de modo de vida insano y que desafortunadamente se ha naturalizado en los adultos mayores que viven en soledad.

El cuidado que le proporciona el Estado holandés a Hans, equilibra de manera importante la imposibilidad de tener a su familia, viejos vecinos amigos y redes de acogida cerca. Actualmente, Hans aparte de su pensión recibe ayuda de Estado para el pago de su renta vivienda y cubrimiento total de todos los servicios médicos.

El segundo ámbito en el que Hans se dio cuenta de los beneficios que sacaba es el de la asistencia sanitaria. Empezó a experimentar que el cuidado de su salud, de su vida, podía ser de naturaleza doméstica más que médica; que su complejo estado de salud podía ser controlado así que ese apoyo médico de seguimiento periódico le daba más tranquilidad. En efecto, en su rutina diaria Hans es visitado de manera personal una vez al día por enfermeras especializadas en pacientes geriátricos y, además, tiene tres encuentros virtuales para apoyo médico y control de sus signos vitales<sup>89</sup>, niveles de azúcar de manera remota. Por si fuera poco, si se da el caso de que Hans no conteste al llamado de inmediato se envía una ambulancia con personal paramédico especializado que se encuentra en el centro de salud a pocos metros de su residencia.

Una de las bondades que Hans encuentra al vivir en la provincia es que la calidad del cuidado y servicio médico son superiores a las que tenía cuando vivía en Purmerend. Cuenta con una médica de cabecera que está en continua comunicación con él, un grupo de enfermeras. Una de ellas es Maaïke quien va más allá de su deber y además de las visitas de rigor médico, en ocasiones lo visita de manera espontánea, para compartir tardes enteras cuando se encuentra fuera de servicio pues ella sabe lo importante que es para un adulto mayor la compañía que requieren además del cuidado, lo más importante, dice ella “recibir todo el afecto posible”....además el acompañar en sus rutinas diarias a Hans, Maaïke lo ve como una experiencia de mutuo aprendizaje, de hecho esa es la razón por la que ella decidió especializarse en cuidar adultos pues de ellos se puede adquirir valiosos conocimientos útiles para todos los ámbitos de la vida. Pero el punto al que maaïke le da más relevancia es el sentimiento de sincero agradecimiento que expresa el adulto mayor “eso es invaluable” y es la mayor motivación para continuar su labor como enfermera.

---

89 Antes de la pandemia del Covid-19 Hans recibía 4 visitas personales por día.



**Izquierda:** Hans en su carro eléctrico para personas con movilidad reducida.  
**Derecha:** aparcadero dentro de las residencias de sus vehículos eléctricos

Fotografía: F Galeano

Las residencias donde se hospeda Hans, cuentan con todas las instalaciones especiales para personas mayores, sin que tengan que asemejarse a un hospital o clínicas geriátricas; simplemente son viviendas prácticas, accesibles para personas con movilidad limitada y bien comunicadas. Su apartamento cuenta con cocina, sala de estar, habitación principal y además una habitación extra para recibir visitas si éstas optaran por hospedarse unos días y acompañar a Hans, quien expresa que lamentablemente no recibe muchas visitas y quisiera que lo visitaran aquellos viejos amigos que dejó en su anterior vecindario de Purmerend.



**Izquierda:** Hans Vernie en su habitación con el cordón con botón de pánico en su cuello. **Derecha:** Hans en su sala de estar, al fondo se aprecian sus recuerdos hobbies, música y autos a escala.

Fotografía: F Galeano

En las residencias el diseño es modesto pero seguro; se evita cualquier tipo de obstáculos y se cuenta con la instalación de todas las ayudas de movilidad existentes: puertas automáticas, escaleras eléctricas, ascensores. Además, se presta atención a las zonas de la integración y se promueven las actividades lúdicas y de entretenimiento, celebraciones en grupo... con el fin de reducir el aislamiento social.



Momentos de integración y esparcimiento dentro de la comunidad de adultos mayores que habitan la residencia.

Fotografía: F Galeano

## Consideraciones finales

En Países Bajos la arquitectura de la vivienda para personas mayores viene a ser un referente para pensar en un grupo de ciudadanos que aun guardan la esperanza de además de estar sanos, quieren continuar aportándole a la sociedad. Muestra un modo de ver en que la arquitectura busca encontrar un equilibrio entre el bienestar de las personas mayores para que reciban y se beneficien de los avances tecnológicos que ofrece la modernidad y con un sentido incluyente.

El envejecimiento de la población colocará la arquitectura de la vivienda y el cuidado de las personas mayores en un lugar destacado de la agenda social en los próximos años, al ser evidente el aumento en porcentaje de envejecimiento y la mayor perspectiva de vida y la búsqueda de estándares de bienestar.

La vivienda tendrá que cumplir requisitos muy diferentes a los de los hospitales y las clínicas psiquiátricas, lo que la obligará a adaptarse para que pueda cubrir primero la necesidad de una vivienda digna y segundo que se siga adoptando los últimos avances tecnológicos en pro de una calidad de vida a favor de los adultos mayores.

Es necesario que se realicen estudios que incluyan trabajar con adultos mayores en busca de minimizar las brechas que trajo consigo la revolución tecnológica en quienes ahora se auto-percibir como extraños en lo que antes consideraban sus propios entornos. Así, los cambios se deben realizar de manera responsable si se quieren crear ambientes en donde los abuelos se sientan incluidos.

La responsabilidad debe ser colectiva frente lograr viviendas dignas y el cuidado de los adultos mayores; por una parte, el gobierno debe garantizar el bienestar equitativo de toda la población en donde los ancianos ocupan un lugar de respeto y privilegio; y además debe ser apoyado por las familias y la sociedad en general para que se den procesos en busca de una mejor calidad de vida en todos los periodos del curso vital de sus ciudadanos.

El cuidado de los adultos mayores no se debe tomar como un problema, se debe dar desde una perspectiva de agradecimiento y aprovechamiento de un saber que guarda la memoria colectiva de tantas experiencias vividas por quienes ayudaron a



construir una sociedad y que merecen la atención por parte del Estado, de sus familias y cada sujeto social.

## Referencias

- Collecte van de documentatieafdeling Universiteitsbibliotheek van de UVA van de Universiteit van Amsterdam. Sociale bewegingen.doc: 278.
- traducción propia: Colección del departamento de documentación Biblioteca Universitaria de la Universidad de Amsterdam UVA. Movimientos sociales.
- Archief van het Internationaal Instituut voor Sociale Geschiedenis in Nederland P 168, 270, 271 (traducción propia: Archivos del Instituto Internacional de la Historia Social en Países Bajos)
- Forgeaur, Sarramon (1992). *Living in Amsterdam*. London: Thames and Hudson
- Mens (1999). *De architectuur van net ziekenhuis. Transformaties in de naoorlogse ziekenhuisbouw in Nederlands*. Rotterdam
- Mens, Wagenaar (2009). *De architectuur van de ouderen- huisvesting. Beuwene voor wonen en Zorg. Noor*. Amsterdam: Pictoright.
- Young, I. (2011). *Responsabilidad por la justicia*. Madrid: Morata Editores

## Sitios web

- Artículo 25 de la declaración universal de los derechos humanos.  
<https://dudh.es/25/> Consultado el 19 de agosto de 2021
- <https://www.nul20.nl/boeken/oud-en-zelfstandig-2030-reisadvies> Consultado el 30 de mayo de 2021
- <https://www.gacetaholandesa.com/relato-de-la-vejez-en-holanda-asombro-y-soledad-en-tiempos-de-pandemia/> Consultado 1 mayo de 2021
- <https://www.amstelring.nl/roze-ouderen> Consultado el 20 junio de 2021

## Entrevista

Realizada por el autor de este artículo, Freddy Galeano a Hans Vermie, en la población de Hoorn (Países Bajos) en las residencias para adultos mayores “KeizersKroom”, el 31 de julio y 1 de agosto de 2021.



« Favoriser la transformation managériale et organisationnelle des services d'aide à domicile : une réponse des pouvoirs publics pour améliorer l'attractivité de ces métiers » (Projet Régional I-MANO)

«Promoting managerial and organizational transformation for home care assistance sector: a response from the public authorities to improve the attractiveness of these professions» (Regional Project I-MANO)

**Lucie CHEVALIER<sup>90</sup>**

Groupe de recherches sociologiques sur les sociétés contemporaines  
GRESO, EA 3815  
Université de Limoges,  
Limoges, France

<https://orcid.org/0000-0002-9339-674X>

[lucie.chevalier@unilim.fr](mailto:lucie.chevalier@unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4244>

DOI : 10.25965/trahs.4244

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Résumé : Face à l'enjeu du vieillissement de la population et à la préférence des français de vieillir à domicile, le secteur de l'aide à la personne rencontre une pénurie de main d'œuvre. Avec 300 000 emplois à pourvoir dans l'aide à domicile à l'horizon 2030, cette crise du recrutement se rencontre quel que soit le statut juridique des services, non-lucratives, lucratives ou public.

En 2019, plusieurs rapports commandés par l'État ont insisté sur l'importance de « moderniser » le secteur de l'aide à la personne, avec notamment pour enjeux principaux de parvenir à attirer et fidéliser les salarié.e.s. Dans ce contexte, le GIP Autonom'Lab est porteur d'un projet intitulé « I-MANO » qui vise à favoriser la transformation organisationnelle des services d'aide à domicile et à revaloriser l'attractivité de ces métiers. Ce programme est financé par la Région Nouvelle-Aquitaine, AG2R la Mondiale et la CARSAT.

Par l'intégration de méthodes managériales permettant notamment de renforcer la reconnaissance de l'expertise des professionnels et le développement de leur pouvoir d'agir, ce programme tente de renforcer l'attractivité de ces métiers. Ce programme, s'étalant sur 2 ans et démarré en 2019 a permis de sensibiliser les dirigeants de 19 structures à 6 approches managériales innovantes. Par la suite, un diagnostic de maturité a été réalisé et 14 structures ont pu poursuivre ce programme avec des temps de formation des équipes en inter puis en intra-structure autour de l'approche

---

<sup>90</sup> Doctorante en sociologie. Laboratoire d'Economie et de sociologie du travail, UMR 7317, CNRS, Aix-Marseille Université ; Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine/GIP Autonom'Lab

de leur choix. Ce programme, toujours en cours, fait l'objet d'une étude d'impact à travers la réalisation d'une thèse en sociologie.

Mots clés : attractivité, innovation managériale, fidélisation, aide à domicile, métiers

Abstract: Faced with the issue of an aging population and the preference of French people to age at home, the personal assistance sector is experiencing a labor shortage. With 300,000 jobs to be filled in home care by 2030, this recruitment crisis is encountered regardless of the legal status of the not-profit, for profit or public services.

In 2019, several reports commissioned by the State insisted on the importance of "modernizing" the personal assistance sector, with the main challenges of attracting and retaining employees. In this context, the GIP Autonom'Lab is leading a project called "I-MANO" which aims to promote the organizational transformation of home care services and to enhance the attractiveness of these professions. This program is funded by the Nouvelle-Aquitaine Region, AG2R la Mondiale and the CARSAT.

By integrating managerial methods that make it possible in particular to strengthen the recognition of the expertise of professionals and the development of their power to act, this program attempts to strengthen the attractiveness of these professions. This program, spanning 2 years and started in 2019, made it possible to sensitize the leaders of 19 structures to 6 innovative managerial approaches. Subsequently, a maturity diagnosis was carried out and 14 structures were able to continue this program with time for internal team trainings, and then in intra-structure around the approach of their choice. This program, which is still ongoing, is the subject of an impact study through the completion of a thesis in sociology.

Keywords: attractiveness, managerial innovation, loyalty, home care, professions

Le secteur de l'aide à domicile en 2021 est traversé à la fois par une croissance exponentielle, liée à un contexte démographique de vieillissement d'une population préférant le domicile à l'institution, et par une crise de recrutement de la main d'œuvre nécessaire pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Un sondage réalisé en 2012 par OpinionWay pour l'Observation de l'Intérêt Général, indique que 90 % des Français préfèrent adapter leur logement plutôt que d'intégrer une maison de retraite. Cette préférence est l'une des raisons du recul de l'âge moyen d'entrée en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) : en 2015, la moitié des résidents avait plus de 87 ans et 5 mois, contre 86 ans et 5 mois fin 2011<sup>91</sup>. L'actualité des décès liés au coronavirus dans les EHPAD va sans doute renforcer encore cette défiance, l'institution devenant alors le dernier recours lorsque le maintien à domicile avec assistance n'est plus envisageable.

Deux rapports publics commandés par l'État en 2019 à Dominique Libault puis Myriam El Khomri proposent un certain nombre de pistes pour « moderniser » le secteur, avec notamment pour enjeux principaux de parvenir à attirer et fidéliser les salariées<sup>92</sup>. Comme d'autres rapports<sup>93</sup> l'avaient fait, ils insistent sur l'importance de la revalorisation des professionnels et de la transformation des relations de travail. Dans ce contexte, différents acteurs, spécialisés en management, s'adressent à des dirigeants de structures d'aide à domicile pour leur proposer des formules « innovantes » d'encadrement des équipes. Le GIP Autonom'Lab, basé à Limoges en Nouvelle-Aquitaine, préfigurateur du Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine, est dans ce cadre porteur d'un projet intitulé « I-MANO » qui vise à favoriser la transformation organisationnelle des services d'aide à la personne.

À ce programme « I-MANO » est associée une démarche de recherche sous la forme d'une thèse CIFRE en sociologie répondant à un triple objectif : réaliser un état des lieux de l'espace des acteurs de l'innovation managériale dans l'aide à domicile ; analyser l'appropriation des dirigeants des services d'aide à domicile de ces innovations managériales ; interroger les effets de ces entreprises de normalisation sur le travail des cadres et des intervenants, et sur la satisfaction des bénéficiaires. Cette thèse débutée en mars 2021 proposera une analyse sociologique du travail de normalisation du secteur de l'aide à domicile<sup>94</sup>. Par « travail de normalisation », seront désignées les pratiques par lesquelles de nouvelles formes managériales sont mises en œuvre et s'imposent comme légitimes.

Cette communication a pour vocation de présenter ce programme dans son contexte : de son inscription dans un secteur « en crise » qui cherche à se renouveler, à son déploiement sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine auprès des dirigeants de Services d'Aide A Domicile (SAAD). Il sera question de la sinistralité du secteur et de

---

91 Muller M., « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », DREES *Études et Résultats*, n°1015, juillet 2017.

92 Compte tenu de la forte proportion de femmes qui occupent les emplois de l'aide à domicile (87,3% de femmes, source DARES analyses n°038, août 2018), il a été fait le choix du féminin pour les termes relatifs à leur travail.

93 Rapport Bérange Poletti (2012), rapport IGAS-IGS sur le secteur de l'aide à domicile (2010), rapport de la DREES sur les conditions de travail des aides à domicile (2008), rapport Laroque (1962)

94 Cette thèse est encadrée par Olivier MASCLLET, Professeur de sociologie à l'Université de Limoges, Groupe de Recherches Sociologiques sur les sociétés Contemporaines (GRESO) et par Anne-Marie ARBORIO, Maître de conférences en sociologie, Aix-Marseille université, Laboratoire d'Economie et de sociologie du travail (UMR 7317, CNRS, Aix-Marseille Université).

l'appropriation par les pouvoirs publics de la question de l'attractivité des métiers, des attentes qui accompagnent le programme « I-MANO » et des premières réflexions et hypothèses émanant du travail de recherche.

## 1. L'aide a domicile en France : un secteur en crise ?

« Les services à la personne (SAP) désignent l'ensemble des services effectués au domicile d'un particulier ou dans l'environnement immédiat de son domicile » (DARES, 2018 : 1) Ils sont régis par le décret du 6 juin 2016, qui fixe 26 activités comme relevant des services à la personne. Ces prestations s'inscrivent dans un projet individualisé d'aide et d'accompagnement, élaboré à partir d'une évaluation globale des besoins de la personne. Elles se réalisent à travers des aides à domicile, notamment celles apportées par des auxiliaires de vie sociale. Plusieurs modes d'intervention sont possibles pour les aides à domicile :

- le mode prestataire : l'intervenant à domicile est employé et rémunéré par le service prestataire, qui s'occupe de tous les aspects administratifs et légaux ; c'est ce mode qui sera décrit tout au long de ce travail de recherche
- le mode mandataire : l'intervenant à domicile est employé et rémunéré par le particulier ; ils sont liés par un contrat de travail. Le particulier a le statut d'employeur mais ne s'occupe pas des aspects administratifs. La personne morale gestionnaire du service est responsable du projet de service et notamment de la définition et de la mise en œuvre des modalités d'organisation et de coordination des interventions.
- le mode dit de « gré à gré », sans intermédiaire entre une personne dépendante employeur et une intervenante.

En 2015, l'activité était soutenue en majorité par les employeurs directs (57 % de l'ensemble des heures du secteur), mais cette activité connaît une diminution au profit du mode prestataire. La croissance du secteur est à mettre en lien avec l'évolution démographique que connaît la France :

Le taux de croissance annuel moyen de l'activité et de l'emploi du secteur des services à la personne a doublé depuis le plan Borloo de 2005. Ce taux est en effet passé de 4 % par an entre 2000 et 2004 à 8 % par an entre 2005 et 2008 pour les heures rémunérées comme pour les effectifs des intervenants<sup>95</sup>.

### 1.2. Retour sur une socio-histoire de l'aide à domicile

Un décret publié en septembre 1954 et réaffirmé en 1962 a fait naître le travail des aides à domicile (Avril, 2014). Il s'agit alors d'une forme d'aide sociale permettant à certaines populations fragiles de bénéficier du travail de femmes de ménage. Dans les années 1960-80, la mission des aides à domicile est à la fois sanitaire et sociale. Elle se différencie de celle des aides ménagères : leur travail est pensé dans le prolongement des soins, qu'elles réalisent au domicile des personnes, et du social puisque les aides à domicile sont instituées comme relais de l'assistante sociale sur le terrain. Les années 1970-80 professionnalisent un peu plus les aides à domicile. Une première convention collective (1975) remplace le terme d'« aide-ménagère » par celui d'« aide à domicile ». Les pouvoirs publics rendent aussi possible le

---

95 Kulanthaivelu E., Thiérous L. (2018). *Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ?* Dares analyses n°38, août.

recrutement direct, « de gré à gré », et crée le premier diplôme du secteur, le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile (CAFAD) (1988) :

Il y a bien dans cette période, une volonté de faire des aides à domicile des « professionnelles » dotées « d'une expérience éduquée » [...] et notamment des professionnelles de la prise en charge du vieillissement hors institution médicale (Avril, 2014 : 68).

Les années 1990-2000 marquent, quant à elles, un tournant qui se concrétise par la perte du mandat des aides à domicile auprès du public âgé. Le Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) remplace le CAFAD et perd sa spécialisation de prise en charge du vieillissement. Il n'est pas obligatoire pour exercer, et marque pour certains un arrêt de la valorisation professionnelle de ce secteur :

Très concrètement, depuis le début des années 2000, les acteurs politiques et institutionnels diffusent une nouvelle représentation du métier en deçà de celle qu'ils avaient jusqu'alors portée : les aides à domicile n'ont plus de mandat et donc ne sont plus, à domicile, celles qui prolongent le travail du personnel infirmier ou de l'assistante sociale. Polyvalentes, elles n'ont plus de savoirs spécialisés dans la prise en charge du vieillissement (Avril, 2014 : 69).

En 2001 la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) est remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), versée désormais directement aux personnes âgées qui sont libres de choisir parmi l'ensemble des prestataires du territoire, celui qui leur convient le mieux. Les aides à la dépendance peuvent également servir à rémunérer un proche aidant une personne âgée. Les interventions des professionnels sont dès lors mises sur le même plan que celles, profanes, réalisées par les familles. Cette redéfinition des tâches des aides à domicile voue celles-ci aux tâches que les professionnels du soin ou du social ne font pas. Elles se retrouvent alors « tout en bas de la hiérarchie des intervenants professionnels à domicile » (Avril, 2014 : p.73).

En 2005, le plan Borloo autorise les entreprises privées à investir le secteur. Bernard Ennuyer (2012) voit dans ce plan l'instauration d'une concurrence tarifaire, « c'est-à-dire la loi du marché comme seul mode de régulation, y compris au sein du monde associatif ». Dès lors,

Le paradoxe qui régit le secteur de l'aide à domicile reste entier : on souhaite des personnels sélectionnés, bien encadrés, qualifiés, rémunérés au plus proche du salaire minimum, mais faisant montre de grandes qualités humaines (Roussille, Strohl, Raymond, 2009 : 51).

Le 1<sup>er</sup> janvier 2016 entre en vigueur la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV), qui réaffirme la priorité à l'accompagnement au domicile, choix majoritaire parmi les solutions du vieillissement parmi la population.

## 1.2. « Un sous droit du travail » (Avril, 2014 : p. 82) : un secteur fortement sinistré, avec des conditions de travail difficiles

Le secteur de l'aide à domicile en France emploie en 2010 environ 1,8 millions de personnes, hors assistantes maternelles, et présente une sinistralité élevée comparée aux autres secteurs d'activité.<sup>96</sup>

Les accidents et pathologies liés à l'aide au transfert des bénéficiaires et à la manutention de charges, les chutes de plain-pied et de hauteur, les déplacements professionnels très fréquents constituent les principaux risques professionnels. A quoi s'ajoute une charge mentale lourde, d'autant plus difficile à supporter que le travail se fait de façon solitaire (INRS, 2017). En effet, les contraintes physiques s'additionnent aux contraintes relationnelles. Les contacts auprès de personnes âgées peuvent être envahissants et pesants ; ils requièrent des savoir-faire ajustés :

Si le travail de contact excède largement le travail sur matériau humain, c'est aussi parce que les aides à domicile ont pour fonction explicite de soutenir moralement les personnes âgées (Avril, 2006 : 92).

L'enquête de la DARES réalisée en 2008 sur les conditions de travail des aides à domicile met en lumière la sur-sinistralité du secteur comparée aux autres professions.

En 2008, on compte 5,2 accidents de travail pour 100 salariés des structures d'aide à domicile contre 3,8 accidents dans l'ensemble des branches professionnelles (champ couvert par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) (Marquier, Nahon, 2012 : 27).

En 2010, une étude de ce même organisme indiquait déjà que « l'indice de fréquence, le taux de fréquence ainsi que le taux de gravité des accidents du travail sont respectivement supérieurs de 36 %, 46 % et 64 % » à ceux des autres secteurs de l'activité salariée.

## 1.3. Caractérisation des intervenantes à domicile

L'enquête de la DARES (2018) permet de dresser un portrait des aides à domicile. Il s'agit très majoritairement de femmes : 87,3 % contre 50,1 % pour l'ensemble des salariés en 2015. Elles sont en moyenne plus âgées que la moyenne des actifs en emploi : 46 ans contre 41 ans. La part des personnes nées à l'étranger est également plus importante que dans les autres secteurs : 14,5 % en 2015 contre 5,5 %. Les salariées des Services d'Aide à la Personne sont faiblement qualifiées : 36 % ne possèdent pas de diplôme contre 14 % pour l'ensemble des femmes en emploi. Seules 16 % des aides à domicile ont un diplôme supérieur au bac contre 57 % pour l'ensemble des femmes actives.

En 2014, 26 % des salariées des SAP sont employées par un organisme prestataire. Ces dernières effectuent plus d'heures dans l'année en moyenne (931 heures contre 557 pour un particulier employeur). Les revenus salariaux nets des employées des

---

96 Baillieul Y., Chaillot G., Benoteau I. (2013). « Les services à la personne davantage sollicités dans les zones rurales et âgées », Paris : *INSEE Première*, n° 1461.

SAP ont néanmoins augmenté de 11 % entre 2010 et 2014 (contre +6 % pour l'ensemble de la population active). En moyenne en 2014, elles percevaient 8200 euros net dans l'année.

Le temps partiel subi est très présent : en 2015, 53 % des salariées des SAP indiquent ne pas avoir pu trouver d'emploi en temps plein contre 42 % pour l'ensemble de la population active. 34 % des salariées des SAP déclarent souhaiter travailler plus contre 20 % pour l'ensemble de la population active. Les horaires variables sont également fréquents (33 %), particulièrement dans le mode prestataire.

La part des salariées d'organismes prestataires travaillant en soirée est passée de 3,5 % en 2004 à 8 % en 2012, celle du travail de nuit de 1,6 % en 2004 à 4,2 % en 2012 et celle du travail le samedi de 26,5 % en 2004 à 32,7 % en 2012. Le travail le dimanche est passé, quant à lui, de 11,5 % en 2004 à 24,4 % en 2012. Ces employées présentent également davantage de problèmes de santé : 6 % déclarent être en mauvaise santé contre 3 % dans les autres secteurs ; 28,6 % déclarent avoir des problèmes de santé durables contre 19,9 % dans les autres secteurs, et 5,9 % indiquent être en situation de handicap ou de perte d'autonomie, contre 3,6 % ailleurs.

	Aides à domicile		Assistants maternelles		Femmes de ménage		Femmes en emploi	
	2003	2010	2003	2010	2003	2010	2003	2010
Effectif (en milliers)	353	541	389	452	257	254	11 380	12 195
Aucun diplôme ou CEP	50 %	36 %	41 %	29 %	67 %	61 %	20 %	14 %
Avec diplôme	50 %	64 %	59 %	71 %	33 %	39 %	80 %	86 %
Dont :								
- brevet des collèges	10 %	14 %	12 %	12 %	07 %	08 %	08 %	08 %
- CAP, BEP ou autre	30 %	34 %	32 %	37 %	22 %	21 %	24 %	21 %
- baccalauréat et plus	10 %	16 %	15 %	22 %	04 %	10 %	48 %	57 %

Figure 1. Enquête sur l'emploi, INSEE, 2003 et 2010

## 2. Un secteur sommé de se réinventer ?

Pour tenter de faire face à des conditions de travail difficiles, limitant l'attractivité du secteur de l'aide à domicile, de nombreuses actions ont déjà été initiées : « trophées des aides à domicile », « rallye découverte » des métiers, campagne de communication nationale de la branche de l'aide à domicile... Toutes visent à revaloriser ces professionnelles. Les pouvoirs publics, qui tentent parallèlement de favoriser le vieillissement à domicile, incitent aussi les dirigeants du secteur à « moderniser » l'aide à domicile. La revalorisation du travail et la reconnaissance des professionnelles sont décrites comme des objectifs à atteindre, de même que les difficultés de gouvernance sont pointées comme responsables du manque d'efficacité du secteur. C'est dans ce contexte qu'apparaissent des « entrepreneurs de normes » : cabinets de conseil en management, collectifs militant pour une transformation du secteur..., qui cherchent à légitimer et à traduire en pratiques les valeurs qu'ils croient bonnes : bientraitance des équipes et des bénéficiaires, revalorisation des auxiliaires de vie...



## 2.1. La revalorisation des métiers de l'aide à domicile : une cause publique

En 2018, les personnels des EHPAD font grève pour dénoncer les faibles moyens pour la prise en charge des personnes âgées en établissement. En réponse à ce conflit, le gouvernement mobilise 50 millions d'euros et promet des évolutions à long terme. En septembre 2018, le Premier Ministre confie à Dominique Libault<sup>97</sup> la mission de conduire une concertation et de formuler des propositions pour réformer la prise en charge du grand âge.

Dominique Libault résume ses constats en trois points :

- Une demande forte de transformation du secteur, avec une priorité affirmée pour le vieillissement à domicile ;
- Un système actuellement complexe, manquant de coordination et avec de fortes disparités territoriales ;
- Un emploi en croissance forte depuis une décennie mais une pénurie de personnel aggravée par de fortes difficultés de recrutement liées à la dégradation des conditions de travail et au manque d'attractivité des emplois.

Le rapport édicte plusieurs propositions en vue d'une réforme de la prise en charge du Grand Âge. Parmi celles-ci, l'attractivité des métiers est jugée prioritaire. Lors de la remise du rapport en mars 2019 à Agnès Buzyn, alors ministre de la Santé, celle-ci évoque « l'urgence » d' « accompagner » et de « soutenir les professionnels courageux et engagés qui consacrent leur vie à nos aînés vulnérables, dans des conditions souvent difficiles voire pénibles<sup>98</sup> ».

En juin 2019, Agnès Buzyn confie à Myriam El Khomri<sup>99</sup> la mission de « piloter un plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge ». Les constats formulés par la mission d'évaluation de Myriam El Khomri rejoignent ceux de Dominique Libault. Ils attestent du fort besoin de recrutement du secteur, du caractère peu attractif des métiers et du besoin de les revaloriser, ainsi que des effets insuffisants des actions publiques « en raison de leur caractère dispersé et de l'incomplétude de certaines mesures<sup>100</sup> ».

Des propositions de mesures sont également formulées autour de cinq axes :

- Assurer de meilleures conditions d'emploi et de rémunération ;
- Donner une priorité forte à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail ;
- Moderniser les formations et changer l'image des métiers ;
- Innover pour transformer les organisations ;
- Garantir la mobilisation et la coordination des acteurs et des financements au niveau national et dans les territoires.

---

97 Ancien directeur de la sécurité sociale (2002-2012), actuellement président du Haut-conseil au financement de la protection sociale et directeur de l'EN3S.

98 Déclaration de Mme Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé, sur l'accompagnement du vieillissement et de la dépendance des personnes âgées, Paris, le 28 mars 2019.

99 Ex-ministre du travail (2015-2017), actuellement directrice du conseil - SCIACI Saint Honoré.

100 Extrait du rapport EL KHOMRI, p. 11.

Ces deux rapports commandés par le Ministère de la Santé vont dans le même sens et concluent à la nécessité de renforcer l'attractivité du secteur en améliorant les conditions d'emploi et de travail. On y retrouve la terminologie néo-managériale de la « modernisation », de l'« innovation » mais aussi de la « qualité de vie au travail ». La transformation du secteur est présentée comme une urgence : pour poursuivre sa croissance, il lui faut se renouveler.

## 2.2. Quand les discours néo-managériaux s'invitent dans l'aide à domicile

Pour répondre aux enjeux du secteur, plusieurs professionnels du management ont cherché à diffuser de nouveaux modes d'organisation auprès des dirigeants du secteur de l'aide à domicile. Ils pensent que ceux-ci seront d'autant plus réceptifs à leurs propositions qu'elles répondent à la fois à l'injonction des pouvoirs publics de « moderniser » un secteur en crise et qu'elles peuvent leur permettre de se démarquer des concurrents : afficher l'emploi de méthodes « innovantes », dans un secteur où le recrutement et la fidélisation des salariées font problème, est un atout possible.

## 2.3. Des approches managériales diversifiées

On retrouve dans le secteur de l'aide à domicile différentes approches, pas nécessairement « issues » du monde médico-social, proposant de réinventer le management dans une approche plus humaniste et bienveillante.

C'est le cas de l'approche « Buurtzorg », qui signifie « soins (zorg) de proximité » en néerlandais. Cette organisation non lucrative a été créée en 2006 par Jos de Blok, un ancien étudiant en économie devenu infirmier. Il s'agit d'équipes d'infirmiers et d'aide-soignants à domicile intervenant sur une zone géographique délimitée, sans hiérarchie. Chaque équipe est responsable de trouver des patients, de la coordination avec les autres professionnels, de la mise en œuvre des interventions et du recrutement, planification, formation et facturation. Cette organisation, aujourd'hui premier employeur néerlandais dans les soins à domicile, rejoint la philosophie de l'ouvrage de Frédéric Laloux « *Reinventing Organization* » en cherchant à atteindre le stade de « l'entreprise libérée ». En France, le « Collectif de l'Humain d'Abord » propose un accompagnement aux services d'aide à domicile désireux de se rapprocher de ce type d'approche, et met en avant l'expérience de certaines structures françaises ayant adopté ce mode d'encadrement.

L'approche du « Lean Management » (de l'anglais « lean » signifiant « maigre », « pauvre en graisse »), propose quant à elle « d'éviter le gaspillage » qui réduit la performance et améliore l'efficacité tout en impliquant davantage les « collaborateurs ». Cette méthode, d'abord utilisée au sein du système de production de l'entreprise Toyota à la fin de la seconde guerre mondiale, connaît un regain d'attractivité essentiellement dans le secteur industriel depuis les années 1990.

L'approche par la Qualité de Vie au Travail (QVT)

désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions

de travail pour les salariés et la performance globale des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux<sup>101</sup>.

À travers un réseau national et local (Anact et Aract)<sup>102</sup>, l'approche par la QVT vise à accompagner les institutions vers la conciliation entre conditions de travail favorables et performance économique. Ces différentes approches font l'objet d'actions de communication et de valorisation visant à proposer au secteur de l'aide à domicile des pistes pour réinventer son encadrement managérial.

Ces professionnels du management sont également présents en région. La Région Nouvelle-Aquitaine a par exemple repris à son compte, certaines de leurs propositions, comme en témoigne sa feuille de route « Silver Economie 2018/2021 », ci-dessous :

#### Chantier n° 2 – Aider au bien vieillir

« Valoriser les métiers de l'autonomie : qualité, reconnaissance, évolution dans l'emploi »

> **former les encadrants et les employeurs**. Par exemple, placer les employeurs des structures d'aide à domicile dans une perspective de lean management en adaptant aux entreprises de services les principes de l'action régionale « Usine du Futur ».

De la même façon, l'ARACT Limousin et la CARSAT Centre Ouest (Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail) ont lancé en 2017 une action auprès de quatre associations d'aide à domicile dans le département de la Creuse. L'une des préconisations portait sur l'encadrement et le management des auxiliaires de vie :

Favoriser le développement de compétences organisationnelles, tant au niveau de la GRH (adéquation compétences des salariés et besoins des bénéficiaires), du management de proximité (organisation de temps collectifs afin de rompre l'isolement) que de l'animation d'une politique globale de prévention des risques professionnels (animation, outils, coordination avec les autres intervenants aux domiciles...)<sup>103</sup>.

### 3. Le programme « I-MANO » : une adaptation territoriale de la question de l'attractivité des métiers

Au-delà des actions ponctuelles portées par la Région, cette dernière a décidé de porter un programme visant à soutenir la transformation managériale des services d'aide à la personne en Nouvelle-Aquitaine : le programme « I-MANO ».

#### 3.1. Objectifs et déroulé du programme

Ce programme a été lancé à l'été 2019 sous la forme d'un appel à candidature sur le territoire de la Nouvelle-Aquitaine :

---

101 Rapport « récit d'action et d'enseignement : soigner la QVT dans les établissements de santé et médicosociaux », Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), 2019, p.2.

102 Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), Associations Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT).

103 <https://www.anact.fr/une-action-collective-pour-ameliorer-les-conditions-de-travail-dans-le-secteur-de-laide-domicile>, consulté le 20 août 2020.

Cette démarche invite les dirigeants à se projeter sur la transformation de leur structure visant à requestionner le sens et la raison d'être de leur organisation, à renforcer la participation des professionnels de terrain dans la prise de décisions, à questionner son mode de gouvernance, de travail en équipe... Ce programme implique donc une capacité pour le dirigeant à se remettre en question, à envisager de nouvelles pratiques de travail en commun et à revoir sa posture. Ce programme amènera aussi les équipes à évoluer dans leur mode de travailler ensemble, dans la responsabilisation et passera notamment par des étapes de prise de conscience de leurs capacités, de modification des modes de communication susceptibles de prendre du temps. Cette démarche devra également prendre en compte l'amélioration des conditions de travail des salariées.<sup>104</sup>

Cet appel à candidatures doit se dérouler selon quatre objectifs :

- Sensibiliser les acteurs du secteur aux liens entre modèles organisationnels, managériaux et économie et ainsi découvrir différentes approches et modèles potentiellement intéressants et inspirants pour eux ;
- Diagnostiquer la maturité des structures participantes pour leur permettre de définir leur projet de transformation et permettre au jury de sélectionner 10 structures qui poursuivront l'accompagnement ;
- Former (en inter-structures) les dirigeants et des membres de leurs équipes de 10 entreprises aux techniques qui leur permettront de construire leur propre vision, de s'appropriier les concepts et de dessiner un plan d'actions pour leur organisation ;
- Former dans l'entreprise les équipes pendant 10 mois afin d'embarquer l'ensemble des collaborateurs dans l'aventure de la transformation en partageant le sens et la vision, et en s'appropriant les outils nécessaires.<sup>105</sup>

Cette démarche s'étend sur deux ans : 21 entreprises ont été retenues pour participer à ce programme. Six approches managériales ont été présentées à raison d'une journée de sensibilisation par mois entre janvier et septembre 2020. Les approches proposées (et choisies par le GIP) sont : la gouvernance partagée, la méthode Montessori, l'approche Buurtzorg, le Lean Management, le management par la Qualité de Vie au Travail et une Approche Plurielle de l'innovation managériale.

À l'issue de ces journées de sensibilisation, les structures participantes seront conduites à se prononcer sur la méthode pouvant le mieux correspondre aux besoins de leur service, à leur histoire, à leur mode d'organisation et à la vision du dirigeant concernant le souhait de l'approche qu'il envisage de mettre en place au sein de sa structure. Suite au diagnostic de maturité réalisé par des prestataires indépendants, quatorze d'entre elles ont été retenues afin d'être accompagnées par les prestataires pour mettre en œuvre la méthode choisie. Le coût du programme est évalué à environ 650 000 euros, financé par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé, les CARSAT, l'AG2R La Mondiale, ainsi que grâce au soutien des Opérateurs de Compétences (OPCO) sur le reste à charge des structures.

---

<sup>104</sup> Extrait de l'appel à projet.

<sup>105</sup> Ibid

Le projet a débuté par la **phase 1** (janvier-septembre 2020) correspondant à la participation de 20 SAAD à des journées de sensibilisation à des approches managériales « innovantes » :

- **La Gouvernance Partagée** : cette approche propose de rompre avec l'organisation hiérarchique du travail en visant l'implication de tous les salariés dans les processus de décision et en redistribuant le pouvoir et la responsabilité au service d'un meilleur épanouissement des individus et d'une meilleure performance de l'entreprise.
- **Le management par la Qualité de Vie au Travail** : cette approche consiste à améliorer les conditions de travail des salariés tout en visant la performance de l'entreprise.
- **Le Lean Management** : ce système d'organisation industriel, d'abord initié par Toyota au Japon, est marqué par la recherche de performance via la suppression des tâches inutiles, et en favorisant la motivation et l'engagement des salariés.
- **L'approche Buurtzorg** : inspirée d'une organisation territoriale d'infirmiers libéraux aux Pays-Bas, cette approche propose de réorganiser les intervenants en « équipes autonomes » sur un territoire donné.
- **L'approche Montessori dans l'AAD** : il s'agit ici de revisiter la philosophie Montessori en se centrant sur le bénéficiaire et sur la notion de fragilité dans la perspective d'autonomiser au maximum la personne.
- **L'approche Plurielle** : cette approche se fonde sur les principes des organisations collaboratives et des « entreprises libérées », et propose de réutiliser certains principes et outils de la Gouvernance Partagée, QVT, Lean management, Montessori et de l'approche Buurtzorg.

**La phase 2** (octobre-décembre 2020) a consisté en la réalisation d'un « diagnostic de maturité » réalisé par des cabinet d'audit externes : 2 jours dans chaque SAAD pour évaluer si chacun est « prêt » à se transformer. Puis un comité de pilotage comprenant les CD<sup>106</sup>, CARSAT, acteurs de l'innovation (ADI, ARACT), OPCO<sup>107</sup> a validé la poursuite des SAAD dans la phase 3.

**La phase 3** (février-septembre 2021) est en cours et consiste en un approfondissement de l'approche choisie par le SAAD, en inter structures (plusieurs SAAD suivent la même formation). 5 personnes suivent la formation par SAAD (auxiliaires de vie, encadrement intermédiaire, direction). Les journées ont lieu par 2 ou 3 jours regroupés, proposant le plus souvent un hébergement collectif sur place. 14 SAAD se sont engagés dans cette phase 3.

---

106 Conseils Départementaux.

107 Opérateurs de Compétences.

<b>Statut</b>	<b>Localisation</b>	<b>Approche choisie</b>
Privé lucratif	87	buurtzorg
Associatif	87	buurtzorg
Associatif	33	buurtzorg
Associatif	33	AP
Public	33	AP
Privé lucratif	86	AP
Associatif	33	LEAN
Public	34	LEAN
Privé lucratif	17	LEAN
Associatif	24	MONTESSORI
Associatif	33	AP
Associatif	64	AP
Public	40	MQVT
Associatif	17	MQVT

Tableau 1. SAAD participants au programme « I-Mano »

La **phase 4** (à partir d'avril 2021) consiste en la venue des prestataires de formation au sein des différents SAAD pour les aider à mettre en place concrètement l'approche managériale choisie. L'ensemble des 14 structures poursuit le programme en phase 4.

A noter que, tout au long du programme, le GIP Autonom'Lab anime une « communauté I-Mano », destinée à réunir régulièrement des dirigeants de SAAD embarqués dans le programme mais aussi ceux n'ayant pas été retenus ou d'autres encore ayant amorcé des démarches de « transformation » et souhaitant partager leurs expériences.

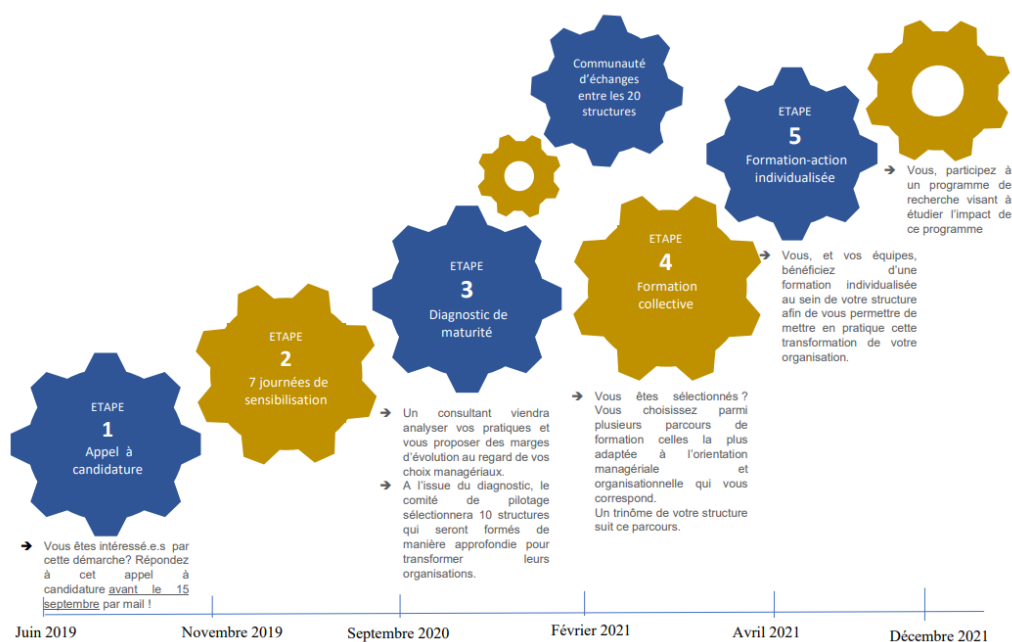


Figure 2. Résumé des différentes phases du programme « I-Mano »

### 3.2. Les objectifs de la recherche

Centré sur le programme « I-MANO », le projet de recherche se propose d'analyser les effets des approches managériales présentées comme innovantes dans les pratiques de travail et de management des structures d'aide à domicile. Si de nombreuses recommandations et injonctions normatives ont vu le jour ces dernières années, on observe un manque d'analyses sur la constitution de cet espace de l'innovation managériale, sur la mise en œuvre concrète des transformations préconisées et sur leurs effets sur les différentes parties prenantes (salariées et bénéficiaires des aides à domicile). Ce projet de thèse entend pallier ce manque en questionnant selon quelles modalités et par quel travail en acte les innovations créent de nouvelles pratiques professionnelles. Il s'agit de comprendre comment les prescriptions encouragées par une partie de la sphère politique et par certains acteurs managériaux peuvent s'inscrire dans les pratiques ordinaires de travail des aides à domicile comme dans celles des agents chargés de l'encadrement de ces salariés.

Concrètement, ce projet de recherche se propose de prendre du recul sur la mise en œuvre d'un modèle d'organisation innovante pour identifier comment celui-ci a pu trouver sa place et répondre aux enjeux d'un secteur parfois différent de celui pour lequel il pouvait avoir été initialement conçu. Il s'agira d'abord de questionner de manière générale le principe de « *l'innovation managériale* », ses fondements, sa littérature et son inscription dans le champ des services et en particulier de l'aide à domicile. À la suite de quoi il s'agira d'objectiver les conditions de l'adhésion des dirigeants des structures d'aide à domicile. Qu'est-ce qui les conduit à privilégier une méthode plutôt qu'une autre? Qu'en attendent-ils? À travers quelles pratiques ces méthodes se concrétisent-elles? Il s'agira enfin d'en interroger les effets sur le travail et les relations de travail compte tenu de la diversité et des spécificités du travail à domicile. Quels effets peuvent être ceux de la transformation managériale des structures d'aide à domicile, à la fois sur le plan de la qualité de service rendu aux usagers, sur le plan de la qualité de vie au travail, sur le plan des coûts de fonctionnement? Une comparaison des différentes structures participantes et la

réalisation plus approfondie de monographies permettront de mettre en lumière les différences dans la perception des méthodes innovantes proposées et leur mise en œuvre.

### 3.3. La mesure d'impact associée au programme de recherche : un double regard sociologue/chargée de projet innovation sociale

A ces objectifs de recherche académique s'ajoutent les attentes de l'institution porteuse du programme, le GIP Autonom'Lab, et des financeurs de celui-ci (Région Nouvelle-Aquitaine, CARSAT, AG2R La Mondiale). Le programme « I-MANO » fait donc l'objet d'un double regard, celui de la sociologue en charge de la thèse portant un regard plus académique dépassant le cadre du programme, et celui de l'institution incarné par la chef de projet innovation sociale<sup>108</sup> qui a porté le programme depuis la commande passée par la Région Nouvelle-Aquitaine.

Particularité des thèses CIFRE, le travail de recherche s'inscrit donc au sein de plusieurs terrains : les différents SAAD participant au programme, mais aussi la structure accueillant la thèse, le GIP Autonom'Lab en tant que promoteur et diffuseur des nouvelles normes managériales, ayant lui aussi des attentes vis-à-vis de l'investissement réalisé. Ces attentes se formalisent notamment à travers la commande d'une « mesure d'impact social », en parallèle de la thèse académique. Cette mesure d'impact doit permettre d'évaluer les effets du programme sur les différentes parties prenantes afin de pouvoir en tirer des conclusions et de permettre d'envisager une suite ou un redéploiement local ou national de cette initiative. Il s'agit donc ici de concilier une approche académique et une approche de « consultant » visant à évaluer rapidement l'impact de ce programme.

Pour ce faire, la mesure d'impact social sera réalisée par le binôme sociologue/chef de projet innovation sociale. Une première cartographie des parties prenantes a été réalisée, permettant d'identifier tous les acteurs gravitant autour « d'I-MANO » : financeurs (Région Nouvelle-Aquitaine, AG2R La Mondiale, CARSAT, OPCO), prestataires de formation, porteur du projet (Autonom'Lab), prestataires des diagnostics de maturité (phase 2), universités (GRESO et LEST), comité de pilotage, SAAD (intervenant.e.s de terrain, encadrant.e.s intermédiaires, directions, bénéficiaires), autres SAAD gravitant autour du programme (« Communauté I-MANO »<sup>109</sup>), Conseils Départementaux.

Puis ces parties prenantes ont été positionnées sur un graphique permettant de situer à la fois leur investissement dans le programme (axe des ordonnées) et l'impact que ce dernier a sur elles (axe des abscisses). En rouge apparaissent les principales parties prenantes sur lesquelles la mesure d'impact va se concentrer : il s'agit des SAAD engagés dans le programme. En vert apparaissent les parties prenantes secondaires, incluses dans la mesure d'impact sans en faire l'objet d'étude direct.

---

108 Clotilde Berghe, chef de projet innovation sociale : <https://www.autonom-lab.com/lequipe/>

109 La « Communauté I-Mano » rassemble des SAAD ayant participé au programme et n'ayant pas poursuivi pour diverses raisons, ainsi que d'autres services ayant déjà expérimenté des actions d'innovation managériale et organisationnelle en Nouvelle-Aquitaine. Les participants se réunissent environ tous les deux mois et échangent autour de leurs expériences.



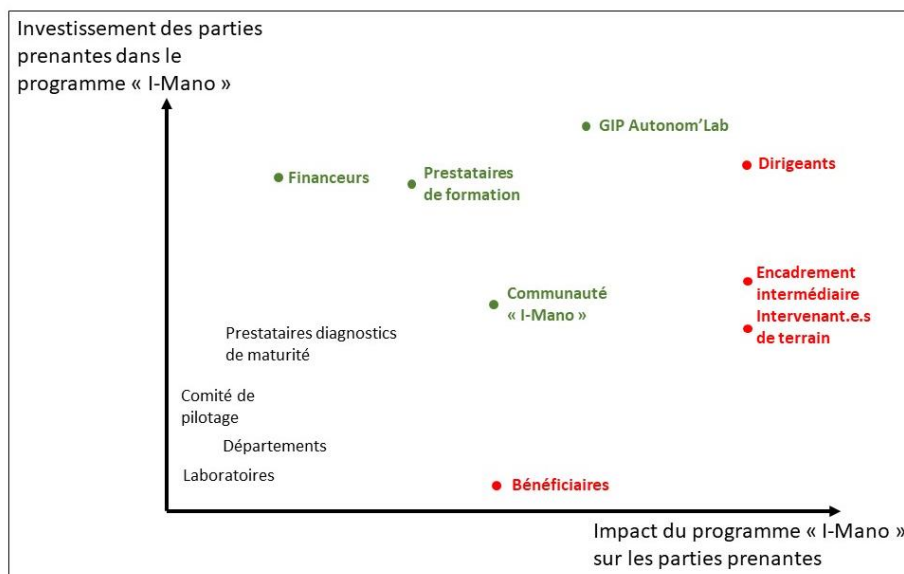


Figure 3. Cartographie des parties prenantes - Mesure d'Impact Social (Cartographie non définitive)

Face à chaque partie prenante, une liste des impacts attendus a été dressée. Elle permettra d'identifier les indicateurs permettant d'évaluer ces impacts.

Une fois l'ensemble des impacts attendus listés et les indicateurs permettant d'en mesurer l'évolution identifiés, la mesure d'impact pourra être planifiée dans le temps. A ces évaluations s'ajouteront le travail de recherche académique composé d'entretiens réguliers avec les dirigeants, d'observations participantes au sein des SAAD, ... Ce travail de mesure d'impact, concernant davantage les sciences de gestion ou la psychologie du travail que la sociologie, pourra être adapté en fonction des retours et des besoins d'évaluation des différentes parties prenantes. Il viendra abonder le travail de recherche académique par la mise en lumière des différents impacts évalués.

Cette mesure d'impact social constitue également un objet d'étude en tant que tel pour le travail de recherche : quels impacts sont attendus par les différentes parties prenantes ? Quelle réception sera faite de cette mesure d'impact ? Quelles suites en découleront ?

### 3.4. Premières pistes de réflexion en guise de conclusion

#### 3.4.1. Une enquête élargie à la modernisation du secteur

Le début de la thèse a coïncidé avec le démarrage de la phase 3 (formations inter-structures à l'approche managériale de leur choix)<sup>110</sup>. 18 journées de formation ont pu être observées, couplées à l'envoi d'un questionnaire à l'ensemble des participants et à des entretiens téléphoniques avec chacun des 14 dirigeants participant au programme. L'été 2021 voit commencer le début de la phase 4 (10 jours de formation en intra-structure à l'approche managériale choisie). Le

<sup>110</sup> Il est à noter que le travail de recherche a déjà débuté dans le cadre du mémoire de Master 2 soutenu en juin 2020 par la doctorante envisagée pour le projet CIFRE. Celle-ci a pu participer à quatre des journées de présentation des méthodes du programme « I-MANO » et réaliser des comptes rendus détaillés avec photographies à l'appui de ces journées.

programme, destiné à moderniser le secteur de l'aide à domicile, se poursuit au moins jusqu'en fin d'année 2022, et implique de nombreux éléments encore non traités dans le cadre du travail de recherche. La mesure d'impact réalisée permettra de tirer des axes d'analyse des effets de ce projet, tout en tenant compte des nombreux biais d'une telle évaluation : les dirigeants étaient-ils déjà sensibilisés ou engagés dans une démarche de réorganisation ? Les différents impacts pourront-ils être directement reliés aux effets du programme ? Quelle temporalité est nécessaire pour évaluer réellement les impacts notamment économiques et financiers de ces réorganisations ?

Parallèlement à ce programme, des mesures se déploient et viennent impacter les SAAD, telles que la signature de « l'avenant 43 » entraînant une refonte des grilles salariales applicable à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2021. D'autres préconisations sont attendues à travers la remise du rapport commandé à Michel Laforcade, ancien directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, autour de l'amélioration de l'attractivité des métiers de l'autonomie. Ces différentes dispositions seront à prendre en compte dans l'analyse des effets du programme, élargissant ainsi la recherche vers la modernisation du secteur de l'aide à domicile.

### 3.4.2. Penser les déplacements et recompositions

Si la sociohistoire de l'aide à domicile montre davantage une orientation des actions des pouvoirs publics en direction des bénéficiaires ou des intervenants de l'aide à domicile (Capuano, 2021), le programme « I-Mano » ainsi que les préconisations du rapport El Khomri font le choix de s'adresser également aux organisations et au management des structures. L'un des objectifs de la recherche sera de penser l'origine de ce déplacement : pourquoi pense-t-on qu'une des clés de la modernisation du secteur réside dans l'organisation ? Qu'attend-on des managers ? des dirigeants ? Une enquête de la DREES (Marquier, Nahon, 2012) a montré les effets de l'organisation sur le quotidien des intervenantes d'aide à domicile : 81 % de échanges entre professionnels autour de la situation d'un bénéficiaire ont lieu de manière informelle, en dehors des cadres de travail. Seules 29 % des salariées disaient être impliquées dans l'élaboration du « plan d'aide » (définissant les tâches à réaliser lors des interventions au domicile du bénéficiaire) contre 63 % de celles qui interviennent en emploi direct. La moitié des personnes interrogées déclaraient ne pas avoir reçu de consignes précises concernant les tâches à réaliser lors de la première intervention auprès d'un bénéficiaire. Or le manque d'encadrement n'apparaît paradoxalement pas comme étant un aspect négatif du métier (seules 7 % des intervenantes le mentionnaient, loin derrière la mauvaise rémunération ou le manque de valorisation du métier). Enfin, la professionnalisation et la formation des encadrants pourrait découler de l'ouverture au marché lucratif en 2005 : le contexte concurrentiel qui a découlé de cette ouverture aurait entraîné la nécessité de professionnaliser également les managers en les dotant de logiciels, de labels qualité... (Avril, 2014).

Les premières observations suite aux phases 1, 2 et 3 du programme permettent par ailleurs de mettre en lumière l'importante place accordée au développement personnel et à la « transformation individuelle » nécessaire au changement organisationnel. Cela passe prioritairement par la « transformation » du dirigeant, posée comme préalable dans toutes les approches à la diffusion d'une « nouvelle culture » au sein de la structure. Mais encadrants et intervenantes sont également invités à se « transformer » individuellement notamment grâce aux techniques de développement personnel apportées lors des formations (très présentes dans l'approche Montessori, Buurtzorg et Approche Plurielle, moins dans les approches

Lean Management et MQVT). Le postulat que le travail est un nécessaire lieu d'épanouissement est largement répandu, les formations visent donc à « libérer » les individus et les structures de leurs anciennes organisations, sans toutefois questionner les conditions sociales d'accès à ce « bonheur au travail » (Baudelot et Gollac, 2002) et dans un processus d'individualisation des situations de travail (Linhart, 2015).

Enfin, les approches managériales proposent par ailleurs de recomposer les rôles des différentes strates hiérarchiques : le dirigeant devient « leader », dictant l'orientation stratégique de la structure ainsi que ses valeurs. L'encadrement intermédiaire passe de « manager » à « coach », censé soutenir les équipes de terrain qui endossent elles-mêmes des tâches traditionnellement dévolues aux encadrants : organisation des plannings, des remplacements, relations avec les bénéficiaires et leurs familles... Ces recompositions seront à apprécier à chaque niveau hiérarchique, avec une attention particulière aux encadrants intermédiaires « pris » entre les discours de revalorisation, la responsabilisation des intervenantes et les injonctions des dirigeants desquels émanent les processus de transformation de la structure.

En conclusion, l'entreprise de revalorisation symbolique des métiers de l'aide à domicile, fortement présente au sein du programme « I-Mano » et plus largement dans les discours des pouvoirs publics, rejoint la conceptualisation d'un nouveau secteur dit du « care ». La définition de Joan Tronto la plus communément admise désigne l'ensemble des activités orientées vers le soin à autrui (Tronto, 2009), dans une symbolique résolument positive de ces activités : le souci d'autrui étant source d'épanouissement, de sens au travail, d'utilité... Les services à la personne, certains services sociaux ou encore les soins infirmiers viendraient donc constituer ces métiers du « care ». Le collectif l'Humain d'Abord milite d'ailleurs pour la création d'un secteur du « prendre soin » parallèlement au secteur du « soin ». Pourtant, cette entreprise de revalorisation symbolique du métier d'aide à domicile, émanant plutôt des catégories socioprofessionnelles moyennes-supérieures, pourrait se confronter aux diverses incarnations du métier par les professionnelles de terrain : Christelle Avril a montré comment l'aspect « social » et relationnel du métier pouvait être rejeté par une partie des professionnelles désirant mettre à distance l'implication morale de la prise en charge des plus dépendants :

Or les femmes diplômées qui les encadrent considèrent que seul cet aspect relationnel pourrait permettre aux aides à domicile de donner du sens et de la valeur à leur travail. Il semble bien que ces aides à domicile développent et partagent une conception autonome de la définition de leur travail, contre un pôle diplômé des classes moyennes-supérieures (Avril, 2014 : 18).

Cette entreprise de revalorisation symbolique aura donc-t-elle prise sur ces professionnelles, en dehors de toute revalorisation salariale ou matérielle ? C'est l'un des enjeux de recherche de cette thèse.

## Références

- Avril C., Cartier M., Serre, D. (2010). *Enquêter sur le travail. Concepts, méthodes, récits*. Paris : La Découverte, collection Grands repères.
- Avril, C. (2014). *Les aides à domicile. Un autre monde populaire*. Paris : La Dispute, coll. « Corps, santé, société ».

- Arborio AM., (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Anthropos.
- Baillieul Y., Chaillot G., Benoteau I. (2013). « Les services à la personne davantage sollicités dans les zones rurales et âgées », Paris : *INSEE Première*, n° 1461.
- Baudelot C., Gollac M. (2003). *Travailler pour être heureux ? Le bonheur et le travail en France*. Paris : Fayard.
- Beaud S. et Weber F. (2010), *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, « Grands Repères/ Guides ».
- Becker H. (1985), *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris : Métailié.
- Billaud S., Trabut L., Weber F. (2014) *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*. Paris : Éditions Rue d'Ulm, « Sciences sociales ».
- Boltanski L. (1982). *Les cadres, la formation d'un groupe social*. Paris : Éd. de Minuit.
- \_\_\_\_\_ . Chiappello E. (1999). *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : Éd. de Minuit.
- Cabanas E., Illouz E. (2018). Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies. Paris : Premier Parallèle.
- Caradec V. (2008). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris : Armand Colin, coll. « 128 ».
- Cartier, M. (2005). « Perspectives sociologiques sur le travail dans les services : les apports de Hughes, Becker et Gold ». Paris : *Le Mouvement social*, n° 211, p. 37-49.
- Capunao, C. (2021). *Le maintien à domicile. Une histoire transversale (France, XIXe-XXIe s.)*. Paris : rue d'Ulm, coll. « sciences sociales »
- Cultiaux J., Leon X. (2019). « Les jeux du pouvoir dans l'entreprise libérée », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 27, no. 1, pp. 109-124.
- Ennuyer B. (2006). *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation*. Paris : Dunod.
- Ennuyer B. (2012). « Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. Quel bilan après la loi Borloo de 2005 ? », *Gérontologie et société*, vol. 35 / 142, no. 3, pp. 143-156.
- Gojard S., Gramain A., Weber F. (2003). *Charges de famille. Dépendance et parenté dans la France contemporaine*. Paris : La Découverte, « TAP / Enquêtes de terrain ».
- Grand A. (2016). « Du rapport Laroque à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement : cinquante-cinq ans de politique vieillesse en France », *Vie sociale*, n° 15, pp. 13-25.
- Guillemard A.M. (1980). *La vieillesse et l'État*, Paris : PUF.
- \_\_\_\_\_ . (2010). *Les défis du vieillissement*, Paris : Armand Colin.
- Kulanthavelu E., Thiérous L. (2018). *Les salariés des services à la personne : comment évoluent leurs conditions de travail et d'emploi ?* Dares analyses n° 38, août.

- Laloux F. (2014). *Reinventing organisations : vers des communautés de travail inspirées*, Paris : Diateino.
- Laroque P. (1962). *Politique de la vieillesse*. Paris, La documentation française (rééd. 2014, Paris, L'Harmattan, *Rapport Laroque*, préface d'Anne-Marie Guillemard, postface de Rolande Ruellan).
- Linhart, D. (2015). *La comédie humaine du travail. De la déshumanisation taylorienne à la sur humanisation managériale*, Toulouse : érès.
- Muller M. (2017). « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », DREES *Études et Résultats*, n° 1015.
- Offerlé M. (2017). *Patrons en France*. Paris : La Découverte, « Hors collection Sciences Humaines ».
- Ravaud JF., Martin C., Weber F. (2014). *Handicap et perte d'autonomie : des défis pour la recherche en sciences sociales*. Paris : Presses de l'EHESP
- Trabut L. (2011). *Nouveaux salariés, nouveaux modèles : le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes*, thèse de doctorat : sociologie, ENS/EHESS.
- Villette M. (1988). *L'homme qui croyait au management*, Paris : Seuil.
- Weber F. (2017). « Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016) : de la retraite à la dépendance », *Genèses*, vol. 106, no. 1, pp. 115-130.



Which place for Artificial Intelligence in the concept of “the nursing home of the future”? Intel@Care project in the region of Nouvelle Aquitaine in France<sup>111</sup>

Quelle place pour l'Intelligence Artificielle dans les EHPAD du futur ? Expérimentation Intel@Care en territoire Nouvelle Aquitaine

**Caroline GAYOT**<sup>112</sup>

Unité de Recherche Clinique et d'Innovation en Gériatrie (URCI), CHU de Limoges, 87042 Limoges, 2 Avenue Martin-Luther King, France  
Laboratoire Vie-Santé (Vieillesse Fragilité Prévention eSanté), Institut GEIST 87000 Limoges, Université de Limoges, France  
Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillesse, CHU de Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique

<https://orcid.org/0000-0001-7716-3017>

[caroline.gayot@chu-limoges.fr](mailto:caroline.gayot@chu-limoges.fr)

**Johann RIBET**<sup>113</sup>

Unité de Recherche Clinique et d'Innovation en Gériatrie (URCI), CHU de Limoges, 87042 Limoges, 2 Avenue Martin-Luther King, France

[johann.ribet@chu-limoges.fr](mailto:johann.ribet@chu-limoges.fr)

**Justine TRIMOUILLAS**<sup>114</sup>

Unité de Recherche Clinique et d'Innovation en Gériatrie (URCI), CHU de Limoges, 87042 Limoges, 2 Avenue Martin-Luther King, France  
Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du

---

<sup>111</sup> Also part of this research methodology article.

**Noëlle CARDINAUD** (MD)<sup>1,2,3</sup> ; **Cécile LAUBARIE-MOURET** (MD)<sup>1,3</sup> ; **Delphine MARCHESSEAU** (MD)<sup>1,3</sup> ; **Marie-Pierre JANALHIAC**<sup>1,4</sup> ; **Pierre MERIGAUD**<sup>4</sup> ; **Eric CHABUT** (MD)<sup>5</sup> ; **Maxime VIDAL** (MD)<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Laboratoire Vie-Santé (Vieillesse Fragilité Prévention eSanté), Institut GEIST 87000 Limoges, Université de Limoges, France

<sup>2</sup> Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillesse, CHU de Limoges, Pôle HU Gériatrie Clinique

<sup>3</sup> Service de Médecine Interne, CHU de Limoges, 87042 Limoges, 2 Avenue Martin-Luther King, France

<sup>4</sup> Autonom'lab, Living'lab innovation en santé et autonomie, 87280 Limoges, France

<sup>5</sup> CCAS Limoges, EHPAD Le Roussillon, 2 Allée Xavier Bichat, 87000 Limoges, France

<sup>6</sup> EHPAD Les Bayles, Avenue du Stade, 87170 Isle, France

<sup>112</sup> PhD Student

<sup>113</sup> MSc

<sup>114</sup> MSc

Vieillessement, CHU de Limoges, Pôle HU Gérontologie  
Clinique

[justine.trimouillas@chu-limoges.fr](mailto:justine.trimouillas@chu-limoges.fr)

**Ludovic MICALLEF<sup>115</sup>**

Unité de Recherche Clinique et d'Innovation en  
Gérontologie (URCI), CHU de Limoges, 87042 Limoges, 2  
Avenue Martin-Luther King, France  
Laboratoire Vie-Santé (Vieillessement Fragilité Prévention  
eSanté), Institut GEIST 87000 Limoges, Université de  
Limoges, France

<https://orcid.org/0000-0002-9422-0084>

[ludovic.micallef@chu-limoges.fr](mailto:ludovic.micallef@chu-limoges.fr)

**Achille TCHALLA<sup>116</sup>**

Unité de Recherche Clinique et d'Innovation en  
Gérontologie (URCI), CHU de Limoges, 87042 Limoges, 2  
Avenue Martin-Luther King, France  
Laboratoire Vie-Santé (Vieillessement Fragilité Prévention  
eSanté), Institut GEIST 87000 Limoges, Université de  
Limoges, France  
Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du  
Vieillessement, CHU de Limoges, Pôle HU Gérontologie  
Clinique  
Service de Médecine Interne, CHU de Limoges, 87042  
Limoges, 2 Avenue Martin-Luther King, France

<https://orcid.org/0000-0003-3457-5219>

[achille.tchalla@unilim.fr](mailto:achille.tchalla@unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4229>

DOI : 10.25965/trahs.4229

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Abstract:** While the needs of dependent seniors needs are important in Nursing Home (NH), the medical resources are low in residences located in a medical desert. Access to care in these NH is very unequal and can result in a loss of chance for residents who are immediately transferred to emergency with a risk of iatrogeny or inappropriate hospitalization. *Objective:* We aim to find new models of care organization to optimize management of elderly in NH thanks to new technologies Artificial Intelligence (AI) associated to telemedicine. *Method:* Intel@Care is a 3 steps program planned over 5 years : 1- faisability study : Intel@Med-Faisa (2019-2020); 2- proof of concept : Intel@Med-POC with socio-environmental study (2020-2022); 3- efficiency study with medico-economic assessment Intel@Med-Efficiency (2022-2024). *Results:* Intel@Med-Faisa : 18 residents were included in 2 NHs; 20 additional diagnoses were created to adapt the Artificial Intelligence algorithm to the clinical characteristics of the elderly. Intel@Med-POC: (study in progress): 306 residents to be included to validate development of evidence-based decision tool to

---

<sup>115</sup> PhD

<sup>116</sup> MD, PhD

help physician to make decisions to manage healthcare interventions, verify the acceptability of the new care organization. A medico-economic study is also conducted. *Perspectives* : This program aims to secure the use of this tool by professionals and to identify the obstacles and levers about use, perception and find an economic model for the deployment on the territory. In parallel, a clinical research will be conducted in order to adapt this organization to elderly people living at home in medical desert areas.

Keywords: Artificial Intelligence, older people, telecare, healthcare circuit, silver economy, medical desert

Résumé : Le vieillissement de la population s'accompagne de la problématique des pathologies chroniques et de la dépendance parfois lourde, imposant une admission en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). En raison d'une démographie médicale hétérogène, l'accès aux soins dans ces établissements est très inégalitaire au niveau national et surtout en Limousin et en Dordogne. L'arrivée de l'Intelligence Artificielle (IA) peut être une vraie opportunité pour trouver de nouveaux modèles d'organisation de soins pouvant pallier à la désertification médicale. *Méthodologie* : Nous avons construit un projet de validation en trois étapes. 1- La faisabilité (2019-2020) : réalisée localement dans deux EHPAD ; 2- La preuve de concept (2020-2022): réalisée dans 7 EHPAD localisés dans des déserts médicaux de la Nouvelle Aquitaine avec une étude socio-environnementale adossée; 3- L'efficacité avec une approche médico-économique et le déploiement (2022-2024) : projet qui sera mené sur le territoire européen. *Résultats* : Intel@Med-Faisa : 18 résidents inclus, création de 20 diagnostics supplémentaires pour adapter l'algorithme d'IA aux caractéristiques cliniques des personnes âgées. Intel@Med-POC : Etude en cours, 306 résidents à inclure pour valider l'outil d'aide à la décision et vérifier l'acceptabilité de la nouvelle organisation de soins. *Retombées* : Le projet Intel@Care est une expérimentation utilisant l'IA, pour répondre à la problématique d'accès aux soins des personnes âgées vivant en zone de désertification médicale sur le territoire en impliquant tous les acteurs du secteur médico-social. Le programme Intel@Care inclus également une expérimentation auprès des personnes âgées vivant à domicile dans les déserts médicaux afin d'adapter une organisation spécifique.

Mots clés : Intelligence Artificielle, parcours de soins, personnes âgées, télésanté, silver économie, désert médical



## Introduction

The 2018 French population census counted 67.187 million persons including 19.6% aged 65 and older. Until 2040, the proportion of people aged 65 and over will strongly increase : about one in four people will be aged 65 or over (I.N.S.E.E, 2018). Today, almost 600 000 elderly people are living in nursing homes (NH). According to DRESS projections, 108 000 additional elderly people should live in nursing homes (NH) by 2030 and 211 000 more between 2030 and 2050 (D.R.E.S.S., 2020).

The increase in life expectancy implies an increase in the prevalence of chronic diseases. In France in 2016, from the age of 65 to 84, the simultaneous presence of at least 2 chronic diseases is 12.71% whereas it is 20.33% for people over 85 years (Assurance-Maladie, 2018). In addition to the risks associated with polypathology, there are also those associated with polypharmacy : 30% to 40% of people aged 75 or more take at least 10 different medications per day (Le Cossec, 2015).

Older patients have higher rate of hospitalization : 1/3 of those hospitalized in France in 2018 involved older adults more than 65 years old (including 12% who were 80 years or older) (A.T.I.H., 2018). Hospitalization for vulnerable population is harmful. It is associated with iatrogenic disorders and often results in physical and cognitive declines, frailty that requires more resources (excess health costs) (Helvik, 2013 ; Zisberg, 2015). In some geographic areas, the low density of general practitioners creates inequities in access to primary care, particularly for older adults. According to DREES study (February 2020), geographic accessibility to general practitioners decreased by 3.3% between 2015 and 2018 due to a growing mismatch between supply and demand for care. As a result, older adults may be admitted to the emergency department when this could have been avoided if patients had timely access to primary care (Ansari, 2006).

Incidence of loss of independence related to hospitalization for senior aged 70 years and over is of 30 to 60% (Covinsky, 2011 ; Gill, 2010) and could be available 80% of cases (Sourdet, 2015). Taking care of the elderly who are losing their functional autonomy will be a major challenge in the upcoming years, both for public health authorities and for clinical communities health professionals. The “*Région Nouvelle Aquitaine*” will not be spared by this progression.

New technologies may be a real opportunity to implement new models of care organization for the elderly. Firstly, telemedicine has become a tool for medical care. It is now integrated into healthcare systems. Its effectiveness has been demonstrated in the monitoring of chronic diseases: obesity (Batsis, 2017), cardiovascular diseases (Krishnaswami, 2020) and renal pathologies, cancer monitoring, etc... It also helps to reduce the number of hospitalizations (Grabowski, 2014) due to decompensation of these pathologies through preventive care.

Secondly, Artificial Intelligence (AI) is a very promising technology. Numerous algorithms have been developed for the follow-up of chronic pathologies such as diabetes, cancer follow-up, hospital discharge, etc.

Intel@Care's goal is to combine AI with TML to enable remote health management for seniors. To achieve it, we develop a clinical research pipeline named Intel@Care to implement a new organization of care for the elderly based on telemedicine and a medical decision support tool (AI) in areas with low medical density.

This project is open to all elderly people living at home or in nursing home. However, initially, we plan to study nursing home residents because this population is particularly vulnerable because of dependence, neuro-cognitive disorders, polypathologies and polymedication, and frequently hospitalized. Secondly, it

seemed easier to propose this organization in nursing home because of the presence of health professionals. A research pipeline was designed to move forward step by step in order to secure future deployment in this area :

1. Faisability study: Intel@Med-Faisa
2. Proof of concept study: Intel@Med-POC
3. Efficiency study: Intel@Med-Efficiency

## I- Methods

### Digital technologies workpackage (Telemedicine and AI):

*Telemedicine solution:* telemedicine, defined as synchronous or asynchronous consultation using technology to deliver care at a distance (Parker, 2018) has become a lifeline for older adults to maintain access to essential primary health care and social services as well as chronic disease management (Gray, 2020). Following a call for projects launched by the Regional Health Agency (ARS) in 2018 to support the deployment of the TLM, all Nouvelle Aquitaine's Nursing Homes are equipped. The solution chosen is the one common to the nursing homes selected in the Creuse, Corrèze and Dordogne territories. The tool is a communicating e-health platform. It combines a shared medical file with a liaison book to integrate the person in his or her care pathway and associate all the actors (health professionals, social workers and family). In addition, it has developed a telemedicine module from which it is possible to carry out a teleconsultation from a computer, a tablet or a smartphone while having access to the patient's file. The doctor can write and save a report to which only authorized professionals will have access.

*AI solution:* The medical decision support chosen is an artificial intelligence system validated in the general population with an accuracy rate of over 85%. It has been developed through 4 modules, encompassing Emergency medicine, General medicine, Prevention and Well-being.

AI is created on an encyclopedia containing 5300 detailed articles explaining symptoms, diseases, further examinations and treatments. It is currently used for triage in hospitals and as well as for prevention within the insurance sector.

The algorithm is able to evaluate the characteristics and severity of clinical symptoms according to the clinical classification of emergencies (CCMU) (Fourestié, 1994). This classification is used in French emergency departments and includes 5 stages of increasing severity: level 1: No immediate severity; level 2: Spontaneous regression, level 3: Regression after symptomatic treatment; level 4 : Hospitalization > 24 h without vital risk and level 5 : Vital risk or death.

Then, the algorithm is able to make diagnosis proposals.

### Innovative care organization workpackage:

Intel@Care offers a new way of organizing health care. Whenever a resident has a medical event that requires an AI, the nurse completes the AI assessment and sends the report to the remote physician. For the experiment, the remote physician is a geriatrician to lock in the AI algorithm specifically for the elderly. But at the end of the experiment, the remote physician will be the resident's own general practitioner.

The proposed new organization consists in managing the health of the residents thanks to the nurses who are the sentinels to detect health problems and transmit

the necessary elements to the remote general practitioner. Thanks to the AI report, he can assess the seriousness of the health event. Thus, from his office or from the place where he is (if he is consulting at home), he can either ask the transfer of the resident directly to the emergency service; or thanks to the TLM device, ask the nurse to transmit additional information (heartbeat recording, electrocardiogram tracing, pictures...) and order the appropriate medication or ask for a consultation with a specialist; or finally, indicate that he will carry out a face-to-face consultation within 24 to 48 hours.

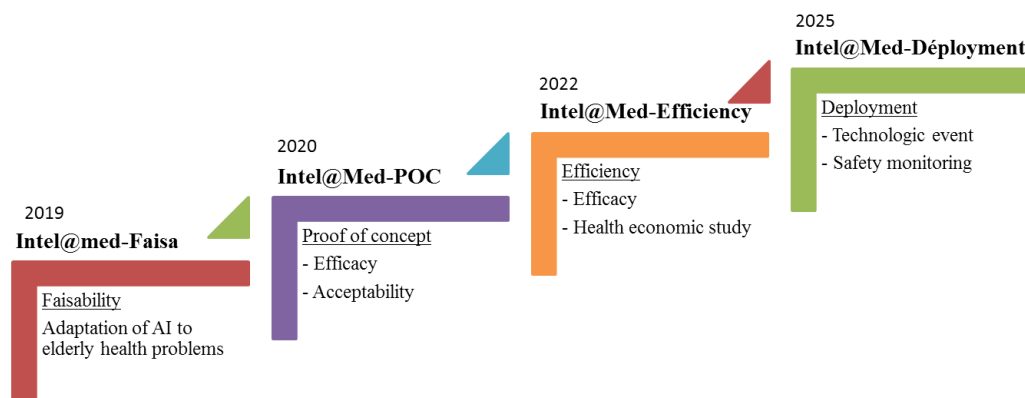
## Study design workpackage

Intel@Care research project is performed into 3 different trials according to European clinical research regulations.

Intel@Med-Faisa study is a non-interventional research protocol. MEDVIR was developed by an emergency physician to address the problem of triage of patients (from baby to elderly) admitted to the emergency department. The main goal is to improve AI software algorithms so that they are specifically adapted to the health problems of the elderly. The secondary objectives are to evaluate the severity diagnosis proposed by the AI solution compared to the medical diagnosis performed remotely by the geriatrician and to analyze the perception and appreciation of the AI tool by the users. It is conducted into 2 nursing homes located just near CHU of Limoges. Any residents presenting a health problem that requires the call of his/her attending physician were included prospectively from December 2019 to June 2020. 18 residents were included; 20 additional diagnoses created to adapt the AI algorithm to the clinical characteristics of the elderly and severity classification has been adapted to the geriatrics hospitalization criteria in geriatric department. Publication of the study results is in press.

Intel@Med-POC (Acceptability Assessment of an "Organization of Care Integrating Artificial Intelligence and a Solution of Telemedicine" on Care of the Nursing Home Residents Located in a Medical Desert) is a protocol for interventional research involving the human being (category 2). The ongoing study is a single arm pilot study of feasibility, prospective and multi-centered. 308 residents from the seven nursing homes selected in medical desert location in Nouvelle-Aquitaine Region presenting a health problem that requires the call of his/her attending physician were included from March 2021 to September 2022. The main objective is to measure the accuracy of the IA diagnosis by calculating the sensitivity and specificity of diagnostic for acute disease and emergency for both distant medical doctor and usual care recommendations. At the same time, a socio-environmental study will be conducted as a mixed qualitative/quantitative methodology including observations for professionals, focus groups, semi-structured interviews with nursing home residents and professionals.

Figure 1: AI pipeline research from 2019 to 2025



Source: made by the authors

Intel@Med-Efficiency study will be a protocol for interventional research involving the human being (category 1). It will be a randomized trial of AI-TLM versus usual care for a high level of evidence. A health economic study will be performed to collect health care costing (hospitalization, and resident's quality of life). The protocol is not yet written but will be conducted in European countries in 2023.

## II- Discussion

The Intel@Care pipeline research project will give the opportunity to primary practitioner to manage his/her territory. Before imaging the deployment on the territory, it is necessary to secure this new health organization on the validation of the diagnostic relevance of AI, the use of this tool by professionals, identifying the challenges (use; perception; legal, ethical and financial aspects). Each step must be secured before proceeding to the next step.

Intel@Med-Faisa allowed us to verify the feasibility of setting up such an organization in a nursing home. Intel@Med-POC will provide proof the reliability of the diagnosis of this organization as well as the tools for the appropriation of technologies by professionals. Intel@Med-Efficiency will provide a high level of proof of the effectiveness of this organization and will also conclude on the best economic model to remunerate the different actors (French public health system).

This new organization relies on the nurse who is becoming more competent thanks to the AI and allows the general practitioner to come over the nursing home only when necessary. He can manage his own patients more efficiently over a vast territory because thanks to the nursing home professionals add to new technologies. He will prioritize his interventions and refocus on his private practice outside the nursing home.

Intel@Care study could be an answer to the disruption of the care pathway for seniors living in nursing homes or at home in a low medical density area. Future nursing homes could be local referral centers for senior care.

We plan to deploy this new care organization to the elderly in their homes. In this context, the organization will rely on local care professionals: nurses, pharmacists, ambulance drivers.

## References

- A.T.I.H. (2018). « Sythèse Analyse hospitalière 2018 »
- Ansari, Z. (2006). «Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions»; *Med Care Res Rev*, 63, 719-41
- Assurance-Maladie. (2018). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses »
- Batsis, J. A. (2017). « Telemedicine and primary care obesity management in rural areas - innovative approach for older adults? » ; *BMC Geriatr*, 17, 6.
- Covinsky, K. E. (2011). «Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure"» ; *Jama*, 306, 1782-93
- D.R.E.S.S. (2020). « Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA) » ; 1172
- Fourestié, V. (1994). « Classification clinique des malades des urgences : Définition et reproductibilité: Association Pour La Recherche Aux Urgences » ; *Réanimation Urgences*, 3, 573-578.
- Gill, T. M. (2010). «Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons»; *Jama*, 304, 1919-28
- Grabowski, D. C. (2014). «Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare» ; *Health Aff (Millwood)*, 33, 244-50
- Gray, D. M. (2020). «Strategies for digital care of vulnerable patients in a COVID-19 world—keeping in touch» ; *JAMA Health Forum*, 1, e200734
- Helvik, A. S. (2013). «Functional decline in older adults one year after hospitalization» ; *Arch Gerontol Geriatr*, 57, 305-10
- I.N.S.E.E. (2018). « Insee Références »
- Krishnaswami, A. (2020). «Gerotechnology for Older Adults With Cardiovascular Diseases: JACC State-of-the-Art Review» ; *J Am Coll Cardiol*, 76, 2650-2670
- Le Cossec, C. (2015). « La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés » ; *Les rapports de l'IRDES*, 562, 1-72
- Parker, S. (2018). « Electronic, mobile and telehealth tools for vulnerable patients with chronic disease: a systematic review and realist synthesis » ; *BMJ Open*, 8, e019192
- Sourdet, S. (2015). «Preventable Iatrogenic Disability in Elderly Patients During Hospitalization» ; *J Am Med Dir Assoc*, 16, 674-81
- Zisberg, A. (2015). «Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors»; *J Am Geriatr Soc*, 63, 55-62



## L'animation en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes : un enjeu complexe de socialisation

Animation in residential facilities for dependent  
elderly people: a complex issue of socialization

**Pascale BELONI**

Docteur en Sciences biologiques et santé. IRD, U1094  
Neuroépidémiologie Tropicale, Institut d'Epidémiologie et  
de Neurologie Tropicale, GEIST, Limoges, France.

INSERM, Univ. Limoges  
CHU Limoges, France

<https://orcid.org/000-0001-6421-2182>

[pascale.beloni@unilim.fr](mailto:pascale.beloni@unilim.fr)

**Hélène HOARAU**

Laboratoires CeDS-EA7440 et EMOS, INSERM U1219,  
Bordeaux, France.

Ethnologue et Anthropologue de la santé  
Université de Bordeaux  
URISH CHU de Bordeaux, France

<https://orcid.org/0000-0003-3904-3852>

[helene.hoarau@chu-bordeaux.fr](mailto:helene.hoarau@chu-bordeaux.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4182>

DOI : 10.25965/trahs.4182

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les animations occupent une place importante dans le projet de vie des résidents, les maintenant dans une « vie sociale » au travers d'une nouvelle sorte de socialisation. Outre le fait de « passer le temps », les animations permettent de répéter des gestes et de raviver les activités du passé. D'ailleurs, des études menées auprès des personnes âgées vivant en institutions concluent sur l'intérêt de la poursuite de la socialisation relevée en termes de participation sociale, pour maintenir aussi leur santé (Cho et al., 2010 ; Park et al., 2012 ; Shaw et al., 2016 ; Amiri et al., 2017). Mais ces activités contribuent-elles réellement à la poursuite du processus de socialisation ? Notre étude menée auprès de 57 résidents, professionnels de santé et familles a permis d'explorer la participation aux animations et d'en chercher le sens pour les âgés eux-mêmes (Beloni, 2019). Ainsi, les activités pensées par la structure ne répondent pas toujours à des besoins en termes de socialisation. Elles permettent, pour la plupart, un entraînement au maintien des acquis et parfois sont vécues comme une forme d'infantilisation. De plus, l'indicateur d'assiduité aux activités, pour mesurer le niveau d'intégration dans la structure n'est pas fiable. Cependant, en s'engageant dans les activités, le sujet âgé fonde son appartenance à la structure, une forme d'adhésion en somme. Ainsi,

L'animation - dans sa dimension de soin dans ces lieux de vie est à requestionner en intégrant une dimension « socialisante ».

Mots clés : personne âgée, EHPAD, animation, socialisation, utilité sociale

**Abstract:** In home for the elderly people (EHPAD), activities play an important role in the residents' life project, keeping them in a "social life" through a new kind of socialization. In addition to "passing the time", activities allow repeating gestures and reviving past activities. Moreover, studies of institutionalized older adults conclude that the continuation of socialization noted in terms of social participation is beneficial to maintaining their health as well (Cho et al., 2010 ; Park et al., 2012 ; Shaw et al., 2016 ; Amiri et al., 2017). But do these activities contribute to the continuation of the socialization process ? Our study conducted with 57 residents, health professionals, and families explored participation in the activities and sought the meaning for the elderly themselves (Beloni, 2019). Thus, the activities designed by the structure do not always meet needs in terms of socialization. For the most part, they allow for training in the maintenance of skills and are sometimes experienced as a form of infantilization. Moreover, the indicator of attendance at activities, to measure the level of integration in the structure, is not reliable. However, by taking part in the activities, the elderly person establishes his or her belonging to the structure, a form of membership in short. Thus, in these places of life, animation - in its care dimension - is to be reconsidered by integrating a "socializing" dimension.

**Keywords:** elderly people, EHPAD, animation, socialization, social utility

## Introduction

Les pays industrialisés connaissent une évolution démographique telle que les secteurs de la santé sont et seront de plus en plus concernés par la prise en charge croissante des personnes âgées. En France, selon le ministère des Solidarités et de la Santé, les personnes âgées de 60 ans et plus sont au nombre de 15 millions aujourd'hui (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018). Elles seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. La plupart de ces personnes âgées vieillissent dans de bonnes conditions d'autonomie ; seuls 8 % des plus de 60 ans sont dépendants et 1 personne de plus de 85 ans sur 5 (20 %).

De plus, compte tenu des habitudes de prise en charge de la perte d'autonomie dans notre pays, ce sont 108 000 seniors qui seraient attendus en structure d'hébergement d'ici 2030 et 211 000 de plus entre 2030 et 2050 (Miron de l'Espinay et Roy, 2020).

Ainsi, suite à un incident de parcours, une augmentation de la dépendance, de l'isolement et parfois l'aide de tiers, l'entrée en institution est souvent prescrite (même si l'accord de la personne est conditionné), lorsque toutes les solutions d'aides à domicile ont été explorées ou suite à une hospitalisation lorsque ses conséquences ne permettent plus un maintien à domicile. En effet, comme le précise Isabelle Mallon (2005) : « L'institution est alors fréquemment une solution imposée à la personne âgée, par les réseaux d'assistance sociale, par le corps médical, ou encore, de manière plus ou moins brutale, par sa famille ».

Cette nouvelle situation impose à la personne âgée en un temps très court de renoncer à son logement pour se retrouver plus en sécurité ailleurs, renoncer à gérer ses affaires, à faire ce qu'elle aimait, renoncer à tout et venir requérir de l'aide. C'est une rupture souvent violente avec sa vie antérieure. Dans ce contexte, David Le Breton emploie le terme de dépouillement lors de l'entrée en institution :

Dépouillement qui peut devenir absolu et qui pousse certaines personnes âgées en institution à collectionner des pierres ou des chiffons, à garder un réveil ou une photo, ayant seul survécu au naufrage et qui demeure signe unique d'une existence passée (Le Breton, 2011 : 148).

Dans ce contexte d'institutionnalisation, regroupant des personnes d'un même âge, l'identité sociale du sujet âgé, identité sociale qui se construit dans le cadre du processus de socialisation dès la naissance, peut être mise à mal (Mucchielli, 2013) et cela va impacter sa santé : santé dans le sens de la maîtrise de soi, maîtrise de sa vie, poursuite des activités ou encore maintien de son rôle social (Herzlich, 2019). Avec l'âge, une dépendance devient également présente, souvent réelle (aide pour s'habiller, pour se laver, pour se nourrir...), et la personne âgée ne peut se passer de cette aide : « Vieillesse, dépendance, on la prend comme c'est [...] » (PA-01-EHPAD6)<sup>117</sup>. Par ailleurs, la structure d'hébergement accueillant le sujet âgé se

---

117 Les verbatim utilisés dans ce texte sont issus d'une étude qualitative menée dans le cadre d'un travail de thèse sous la forme d'entretiens de type semi-directif. Deux terrains d'enquête ont été sélectionnés : le Limousin et l'île de La Réunion. L'enquête a été réalisée dans 10 EHPAD. Au total 57 entretiens semi-directifs ont été réalisés. Les entretiens ont été anonymisés à l'aide d'un code alphanumérique : population enquêtée/numéro de l'entretien/numéro de la structure. Il s'est agi ensuite de lire et relire, pour s'imprégner du texte (Beloni, 2019). Quelques verbatim émanant du travail princeps du chercheur ont été utilisés et référencés (Beloni, 2007). Voir encart Méthodologie.



présente tel un microcosme, une mini société soumise à des règles communes qui reposent sur des valeurs partagées. Pour favoriser son intégration, il est préférable que l'individu y séjournant, intègre un minimum de « conscience collective » et se conforme à des règles d'organisation de la vie en collectivité car il s'agit d'un bouleversement à plus d'un titre, le sujet âgé entre en institution avec sa propre culture qui peut être perçue comme une « culture importée » et qui va venir se « confronter » à la culture de l'institution. De surcroît, si jusqu'à présent, la personne âgée avait pu se préserver de l'image de la vieillesse, en peu de temps elle est confrontée aux difficultés de l'avancée en âge et son lot de dépendances. C'est pourquoi, les capacités d'adaptation des personnes âgées doivent être *performantes* pour arriver à trouver un équilibre, rester ce qu'elles sont, gages de leur position sociale, de la reconnaissance de leur identité sociale et culturelle.

En effet, l'organisation institutionnelle obéit à des règles communiquées lors de l'admission dans la structure devant être respectées par l'individu y séjournant tel qu'en apportent pour preuve les résidents. Mme P emploie le terme de « livre d'instructions » (Beloni, 2007) ce qui donne une connotation très militaire à ce règlement intérieur. Ces règles renvoient à la collectivité dans un souci de bon fonctionnement et de respect mutuel. Goffman parle « d'embrigadement » que l'on retrouve dans les institutions totalitaires où les individus vont être tenus de structurer leur temps à partir des horaires définis par ces dernières : horaires des repas, horaires pour les activités, horaires des aides proposées (Goffman, 2013).

Ainsi, les personnes âgées entrant en EHPAD se retrouvent déracinées de leur milieu de vie, dépendantes de la structure et de son personnel, entourées de nouveaux visages à apprivoiser : « C'est un lieu où il faut cohabiter et la cohabitation est quand même difficile et c'est une institution avec des règles et des horaires » (Animatrice-01-EHPAD5).

C'est pourquoi, nous pouvons considérer qu'en entrant en EHPAD les personnes âgées entrent dans un nouveau processus de socialisation. De fait, « la socialisation est [d'une part] l'histoire des désocialisations et des resocialisations successives qui délimitent les différents temps sociaux de la vie » (Mollo-Bouvier, 1991 : 292), ici le grand âge ; et, d'autre part, la socialisation est la construction d'un univers vécu à travers des appartenances à des collectifs, des groupes et la capacité de l'être humain à exister et à s'en distinguer (Dubar, 1991 ; Bolliet, Schmitt, 2002), ici le groupe des résidents d'EHPAD.

Pour faire vivre le groupe, ou plus simplement pour combler la solitude et/ou l'isolement des résidents, les structures d'hébergements s'organisent. C'est ainsi que des animations sont mises en place et font souvent partie intégrante du projet d'établissement/projet de vie. Les animations proposées occupent une place importante dans le quotidien des résidents. Elles ont pour objectif, de permettre au résident son maintien dans une dimension sociale, d'assurer son bien-être et son sentiment d'utilité sociale (Hervy, Vercauteren, 2013). Mais comment l'animation parvient-elle (ou non) à cet objectif, et plus exactement comment s'inscrit-elle dans le processus de socialisation de la personne âgée, dans une dimension soignante ?

## 1. Histoire de l'animation dans les structures d'hébergement

Les premières structures d'hébergement pour sujets âgés apparaissent en France à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle. A cette époque, le travail est une valeur fondamentale de subsistance qui concerne tous les âges ; de ce fait la participation des « vieillards » aux tâches quotidiennes est encouragée. Plus tard, un décret spécifique du 17 avril

1943 instaure ces activités dans les institutions en tant que travail dit « occupationnel » pour donner un sentiment d'utilité à la personne âgée. Il s'agit de jardinage, d'entretien du linge, de participation à la cuisine...

Le début des années 1960 voit apparaître un nouveau public : les retraités et les clubs de retraités ou club du troisième âge. Ils sont axés principalement autour de trois activités : les jeux de boules ou de cartes, le tricot et le goûter. En suivant, la circulaire du 18 novembre 1963 aborde le travail pour les sujets âgés sous un aspect thérapeutique pour leur donner la possibilité d'utiliser leurs capacités et de se sentir *utiles*. Le mot « animation » n'est pas encore utilisé au profit de celui d'occupation.

Les années 1970, quant à elles, proposent une offre plus large et se développent dans les structures d'hébergement : gymnastique douce, art floral et graphiques, voyage, tourisme... Puis dans les années 1980, le fonctionnement par projet s'instaure à partir des demandes et besoins des retraités. La notion de « qualité de vie » apparaît en établissant un lien entre l'animation et le bien-être de chaque individu.

Puis, dans les années 1975/1980, on commence à parler d'animation en partant du postulat que les personnes âgées dans les « hospices » s'ennuient. Les activités proposées dites « occupationnelles » et « thérapeutiques », sont gérées par des agents hospitaliers ou des aides-soignants nommés « ergothérapeutes ». Dès lors, on voit apparaître progressivement le thème de l'animation dans le projet d'établissement, avec l'émergence d'un profil d'activités en fonction de la population, devenant ainsi un support au maintien de l'autonomie à orientation thérapeutique ou préventif. En suivant, les années 1990 marquent un intérêt fort de la part des établissements pour lier animation et « qualité de vie » (Hervy, 2001 ; Hervy, Vercauteren, 2013).

À cette même période, et pour aller dans ce sens, l'article VI du nouveau texte de la Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante rédigé en 1997 intitulé : valorisation de l'activité, stipule que :

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités [...] Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée. L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée [...].

Pour finir, à l'été 2003, l'épisode de la canicule a placé le Grand Age au centre des préoccupations de la société et du gouvernement français. Ce contexte a mis encore plus en lumière un certain oubli des personnes âgées, leur vulnérabilité, la perte du lien social et leur isolement comme élément préjudiciable à leur santé et bien-être. Aussi, un élan nouveau s'est fait jour autour de la situation des personnes âgées et les attentes vis à vis des EHPAD en matière de prise en soins sont devenues de plus en plus importantes et exigeantes ; et l'animation n'échappe pas à ce regard scrutateur de la société.

## 2. L'organisation de l'animation dans les structures d'hébergement

Aujourd'hui, les structures destinées à accueillir les sujets âgés ont évolué. Elles se veulent plus adaptées, plus ouvertes sur l'extérieur avec des prestations de service

tenant parfois d'une conception hôtelière (entretien du linge, service de restauration, possibilités de sorties...). Pour le résident, c'est un lieu de vie et de visites des proches et un lieu de soins et d'accompagnement pour les professionnels de santé. Les années 2000-2010 voient l'expression de « vie sociale » émerger dans le secteur de la gérontologie avec notamment l'organisation de conseils de la vie sociale dans les institutions. Ces conseils regroupent des représentants des résidents (et de leur famille), des personnels et du conseil d'administration de la structure. Ces derniers sont principalement consultés sur le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement. Dans ce contexte, des animations sont organisées pour contribuer à l'adaptation et l'intégration de la personne âgée au sein de la structure. Les orientations de cette animation ont progressivement évolué vers l'insertion et la participation dans la société, le développement de rôles sociaux. Dans certains établissements, l'animation est encadrée par des personnels dédiés et spécifiquement formés.

La plupart du temps, les activités proposées aux résidents ont pour objectif de structurer le temps, de maintenir un lien social entre les individus, de recréer une forme de cadre familial. Souvent, les activités ne sont pas choisies en fonction des désirs des personnes : « Il y en a qui aiment les activités mais quand ça ne correspond pas à leurs attentes ils restent dans leur chambre ou ils trouvent une autre occupation » (EtErgo-02-EHPAD3). Appelées souvent occupationnelles, ces activités ne répondent pas toujours à des besoins en termes de socialisation. Elles permettent, pour la plupart, de passer le temps comme l'atelier scrabble, le jeu de belote, la lecture du journal, jeux de société. On peut y voir souvent un entraînement aux maintiens des acquis comme les ateliers cuisine, couture, le pliage du linge. Ici l'animation a une fonction « soin ». La répétition de gestes, d'habitudes ravive les rôles tenus auparavant par les personnes âgées : « Les habitudes sont ainsi des réassureurs identitaires. » (Mallon, 2005). On peut aussi repérer une fonction thérapeutique comme l'entraînement de la mémoire : « Puis il y a des choses qui me sont utiles. Par exemple hier la mémoire, c'est utile ça... » (PA-05-EHPAD2) ; « Ensuite on fait travailler la mémoire, on nous demande quelle est la capitale de l'Angleterre » (PA-02-EHPAD6).

Ces activités ont pour objectif par exemple d'essayer de retarder l'évolution d'une pathologie. Ces ateliers mémoire n'ont alors pas de fonction strictement socialisante. En outre, ces activités peuvent, parfois, placer l'individu en difficulté. En effet, le chercheur a pu observer un atelier où, pour entraîner la mémoire des résidents, on leur demandait de réciter les tables de multiplication. Certaines personnes, n'ayant pas été scolarisées, peuvent être d'une part, mises en échec (en raison de leur incapacité à suivre une animation) et, d'autre part, s'isoler du groupe des résidents. De fait, la structure d'hébergement tend à gommer les différences sociales préexistantes à l'entrée en EHPAD ; or, les animations peuvent faire ressurgir des clivages sociaux (réels ou non) pour le résident et nuire au processus de socialisation au groupe. Ainsi, la capacité à suivre une animation est indispensable à évaluer pour ne pas mettre la personne âgée en difficulté.

Généralement, les animations se répartissent entre les activités en dehors de la structure comme des visites d'entreprises, de marchés, des sorties au cinéma, au restaurant, aller à l'église ou dans la structure comme des spectacles de musique, repas pour des anniversaires, animations avec des animaux, projections de films. Pour compléter, dans certaines structures d'hébergement, des rencontres sont organisées pour créer du lien dans le cadre de la communication intergénérationnelle et mettre en exergue l'importance de la transmission des savoirs et savoir-faire entre les générations pour faire perdurer la mémoire collective. Par exemple, à partir de la transmission de leur expérience vécue

(souvenirs d'enfance ou de période de guerre...), des personnes âgées abordent leur passé auprès d'enfants pour leur permettre de mieux intégrer le présent et de se projeter dans l'avenir. D'autres structures sont jumelées avec des écoles, des haltes garderies, des crèches. Ce type d'animation permettrait à la personne âgée de se sentir *utile*, investie d'une fonction sociale, d'une position au sein de la structure et, plus largement, au sein de la société.

Or, selon Goffman (2013), participer à une activité c'est s'identifier à la structure, adhérer à ses lois, au message qu'elle cherche à transmettre, c'est « faire corps avec ». L'individu y fonde ainsi son appartenance, il se positionne comme être particulier dans un lieu particulier, une forme d'adhésion en somme. Aussi, lorsqu'il se positionne en retrait de ces activités, il cautionne en somme un refus à une forme d'identification.

### 3. La participation aux animations

La participation des résidents aux activités proposées par les structures d'hébergement est très hétéroclite, leur vécu très variable. Certains participent avec plaisir : « Toutes ! Tous les après-midis, que ça plaise que ça plaise pas, moi ça me plaît ! » (PA-05-EHPAD2) ; « Alors dans les activités, je suis au maximum » (PA-07-EHPAD3) ; « Oui le matin on prend un petit café et l'après-midi je descends. Sauf quand on a des sorties j'y vais » (PA-04-EHPAD5).

Ces activités semblent permettre de combler les journées d'un possible ennui : « Alors quand je suis arrivée ce qui m'a surpris c'est qu'ils ont un emploi du temps en fait, toutes les semaines, pour ceux qui souhaitent y aller ils ne peuvent pas s'ennuyer » (EtErgo-02-EHPAD3). En effet, Reinhardt constate qu'il semble que « la personne âgée n'a pas le droit de s'ennuyer en maison de retraite. Des activités, des ateliers, des animations sont prévus » (Bouisson, Reinhardt, 2000 : 167). D'ailleurs, l'emploi du temps peut être vu comme très complet voire astreignant et demandant une certaine discipline. Et certaines personnes âgées sont très disciplinées... « Moi j'obéis à ce qu'on me demande comme deviner certaines choses, parler des départements, pas de la politique car c'est sale » (PA-03-EHPAD5). Cependant, certaines personnes âgées vivent comme une injonction de la part des soignants, leur participation aux activités : « Oh je n'aime pas trop ! J'ai voulu y aller une fois, on a insisté pour que je joue à la belote » (PA-12-EHPAD7), ou en termes d'obligation : « Je m'efforce, je m'efforce » (PA-03-EHPAD5) pour peut-être faire plaisir. Une résidente n'apprécie guère ce type d'animation mais elle se force à y aller : « Mais c'est difficile car quand on organise quelque chose pour nous j'y assiste, il faut y aller ça les fait travailler aussi » (Beloni, 2007).

De fait, les freins à la participation sont le plus souvent en lien avec le type d'activités proposées. Ainsi, certains résidents peuvent assimiler des activités à une forme d'infantilisation comme lorsqu'on leur propose des séances de coloriage : « On fait comme les petits. Je dis à l'animatrice « moi je suis la petite » ! On dessine, on nous fait choisir les couleurs » (PA-01-EHPAD6). Pour d'autres, leur non-participation s'explique par des problèmes relationnels : « J'aime bien jouer à la belote avec ma petite fille, mais là ça n'a pas réussi, il y avait un homme qui ne savait pas jouer et puis qui rouspétait alors bon j'ai abandonné » (PA-12-EHPAD7). D'autres encore motivent leur non ou faible participation par des problèmes de santé : « Alors je fais ça, si il y a tout ce qui est chanson, j'écouterai la Traviata mais avec mes oreilles je n'entends pas, j'entends du bruit... » (PA-07-EHPAD3)

Lorsque les résidents ne souhaitent pas participer aux activités, ils se replient parfois « chez eux » (dans leur chambre) comme si, dans ce lieu, ils étaient protégés

du reste de la collectivité. Une personne âgée confirme ce point : « Il faut essayer de se créer une vie personnelle. Voyez-vous moi je m’amuse à découper des proverbes que l’on récupère sur les petits journaux où on nous donne nos menus » (PA-07-EHPAD3). On peut dire que la solitude est parfois appréciée, c’est le cas de cette résidente : « Oui je suis sauvage moi, je respecte les gens, je ne répète pas mais je suis seule. Je suis bien là, je suis sauvage, je ne cherche pas à communiquer » (PA-10-EHPAD-9). Elle ne participe jamais à la vie de la structure mais s’y trouve très bien.

En outre, l’absence objective de participation aux activités ne semble pas corrélée au sentiment d’ennui : « J’étais habituée à beaucoup cuisiner alors me retrouver à rien faire c’était dur » (PA-04-EHPAD5), mais plutôt à un ennui lié au fait de se sentir dépossédé de leur vie d’avant. C’est d’ailleurs ce que souligne Kafoa et Roumilhac : « Quelques résidents très actifs verbalisent la nature de leur ennui : ils ne s’ennuient pas de ne rien faire, mais des êtres chers décédés, des enfants et de leur domicile » (2012 : 186-187). D’ailleurs, la famille, si elle est présente, est considérée comme vecteur de socialisation entre l’extérieur et l’intérieur par la capacité à créer du « lien utile ». Aussi, certains résidents peuvent tout à fait s’intégrer en dehors du cadre offert par les animations.

Enfin, il est important de noter que la personne âgée qui vient régulièrement aux activités est tenue pour sociable par le personnel, ouverte aux autres. Mais, sa participation peut être simplement à ce moment précis une stratégie « d’adaptation secondaire » comme le décrit Goffman (2013), qui n’est pas amenée à perdurer.

Pour finir, les vertus de l’animation ne se voient pas uniquement dans les performances accomplies par le résident : « Déjà eux nous voient différemment, parce qu’on n’est pas dans le soin, le regard est différent, on parle de leur vie, de plein de choses... » (AMP-FFAS-05-EHPAD2). Ainsi, la relation résident-soignant s’installe, propice à une mise en confiance et à déceler les attentes, voire les inquiétudes du résident pour mieux y répondre.

Plus spécifiquement, les soignants constatent les effets bénéfiques sur la relation soignant/soigné notamment lors des sorties extérieures : « On les voit dans un autre cadre, des fois ça peut surprendre car ils vont dire des choses qu’ils n’auraient peut-être pas dites dans l’EHPAD » (AS-02-EHPAD9).

Dans cette diversité de positions des résidents vis-à-vis des animations proposées, se pose la question de la place de ces activités dans le processus de socialisation.

#### 4. L’animation : un levier du processus de socialisation ?

Comme nous l’avons souligné précédemment, nous sommes le fruit de socialisations successives (Tanguy, 1993), le fruit d’une pluralité d’expériences (Lahire, 1998). Ce processus, qui perdure jusqu’à la fin de la vie, inclut une mise en relation dynamique entre individus ou groupes d’individus, comme on en observe en structures d’hébergement pour personnes âgées. Ici, la notion de rapports sociaux, comme la participation à des échanges (animations), joue sur les interactions sociales de l’individu tout au long de sa vie, dans lesquelles les changements d’âge impliquent des changements de rôle, de statut social continu. Plus particulièrement, en EHPAD, l’institutionnalisation offre un cadre au processus de socialisation des sujets âgés. Dans ce cadre en tension, contraint, les activités proposées par la structure d’hébergement devraient contribuer à la fois à la santé du résident (d’un point de vue médical) et à sa santé sociale. Aussi, la difficulté principale, à notre sens, réside dans les objectifs poursuivis par l’animation car une ambiguïté demeure entre des activités qualifiées d’occupationnelles, parfois vectrices de socialisation mais aussi

thérapeutiques relevant d'une problématique de santé, et ce à la croisée d'une prise en charge individuelle et collective (Hervy, Vercauteren, 2013). Cette ambiguïté invite à une réflexion sur l'intérêt et la place de ces activités à la croisée du soin et d'une organisation institutionnelle structurée comme nous avons pu le voir plus haut.

Dans ce contexte, Hervy propose deux approches de l'animation qui rejoignent nos constations : une qui relève directement des activités de loisirs, culturelles, sportives, manuelles, proposées dans le projet de vie de l'établissement, l'autre qui relève de la démarche d'aller aux animations. Dans ce dernier cas l'activité est secondaire, la participation semble plus importante que « le faire » (Hervy, 2001, 2003, 2008). C'est à dire, tenter de saisir l'animation dans le processus de socialisation comme émanant de la structure et des animateurs (soignant en action) et comme expérimentée par les résidents (personne âgée en action).

Premièrement, si l'on scrute la situation du côté des établissements, on observe qu'une offre variée d'activités proposées favorise la participation sociale des sujets âgés (Kemp et al., 2012 ; park et al., 2012 ; Thomas et al. 2013). En effet, des études menées sur des personnes âgées vivant en structures d'hébergement concluent sur l'intérêt de la poursuite de leur socialisation relevée en termes de participation sociale, pour maintenir leur santé (Cho et al., 2010 ; Shaw et al., 2016 ; Amiri et al., 2017 ; Park et al., 2012). Plusieurs définitions existent pour définir la participation sociale et un consensus est difficile à trouver. Plusieurs auteurs proposent de regrouper les définitions en quatre grandes familles : la réalisation des activités de la vie quotidienne, la participation sociale et les interactions sociales, l'intégration dans des réseaux sociaux, les activités à caractère sociale comme la participation à des associations (Gaudet, 2012 ; Levasseur et al, 2010).

Pour compléter, suite à une revue de la littérature, une étude a été menée auprès d'aînés et d'intervenants auprès du public âgé pour explorer le sujet de la participation des aînés, l'objectif était de la définir (Raymond et al, 2013). Il en est ressorti que la participation sociale était qualifiée comme une pratique permettant de voir du monde et développer des relations significatives, vivre des activités plaisantes en groupe, s'impliquer dans un projet collectif, aider et s'entraider, transmettre des savoirs, augmenter leur pouvoir dans les décisions qui les concernent.

On peut donc supposer qu'être socialisé en EHPAD, ce n'est pas forcément participer aux activités car c'est aussi la place que l'on se reconnaît dans la société ou ici dans la structure d'hébergement (Goffman, 2013). Aussi, participer aux activités n'est pas un passage obligé dans le processus de socialisation du résident. D'ailleurs, nous avons pu constater que certaines personnes âgées ont parfois une tendance au retrait de la vie sociale trouvant moins d'intérêt à échanger et à discuter. Elles s'accommodent de cette solitude, parfois elles la recherchent. Toutefois, il peut s'agir d'une forme de renoncement face à la difficulté de poursuivre une vie sociale correspondant à leurs désirs auxquels elles ne pensent plus pouvoir accéder (Kafoa, Roumilhac, 2012).

En outre, Thomas et al (2013) dans son étude montre que certains résidents participent aux activités pour des raisons sociales et non pour l'activité en elle-même. Pour autant, Delphine Dupré-Lévêque pense que « si les animations ne sont pas propices à la création de liens profonds et durables entre les personnes, c'est parce qu'il s'agit d'une activité organisée et dirigée » (Dupré-Lévêque, 2001 : 86). Les animations sont en effet des moments où l'attention des résidents est tournée vers l'animateur, des activités qui sollicitent bien plus la relation entre l'animateur

et les résidents que la relation entre résidents. Ceci peut en quelques sorte restreindre l'impact de l'animation dans le processus de socialisation du résident.

Deuxièmement, l'animation est parfois pensée comme un soin : « Parce que pour eux ils voient animation artistique, de l'art plastique ou de la musique. Pour moi une animation ça peut être ça mais ça peut être aussi un soin individualisé. Ça fait aussi partie de l'animation » (AMP-FFAS-05-EHPAD2). L'animateur peut soigner à sa manière, et le soignant peut animer à sa façon dans le même but : apporter de la vie aux résidents. Depuis la nuit des temps, les hommes ont toujours eu un besoin de soins. Les soins n'appartenaient pas à une profession, ils permettaient à une personne d'aider quelqu'un à continuer à vivre comme le maintien des fonctions vitales (s'alimenter, se protéger des intempéries, s'hydrater...) et ce sont les femmes qui ont été reconnues les mieux adaptées pour prodiguer ces soins (Gilligan). La notion de prendre soin prenait ici tout son sens car on prenait soin de la femme accouchant, du jeune enfant... de la personne vieillissante comme on prenait soin de la vie en règle générale. Ces soins avaient une fonction sociale pour perpétuer la vie de l'homme, la vie du groupe (Collière, 2001) parce qu'ils étaient expérimentés comme « soins ». Or, au sein des structures de soins, les résidents que nous avons croisés n'ont pas rattaché les activités auxquelles ils ont pu participer à des « soins » (Beloni, 2019). Ceci laisse à penser que l'approche soignante de l'animation demeure du côté du soignant et de l'institution, voire de la famille (car c'est souvent elle qui choisit l'établissement). L'aide apportée, le soin, la relation entre soignant et résident qui s'y crée sont comme parasités par l'institutionnalisation (son autorité, ses obligations, ses attentes) et les représentations de la vieillesse (par les protagonistes). Ceci empêche probablement la reconnaissance de l'animation comme un soin, et au final laisse l'animation dans l'ambiguïté de sa définition.

## Conclusion

Dans le contexte particulier des structures d'hébergement pour personnes âgées, les objectifs de prise en soins (intégrant l'animation) sont à réinterroger pour savoir s'il s'agit plutôt d'une dynamique d'aide, de suppléance, voire de socialisation, ou d'une dynamique curative, c'est-à-dire « traiter », « guérir » la vieillesse. Mais cette réflexion doit être menée en considérant ou reconsidérant les institutions et leur ambiguïté qui persiste entre lieu de vie et lieu médicalisé. Par ailleurs, l'entrée en institution est une étape pour les personnes âgées qui ont besoin non seulement, d'un accompagnement lié aux déficits physiques et/ou psychiques, mais aussi d'un accompagnement leur permettant de poursuivre le processus de socialisation. Or, en maison de retraite, la socialisation est complexe et renvoie à la notion d'individualité mais aussi aux contraintes collectives d'une organisation encadrée par des règles de fonctionnement. Ainsi, c'est un véritable rapport de force entre la structure et les résidents, en fonction des individualités, les personnes vont devoir développer de nouvelles stratégies de « vie ». Vivre en maison de retraite pour la personne âgée, est un changement socio-culturel, un bouleversement de son parcours de vie qui nécessite des capacités d'adaptation du sujet, un renouveau de l'individu comme une forme de résilience.

### **Méthodologie de l'étude**

*Une étude qualitative conduite a été menée d'avril 2016 à mai 2018 sous la forme d'entretiens de type semi-directif. Le protocole de recherche a reçu un avis favorable du Comité d'Ethique du CHU de Limoges en date du 31 mars 2016 sous le numéro 189-2016-03.*

*Deux terrains d'enquête ont été investigués : le Limousin et l'Ile de La Réunion. L'enquête a été réalisée dans 10 EHPAD : 9 dans le Limousin et 1 sur l'Ile de la Réunion. Le choix du terrain de l'Ile de La Réunion partait du postulat que la solidarité familiale y est plus dynamique qu'en Métropole et de fait favorise le maintien au domicile de la personne âgée. Cependant, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens et de leur analyse, nous n'avons pas observé de divergences (Haute-Vienne et Ile de La Réunion) ni dans les données recueillies. Les résultats de recherche ont donc été présentés ensemble.*

*Au total 57 entretiens semi-directifs ont été réalisés : 43 dans 9 EHPAD du Limousin et 14 dans 1 EHPAD de l'Ile de la Réunion auprès de : 15 personnes âgées (dont un couple) de toutes origines sociales et culturelles, de 22 professionnels de santé : infirmiers, aides-soignants, de 13 étudiants en santé et de 7 familles. Nous avons traité environ 20 heures d'enregistrement pour une durée moyenne d'entretien de 20 mn.*

*Le logiciel NVivo 11Plus<sup>®</sup> a été utilisé pour structurer les idées du chercheur et rendre l'analyse plus robuste. Un travail d'analyse préalable à son utilisation a été réalisé grâce aux méthodes décrites par Kaufmann, 2011 ; Bardin, 1980 ; André et Bouaillaguet, 1997. Cette pré-analyse a suivi les étapes suivantes : plusieurs écoutes flottantes des entretiens ont été menées pour saisir les thèmes transversaux du message puis l'intégralité du contenu des entretiens a été retranscrite sur des fichiers Word (un par entretien) afin de conserver leur singularité. Les entretiens ont été anonymisés à l'aide d'un code alphanumérique : population enquêtée/numéro de l'entretien/numéro de la structure. Il s'est agi ensuite de lire et relire, pour s'imprégner du texte.*

*Le plan de l'analyse s'est ainsi structuré autour des thèmes dégagés et a constitué la base d'analyse dans le logiciel NVivo 11Plus<sup>®</sup>. Un encodage informatique a été conduit, entretien par entretien, afin d'analyser le contenu et faire ressortir les thèmes et les sous-thèmes.*

*Quelques verbatim émanant du travail princeps du chercheur ont été utilisés et référencés dans l'analyse des résultats (Beloni, 2007).*

## Références

- Amiri, E., Khiavi, F. F., Dargahi, H., Dastjerd, E. (2017). Retirement homes : Social participation and quality of life. *Electronic Physician*, 9(4), 4108-4113.  
Consulté le 20 juin 2019 à l'adresse <https://doi.org/10.19082/4108>
- Bardin, L. (1980). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Beloni, P. (2007). « *Asseyez-vous, j'ai tant de choses à vous raconter !* » *Approche conceptuelle de la dimension socialisante du soin infirmier à partir du recueil de récits de vie de personnes âgées vivant en structure d'hébergement*. Mémoire pour l'obtention du titre d'ingénieur maître Université Paris 12.
- Beloni, P. (2019). *Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. [Thèse de doctorat, Université de Limoges].  
<http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/2019LIM00037>
- Beloni, P., Hoarau, H., & Marin, B. (2019). La socialisation en maison de retraite, un enjeu pour le résident. Une étude ethnosociologique utile pour les infirmières. *Recherche en soins infirmiers*, (2), 77-90.
- Bernard, Lahire. (1998). *L'homme pluriel. Les ressorts de l'action*. Paris, Nathan.
- Bolliet, D. Schmitt, J.P. *La socialisation*. Paris : Bréal, 2002. 124 p.



- Bouisson, J., Reinhardt, J. C. (2000). *Seuils, parcours, vieillissements*. Paris : L'Harmattan.
- Cho, E., Kim, H., Kim, J., Lee, K., Meghani, S. H., Perrig, P., Hutchison, S. (2010). Pfliegende Angehörige : Befindlichkeit, Erwartungen, Hilfsbereitschaft, Probleme und Ressourcen. & Chang, S. J. (2017). Older Adult Residents' Perceptions of Daily Lives in Nursing Homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 495-503. <https://doi.org/10.1111/jnu.12314>
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner. le premier art de la vie*. Paris : Elsevier Health Sciences.
- Dubar, C. (1991). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Paris : A. Colin, 2.
- Dupré-Lévêque, D. (2001). *Une ethnologue en maison de retraite : le guide de la qualité de vie*. Paris : Archives contemporaines.
- Gaudet, S. (2012). Lire les inégalités à travers les pratiques de participation sociale. *Sociologie*.
- Goffman, E., Castel, R. (2013). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Hervy, B. (2001). L'animation sociale avec les personnes âgées. *Gérontologie et société*, 24/ 96(1), 9-29.
- \_\_\_\_\_. (2003). *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées* :
- \_\_\_\_\_. (2008). Le vieillissement des rôles sociaux. *Vie sociale et traitements*, 99(3), 34-40.
- Hervy, B., Vercauteren, R. (2013). *Animateur et animation sociale avec les personnes âgées*. Toulouse : Erès.
- Herzlich, C. (2019). *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (Vol. 5). <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles-0107-2021-15h23>
- Kafoa, N., Roumilhac, V. (2012). Renoncement ou renaissance du Soi du sujet âgé ? *Cliniques*, 4(2), 180-194.
- Kaufmann, J. C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin.
- Kemp, C. L., Ball, M. M., Hollingsworth, C., & Perkins, M. M. (2012). Strangers and friends : Residents' social careers in assisted living. *Journals of Gerontology Series B : Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 491-502.
- Le Breton, D. (2011). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.
- Malewska-Peyre, H., & Tap, P. (1991). *La socialisation de l'enfance à l'adolescence*. FeniXX.
- Mallon, I. (2005). *Vivre en maison de retraite : le dernier chez-soi*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.

- Miron de l'Espinay, A., & Roy, D. (2020). Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA).
- Mollo-Bouvier S., Un itinéraire de socialisation : le parcours institutionnel des enfants, in
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité*. Paris : Presses universitaires de France. Paris : Armand Colin.
- Park, N. S., Zimmerman, S., Kinslow, K., Shin, H. J., Roff, L. L. (2012). Engagement social dans l'aide à la vie et conséquences pour la pratique. *Journal of Applied Gerontology*, 31(2), 215-238. Consulté le 21 juin 2019 à l'adresse <https://doi.org/10.1177/0733464810384480>
- Raymond, É., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2013). *Participation sociale des aînés : la parole aux aînés et aux intervenants*. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.
- Robert, A. D., Bouillaguet, A. (1997). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Roy, C., Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model* (Vol. 2). Stamford, CT : Appleton & Lange
- Shaw, R. L., West, K., Hagger, B., Holland, C. A. (2016). Living well to the end : A phenomenological analysis of life in extra care housing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 31100. Consulté le 14 mai 2019 à l'adresse <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.31100>
- Tanguy, L. (1993). La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles.
- Thomas, J. E., O'Connell, B., & Gaskin, C. J. (2013). Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. *Contemporary nurse*, 45(2), 244-254.



## Le travail collaboratif des clowns et des soignants en EHPAD : agir ensemble pour le « bien vieillir »

The collaborative work of clowns and caregivers in nursing home: act together to the «aging well»

**Marine DO<sup>118</sup>**

Université Toulouse Jean Jaurès, Toulouse (France)

<https://orcid.org/0000-0002-0021-7264>

[do-marine@hotmail.fr](mailto:do-marine@hotmail.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4204>

DOI : 10.25965/trahs.4204

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Le vieillissement des populations constitue un contexte sociétal à considérer dans la prise en soin des situations de grande vulnérabilité et de perte d'autonomie. L'entrée en institution peut agir comme un véritable déracinement des personnes avec la difficulté pour les professionnels de les accompagner lorsqu'elles n'expriment plus de besoin. Cela oblige les soignants à ne pas considérer ce silence comme une absence de demande, sachant que les soins axés sur les déficits restent dominants dans leur pratique professionnelle au détriment du modèle de soins fondés sur les forces de la personne. L'intervention de clowns en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) relève d'une dynamique relationnelle innovante, visant l'éveil des potentialités des personnes, dans une démarche collaborative avec les soignants pour faire vivre ensemble le « bien vieillir ». Nous avons retenu l'idée que ce dispositif constitue une opportunité pour les soignants de faire évoluer leur regard sur la personne âgée dans une approche émancipatrice. Le travail des clowns est vu comme un évènement « déclencheur » d'une série d'actions émanant des soignants pour s'adapter à l'introduction de cette pratique inédite dans ce milieu de soins. La recherche a porté le regard sur ce processus de changement avec la mise en évidence des dynamiques relationnelles entre clowns et soignants, soulignant des points en faveur ou non d'une pratique collaborative sur le « bien vieillir ». Les temps de partage entre clowns et soignants favoriseraient cette dynamique par l'interaction réflexive sur les actions clownées en vue d'améliorer le bien-être des résidents.

**Mots clés :** Le « bien vieillir », travail collaboratif clown/soignant, EHPAD, changement, pratiques innovantes

**Abstract:** The ageing of populations constitutes a societal context to be considered in the taking care of situations of great vulnerability and loss of autonomy. Entry into an institution can act as a real uprooting of people with the difficulty for professionals to accompany them when they no longer express a need. This requires caregivers not to view this silence as a lack of demand, knowing that deficit-based care remains dominant in their professional practice to the detriment of the

---

<sup>118</sup> Chercheure associée, UMR EFTS, Toulouse.

strengths-based model of care. The intervention of clowns in Accommodation Establishments for Dependent Elderly People is part of an innovative relational dynamic, aimed at awakening the potentialities of people in a collaborative approach with caregivers to live together "aging well" . We have retained the idea that this device constitutes an opportunity for caregivers to evolve their view of the elderly in an emancipatory approach. The work of clowns is seen as a "trigger" event of a series of actions by caregivers to adapt to the introduction of this new practice in this care setting. The research focused on this process of change, highlighting the relational dynamics between clowns and caregivers, underlining points in favour or not of a collaborative practice on "aging well". Sharing time between clowns and caregivers would promote this dynamic through reflective interaction on the clowning actions in order to improve the well-being of residents.

Keywords: the « aging well », collaborative work clown/caregivers, change, innovative practices, Accommodation Establishments for Dependent Elderly People

## Introduction

Le phénomène de vieillissement des populations avec l'allongement de la durée de vie constitue un enjeu de santé publique fondamental et un véritable défi sociétal pour le « bien vieillir » des personnes âgées en situation de perte d'autonomie, soulevant la question des dispositifs d'accompagnement à mettre en œuvre pour leur prise en charge. Les personnes en grande vulnérabilité liées aux altérations de l'état général, du fait de pluri pathologies présentent des handicaps physiques ou psychiques les plaçant en situation de perte d'autonomie, ce qui nécessite le plus souvent l'entrée en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

L'arrivée en institution constitue un point sensible dans le parcours de vie des personnes âgées devenues très dépendantes. Elles peuvent vivre un véritable déracinement avec le plus souvent une rupture relationnelle avec la famille proche (Dufour-Kippelen et Mesrine, 2003). Ces personnes très dépendantes n'expriment plus réellement de besoins, rendant difficile et complexe leur accompagnement par les professionnels de santé, majorant alors leur retrait de la vie sociale. Ces derniers doivent pour autant ne pas considérer ce silence comme une absence de besoin, sachant que les soins axés sur les déficits restent dominants dans leur pratique professionnelle au détriment du modèle de soins fondés sur les forces de la personne (Gottlieb, 2014).

Dans une conception de la vieillesse marquée le plus souvent par le désengagement et l'inactivité (Luppi, 2018), il nous a importé de mieux appréhender les effets positifs induits par un dispositif de clowns d'accompagnement en EHPAD, d'en revisiter les significations et les possibilités dans cette étape particulière de la vie. Il s'agit aussi d'envisager de les pérenniser au regard d'une activité légitimée par l'apport revalorisant et émancipateur qu'elle produit sur les personnes âgées, mais également par le rôle de médiation qu'elle induit entre les résidents et les soignants. Ces interventions de clowns d'accompagnement en EHPAD relèvent d'une dynamique relationnelle innovante, visant l'éveil des potentialités des personnes non communicantes ou isolées « relationnellement », dans une démarche collaborative avec les soignants pour faire vivre ensemble le « bien vieillir ».

Nous avançons l'hypothèse que ces pratiques artistiques peuvent s'inscrire dans une complémentarité des actions de soins traditionnelles. L'enjeu repose sur la reconnaissance de la personne âgée en tant que personne à part entière, avec des fragilités qui peuvent s'accroître, mais pour laquelle l'autonomie, « c'est-à-dire la pleine autorité du sujet » (Doucet, 2010 : 210) demeure le bien précieux à conserver. Nous avons retenu l'idée que ce dispositif constituait une opportunité pour les soignants de faire évoluer leur regard sur la personne âgée dépendante, mais également leurs prises en soins, dans une approche émancipatrice.

Nous avons fait le choix d'une recherche-intervention<sup>119</sup> avec une approche participative des acteurs de terrain dans l'évaluation des effets liés à l'introduction des activités clownées en EHPAD. La recherche-intervention permet de « repenser le lien entre la science et l'action, entre la recherche en Sciences de l'Éducation et la demande sociale » (Marcel, 2016 : 23), et a également une fonction émancipatrice dans le travail « avec » les acteurs de terrain qu'elle instaure. Cette recherche a porté le regard sur le processus de changement avec la mise en évidence des

---

119 Cette recherche, réalisée dans le cadre d'un post-doctorat dirigé par J.-F. Marcel et L. Aussel, a été commanditée et financée par AG2R La Mondiale et portée par l'Unité Mixte de Recherche Éducation, Formation, Travail et Savoirs (UMR EFTS) de Toulouse Jean Jaurès.

dynamiques relationnelles entre clowns et soignants, soulignant des points en faveur ou non d'une pratique collaborative sur le « bien vieillir », mais aussi le développement des acteurs impliqués dans la démarche de recherche.

Nous clarifierons, dans un premier temps, la notion de vulnérabilité liée au grand âge et les pratiques professionnelles d'accompagnement qui peuvent en découler. Nous pensons que devant les enjeux liés au développement des pratiques de collaboration interprofessionnelle dans la prise en soin, la clarification de la place de la personne soignée dans le processus d'accompagnement est fondamentale. Nous développerons ensuite les approches clownées pour mieux comprendre leur indication dans l'accompagnement des personnes vulnérables. Nous montrerons les changements identifiés par la recherche et les éléments à prendre en considération pour développer des pratiques de collaboration soignants/clowns pour le « bien vieillir » des personnes en EHPAD.

## I- Comprendre la vulnérabilité de la personne pour savoir l'accompagner

Le sujet âgé entrant en institution vit de nombreux bouleversements liés à différentes pertes (du passé, de l'espace familial, de son autonomie, de sa place sociale) ce qui peut l'amener à la dévalorisation de son image personnelle et un repli sur soi, et témoigne d'une situation de grande vulnérabilité (Pandélé, 2008). Ce phénomène est aggravé chez les personnes atteintes de troubles cognitifs de type Alzheimer ou assimilés parce que la communication sur le mode verbal est altérée. L'institution représente aussi le dernier lieu de vie ce qui renvoie de manière insidieuse à l'image de « fin de vie », avec un sentiment de perte d'espoir ou d'ennui qui peuvent surgir. La relation de soin vise alors à « ressaisir tout l'homme dans la concrétude de sa vie qui comporte des aspects biologiques, psychologiques, socio-culturels intimement liés faisant tous ensemble le cadre où sa conscience et sa liberté prennent sens » (Lardic, 2015 : 15).

Si la démarche d'accompagnement est consubstantielle à l'identité du soin infirmier (Hesbeen, 1997 ; Collière, 2001 ; Fontaine, 2009), elle relève le plus souvent d'une démarche de relation d'aide (Daydé Lacroix, Pascal et Salabaras Clergues, 2007). La volonté de venir en aide, de sortir la personne d'une situation délicate est souvent au cœur de l'engagement des soignants dans la relation de soin. Coudin et Alexopoulos (2010) questionnent le cercle vicieux qui survient dans la relation aidant/aidé dans l'idée que le fait d'assister une personne âgée active négativement la perception qu'elle a d'elle-même et accentue sa dépendance, ce qui a pour conséquence de dégrader plus rapidement ses capacités.

La prise en soin des personnes âgées vivant en institution conjugue de concert situations de vulnérabilité et complexité. L'exigence de l'autonomie de décision de la personne peut être mise à l'épreuve dans les pratiques du soin et renvoie à deux visions différentes de l'autonomie : soit celle d'un individu autonome comme « sujet moral maître de son destin et soumis à la seule loi qu'il se donne » (Lardic, 2015 : 7) ou alors celle de la personne « capable physiquement de se mouvoir seule et de subvenir à ses besoins dans le cadre de sa vie sociale » (*ibid.*). Le besoin de suppléance prend alors racine dans cette dépendance physique liée à la perte d'autonomie. Face à une personne passive, le soignant peut avoir des difficultés à la « rencontrer » et à pouvoir respecter sa liberté de choix. Plus la personne va assumer son principe d'autonomie de pensée et plus elle limitera aussi la bienfaisance du soignant (Taranto, 2015 : 18).

Nous voyons combien la relation de soin accompagnante est difficile à tenir entre le respect de la dignité humaine selon Kant (1971) qui peut amener à tenir à distance cet « Autre » et la sollicitude selon Ricoeur (1990) où trop de présence peut conduire à ne pas laisser suffisamment de place à cet « Autre ». Il convient alors de « travailler » à trouver la juste distance dans cette présence à l'Autre : il ne s'agit pas tant de faire quelque chose pour la personne que d'être présent, pas tant de dire que d'être à l'écoute, non pas d'agir « pour », mais d'agir « avec » la personne. Or, la dimension relationnelle auprès des personnes âgées présentant notamment des troubles cognitifs de type Alzheimer « se trouve mise à l'épreuve par le sentiment d'absence » ( Lechevalier-Hurard, 2016 : 4) de ces personnes, amenant les professionnels à éprouver de l'embarras devant ce qu'ils considèrent être un défaut de communication, notamment verbale : « percevoir un retour de la part des [personnes] prises en charge répond pour les soignants à la nécessité de se donner des repères pour poursuivre l'action » (*Ibid.* : 5).

Ces professionnels sont amenés à prendre des décisions sans avoir d'autre garantie « que leur évaluation personnelle de la justesse de leur décision » (*Ibid.* : 6). Ces éléments nous amènent à considérer l'intervention des clowns dans les structures d'hébergement pour personnes âgées, comme une activation d'autres possibles, et dépasser la vision relativement négative que peuvent avoir à la fois les personnes âgées elles-mêmes, mais également le personnel soignant sur ces personnes, dans la difficulté à les prendre en soin.

## II- L'activité clownée en EHPAD : une pratique innovante pour le « bien vieillir »

Le clown est un personnage très ancien que l'on retrouve au moyen-âge sous la forme du bouffon dont la fonction est de faire rire, de rendre les gens heureux en faisant des pitreries « pour exorciser la misère du temps, la malfortune et la mort » (Simon, 1988 : 62). Dans les religions dites primitives, on observe des clowns sacrés qui sont là « pour mettre le peuple en joie » (*Ibid.* : 2). Dans certains rites religieux, le rire assure également « le passage définitif des âmes dans l'autre monde » (p. 56). Ce personnage « incarne le lâcher-prise fondamental [...], la suprématie du clown est de reconnaître que tout va bien comme il est avec ses imperfections » (Seznec et Buffet, 2014 : 4).

### 1- Le concept de clown en milieu de soin

Le concept de clowns intervenant en milieu hospitalier a émergé dans les années 80 aux États-Unis lorsque ces artistes ont commencé à quitter le cirque, lieu traditionnel d'exercice de leur art pour investir de nouveaux espaces sociaux comme la scène d'un théâtre, la rue, les hôpitaux. À partir du moment où le clown est sorti du cirque son art s'est transformé, en interaction avec les différents milieux dans lesquels il a commencé à évoluer.

L'idée du « nouveau clown » s'inscrit davantage aujourd'hui dans la relation qu'il entretient avec son public. C'est un « surfer de la vie qui s'adapte à toutes les situations pour en jouer » (Seznec et Buffet, 2014 : 5). Cette nouvelle expression de l'art du clown en milieu de soin appelle à revisiter quelque peu la figure emblématique du clown qui fait rire petits et grands. La revue de la littérature scientifique montre un grand nombre de travaux sur les effets bénéfiques du rire sur la santé. Des chercheurs se sont intéressés plus spécifiquement au travail des clowns hospitaliers en étudiant les effets psychologiques de l'humour et du rire sur le stress, sur la douleur et également leur rôle dans le processus de guérison dans le soutien

qu'apportent les interventions clownées auprès des personnes en situation de maladie et de souffrance complexes (Dimonds et Warren, 2001 ; Crétaz, 2006 ; Mathyer, 2006 ; Linge, 2008 ; Cézard, 2014 ; Sez nec et Buffet, 2014).

Par son humanité, sa générosité, le clown en milieu de soin, en relation avec des patients « donne une possibilité de ressentir la vie par la relation qu'il instaure » (Seznec et Buffet, 2014 : 174). Les clowns hospitaliers bénéficient « d'un *a priori* positif de la part de l'opinion publique et des institutions de manière générale » (Cézard, 2014 : 84).

## 2- La spécificité du clown d'accompagnement en EHPAD

Le clown relationnel, créé par Moffart (2006), est un art de la relation qui utilise la voie de l'empathie corporelle et ludique y compris et surtout là où les mots ne sont pas ou plus accessibles. Comme le soulignent ces auteurs, entrer dans cette démarche nécessite de la part des clowns relationnels une présence vigilante et constante à soi et à l'autre et implique une formation de base solide. La compagnie du Bout du Nez<sup>120</sup> avec laquelle nous avons travaillé dans cette recherche s'est inspirée de cette même dynamique. Leur approche qu'elle caractérise de « clown d'accompagnement » est une démarche artistique relationnelle complémentaire au travail des équipes soignantes, invitant à nourrir un changement de regard et à imaginer une prise en charge singulière des personnes âgées et de leurs familles. Le clown d'accompagnement est envisagé comme un « outil » particulièrement pertinent auprès de ce public souffrant de troubles de la relation et de la communication.

Par le langage des corps, des mots et des émotions, les clowns ouvrent une communication non verbale, affective, corporelle et ludique facilitant la relation avec des personnes ayant des troubles du comportement, dans le grand âge ou en fin de vie. Cette démarche cherche à développer un mieux-être chez la personne avec une rupture avec le quotidien et un réveil des potentialités de chacun. Elle vise aussi à amener à un changement de regard des soignants sur les personnes âgées et peut apporter une nouvelle dynamique dans la prise en soins des personnes en redonnant du sens à leurs actions de soin. Les clowns d'accompagnement accueillent aussi les émotions des familles et aident à renouer une autre relation.

Pour les clowns de cette compagnie formée à cet art, la dimension sociale du clown est fondamentale avec une démarche très ciblée auprès des personnes âgées, public en situation de fragilité et de vulnérabilité. Il s'agit alors non pas de faire de l'animation ou une prestation, mais bien de travailler en collaboration et d'inscrire les interventions des clowns dans le projet de vie, de soins portés par l'institution, englobant ainsi des interactions sur plusieurs niveaux : avec les résidents et leurs familles, avec les soignants, l'équipe et plus généralement l'institution. Ces interventions des clowns en EHPAD se déclinent selon un mode opératoire précis avec trois temps bien distincts :

- La rencontre avec les soignants avant chaque intervention pour échanger sur les résidents et voir certaines priorités en lien avec des comportements repérés.

---

120 Données recueillies dans le cadre de notre recherche post-doctorale au cours d'un entretien auprès du directeur artistique de cette compagnie (Gilles Padié), promouvant le concept de « clown d'accompagnement en EHPAD ». (Do, 2018)



- Un temps de préparation des clowns qui consistent en des exercices de mise en condition « pour être bien présent à l'autre » selon le directeur artistique de la troupe.
- L'immersion dans le service : la présence des clowns n'est pas annoncée aux résidents. L'idée est de venir volontairement perturber la vie dans le service. Les clowns interviennent toujours en duo. Les clowns improvisent à partir des situations provoquées par leur présence. La durée d'intervention est généralement de deux heures.
- Un temps de transmissions aux soignants sur le déroulement de leur intervention, informations consignées par écrit et transmises à l'ensemble de l'équipe.

### III- L'innovation comme point de départ d'un processus de changement

La difficulté dans l'étude des phénomènes liés au changement réside dans l'absence de véritable état stabilisé, le mouvement de l'innovation, le passage d'un état à un autre étant une situation courante : « tout bouge constamment : les acteurs, les situations, les dispositifs » (Alter, 2000 : 127). Il devient difficile de suivre de façon linéaire les transformations tant elles sont imbriquées non pas dans un mouvement unique, mais dans « des mouvements ». Dans cette recherche, nous avons porté notre regard sur le changement induit par un dispositif novateur, partant de l'hypothèse que les pratiques clownées en EHPAD constituaient une approche relationnelle innovante, source de changement et de développement des personnes au sein d'une institution.

#### 1- Le changement comme engagement et mouvement des acteurs

Pour Alter (2000), l'innovation est un temps de création, mais aussi de crise, car elle oblige à reconfigurer les positions acquises et à leur donner un sens nouveau. L'innovation est considérée à la fois comme un processus de changement positif, mais conduit les acteurs à remplacer les pratiques anciennes auxquelles ils peuvent tenir et qui ne sont pas nécessairement obsolètes pour eux (Gaglio, 2011 : 4). Nous avons ainsi considéré le changement dans un rapport continuité/discontinuité, en tenant compte de l'importance de la notion de mouvement dans le processus de l'innovation, ainsi que celle de trajectoire, avec une évolution tributaire des intérêts des acteurs qui y sont engagés. Nous situons la dynamique de changement induit par le dispositif clowné dans cette notion de mouvement : le changement est envisagé « comme un flux de transformations » (Marcel, 2014a : 11). L'innovation en matière de pratiques sociales ne s'improvise pas, car cela bouscule les certitudes et nécessite une remise en cause des positions acquises. De ce fait, la nouveauté « nécessite une adaptation de la part de ceux qui ne l'ont pas initiée ou pas souhaitée » (Alter, 2000 : 47).

#### 2- Le changement effectif : une transformation à rythme différent

Les personnes ne s'engagent pas au même rythme ni avec la même intensité dans le changement. La diffusion de pratiques nouvelles sera plus lente si elle implique l'approbation au niveau du collectif et pas seulement au niveau individuel : « les choses sont plus faciles à changer que les valeurs, les innovations exigeant une

transformation d'habitudes de travail et de pensées bien enracinées étant les plus difficiles à adopter » (Huberman, 1973 : 45). Le changement de logique de pratique sous-entend une rupture avec les habitudes et la routine, avec une obligation de penser les objets familiers d'une façon nouvelle : « la crise sera d'autant plus profonde que le cadre de référence, les règles de fonctionnement seront concernés par les transformations » (Bedin et Broussal, 2013 : 253). L'acceptation de changer l'angle d'interprétation d'une réalité est considérée comme nécessaire pour voir une inflexion d'un comportement, signe d'un véritable changement de logique (Watzlawick, Weakland et Fisch, 1975), ce qui permet alors de donner un sens nouveau à la situation.

Nous considérons l'introduction des pratiques clownées en EHPAD comme une innovation qui nécessite de la part des soignants un processus d'appropriation des logiques qui s'y rattachent. Cela constitue un élément de rupture avec les pratiques en place et une modification du contexte. L'étude du changement mis en œuvre dans cette recherche s'est appliquée à saisir le ressenti des acteurs vis-à-vis de cette nouveauté, mais aussi la manière dont la rencontre s'est opérée et en quoi elle a amené à des pratiques nouvelles. Cette notion de mouvement est étudiée ici comme le signe d'une évolution vers du changement, à partir d'un élément déclencheur.

Nous avons cherché à approfondir la question du changement induit par la mise en place d'un dispositif « prescrit », en interrogeant les « effets » produits au regard des acteurs (leur engagement dans le dispositif et les apports au niveau individuel et collectif), des pratiques (les nouvelles formes de pratiques élaborées, les mesures d'adaptation par rapport au dispositif clowns), du contexte (les nouvelles organisations de travail qui en découlent) et des savoirs (ceux mobilisés pour s'adapter à la nouvelle pratique et ceux construits du fait de l'interaction avec les interventions clownées). Ainsi, nous avons considéré que l'intervention des clowns dans les EHPAD avait constitué un événement qui a « déclenché » une série d'actions pour s'adapter à l'introduction de cette pratique inédite dans un milieu de soins. Nous sommes partie de l'idée également que le dispositif s'est décliné de différentes façons suivant les structures.

#### IV- L'évaluation des pratiques des clowns d'accompagnement en EHPAD

L'évaluation a reposé sur une enquête de terrain réalisée sur le principe des entretiens semi-directifs. La démarche participative s'est concrétisée ici, car ce sont les soignants participants au groupe de travail de la recherche-intervention qui ont réalisé eux-mêmes les différents entretiens, en moyenne huit entretiens par EHPAD (avec un total de 40 entretiens réalisés dans les six EHPAD participants) auprès de résidents, familles, soignants et autres personnes intervenant dans la structure. Les entretiens auprès des soignants travaillant dans ces EHPAD se sont faits sous la forme de focus groupe. Pour la conduite des entretiens, un guide a été élaboré dans le groupe de travail recherche pour identifier les grands thèmes de questions à poser suivant les dimensions du changement retenues (acteurs, pratiques, contexte et savoirs). Le dispositif d'enquête a été élargi avec « un atelier d'écriture » au sein duquel les référents du projet en EHPAD, tous participant au groupe de travail, ont été invités à réaliser un entretien dit « autoadministré », commenté par le chercheur, pour s'approprier le guide d'entretien et permettre de participer comme sujet à l'enquête, partant du principe que tous avaient également des ressentis et connaissances du projet à partager. Nous avons pu ainsi recueillir onze entretiens. Les directeurs des EHPAD ont été également invités à répondre de manière autonome et par écrit aux mêmes questionnements. Nous avons pu recueillir quatre entretiens.

Nous avons réalisé des entretiens auprès de trois médecins travaillant dans ces structures.

## V- Le principe de mise en récit des interventions clownées pour analyser le changement

Pour pouvoir repérer les effets de ces interventions dans chaque structure et caractériser le changement opéré par EHPAD, nous avons proposé aux membres du groupe de travail d'étudier ce changement sous forme de mise en récit des interventions des clowns par EHPAD. En référence à Paul Ricoeur (1986), le principe de mise en récit des pratiques s'appuie sur l'idée d'une analogie entre actions et textes : « un texte, c'est aussi interpréter les actions dont il rend compte » (Marcel, 2014b : 86). Pour l'élaboration des récits, nous avons approfondi la phase qui caractérise « l'écriture du récit » par rapport à l'idée de « caractère rationnel, structuré et mis en ordre (voir mis en scène) du récit » (*Ibid.* : 88). Pour aider à l'écriture et à la structuration du récit, nous avons utilisé le modèle du schéma narratif quinaire décrit par Larivaille (1974). Ce schéma envisage un récit en cinq phases :

- **La situation initiale** : présentation des éléments nécessaires (lieu, moment, « personnages »...) pour permettre d'accéder à la compréhension du récit qui va suivre.
- **L'évènement déclencheur** : c'est la notion d'apparition d'un « obstacle » ou d'un élément modificateur qui vient rompre l'équilibre initial et enclenche une série d'actions.
- **Les différentes péripéties (réactions)** : c'est la suite d'actions non prévues qui découlent de l'élément modificateur, incluant les moyens mis en œuvre pour tenter de revenir à un « équilibre ».
- **L'évènement de résolution ou de dénouement** : c'est la situation qui trouve un nouvel équilibre, c'est le moment où on peut regarder « les résultats » des différentes actions et montrer les points positifs et celles qui n'ont pas réellement abouti.
- **La situation finale** : le récit se termine sur une situation « stabilisée », différente de la situation initiale où vit un nouvel « équilibre » (meilleur ou pire).

Pour la situation initiale, nous avons opté pour une description de chaque établissement, car nous n'avons que peu d'éléments sur le contexte initial puisque les interventions des clowns ont été introduites depuis plusieurs années. Nous avons également regardé la situation actuelle dans chaque EHPAD comme caractérisant la « situation finale ». Ce travail a été réalisé à partir des retranscriptions des entretiens constituant des traces sur les ressentis des acteurs sur le changement induit par la présence des clowns. Nous avons repris les différentes étapes d'un récit dans un schéma narratif quinaire simplifié (figure n° 1) pour aider les membres du groupe de travail à élaborer la mise en récit des interventions clownées de chaque EHPAD. Le principe était de ne pas travailler sur le lieu d'exercice professionnel pour une visée plus objective de l'analyse, mais également pour permettre de découvrir d'autres manières de réagir à un dispositif.

Figure 1 : Schéma narratif quinaire simplifié

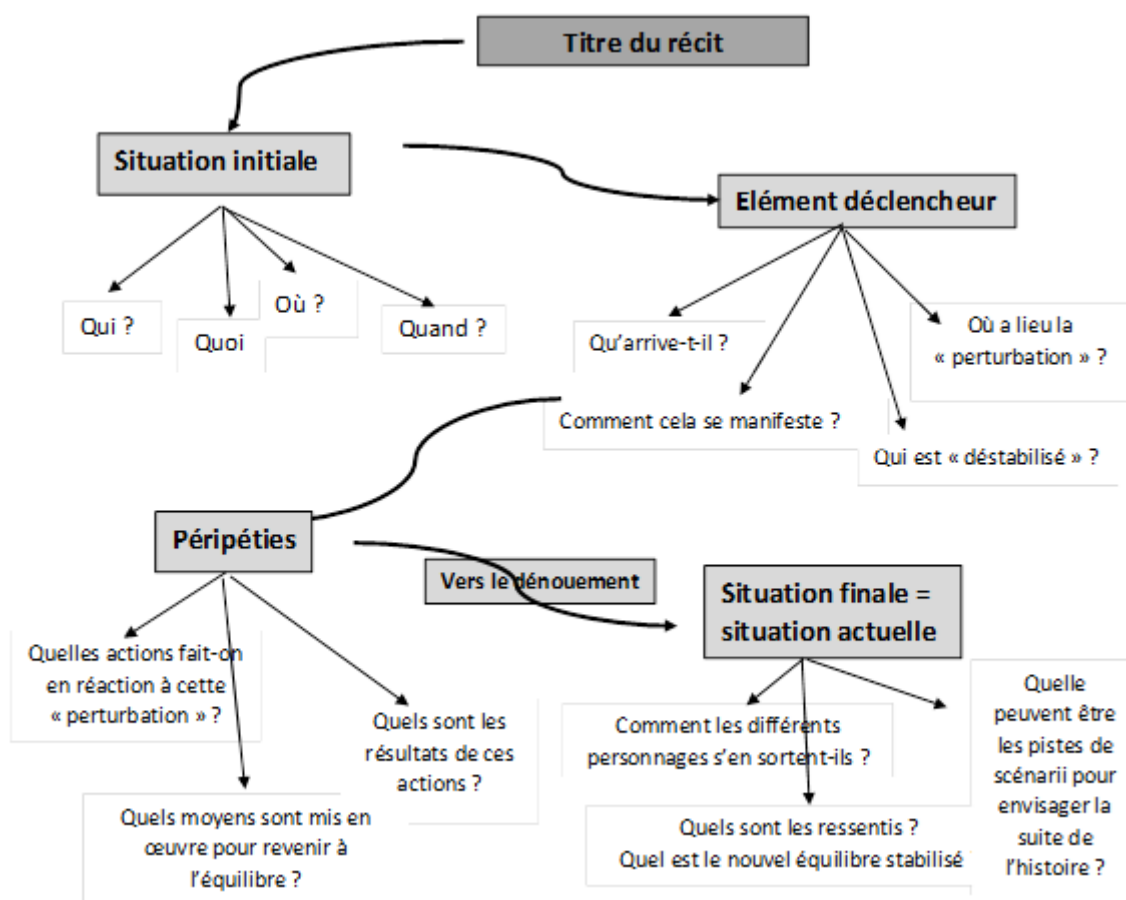


Schéma élaboré par nos soins

Les récits ont été construits à partir de ce schéma, permettant de mettre en lumière différents mouvements de changement dans les structures. Nous reprenons ces récits dans le paragraphe suivant, en terminant chacun d'entre eux par une fiche synthèse et un schéma caractérisant les positionnements des acteurs par rapport au dispositif « Des clowns en EHPAD » mis en œuvre et les dynamiques relationnelles repérées au sein de chaque structure depuis l'arrivée des clowns.

## VI- Le repérage des « mouvements » initiés par les interventions clownées en EHPAD

À partir du travail réalisé par les membres du groupe, nous avons complété chaque récit et nous les avons mis en forme, de manière à obtenir une présentation homogène facilitant la comparaison. Il s'agissait d'objectiver le changement dans chaque EHPAD et d'analyser ensuite les différents types de mouvement de changement identifiés à partir de la nouveauté représentée par les interventions des clowns. Nous pointons le fait ici que le mouvement de changement dans chaque EHPAD s'est fait différemment. Chacun des récits souligne un mouvement particulier de changement avec une dynamique relationnelle spécifique entre les clowns et les soignants. Les titres de ces récits viennent mettre en exergue ces deux éléments : le mouvement de changement et les interactions entre les acteurs.

Pour illustrer notre propos, nous vous montrons ci-après la partie descriptive d'un récit qui s'attache à « narrer » le mouvement de changement opéré dans un EHPAD

à partir de l'arrivée des clowns. Dans la structure présentée, il s'est fait en quatre temps avec un temps d'observation approfondi des pratiques clownées, puis est venu progressivement l'appropriation de la présence des clowns en passant d'abord par l'adhésion au projet, puis par un temps que nous avons nommé « lâcher-prise » avec des professionnels qui profitent de l'expérience.

L'arrivée du projet « Des clowns en EHPAD » a entraîné des remaniements positionnels des groupes d'acteurs (groupe des clowns, celui de l'équipe dirigeante, et celui de l'équipe des soignants), en référence à la sociologie des organisations (Crozier et Freiberg, 1977 ; Bernoux, 1985 ; Mintzberg, 2003). Les stratégies ont émergé lors de la mise en œuvre de ce dispositif, puis lors de son déploiement au sein de la structure<sup>121</sup>. Nous avons pu observer que l'ensemble des propos discursifs émanant des résidents ou familles était en faveur du projet. Ce groupe d'acteurs peut être considéré comme influant de manière similaire à l'ensemble des autres acteurs, ce qui en neutralise la portée spécifique qu'il pourrait avoir sur chacun d'entre eux : « cela signifie que l'individu qui participe au dispositif en tant que destinataire est plutôt consommateur du dispositif » (Aussel, 2013 : 72) ; il n'aura pas d'effet direct sur les dynamiques qui se mettent en œuvre au sein de ce dispositif, mais sur sa propre personne.

Exemple : Cohabitation clowns/soignants après une expérience clownée de douze ans

#### **La situation initiale**

Le concept d'Humanitude est en toile de fond dans le récit avec des soignants formés à la prise en compte de la particularité de la relation avec la personne atteinte de la pathologie Alzheimer ou de troubles assimilés. Prise en considération par la direction que la relation avec ces personnes est complexe avec une nécessité pour les soignants d'être formés et accompagnés régulièrement dans ce travail relationnel. Les interventions clownées se sont inscrites dans la continuité de cette dynamique. Le projet clown est uniquement envisagé pour les personnes présentant des troubles cognitifs.

#### **Les différentes réactions observées durant l'étape de l'évènement déclencheur**

Phase avec de la curiosité, mais aussi de l'inquiétude et des interrogations voire de la méfiance vis-à-vis de l'action des clowns auprès de personnes âgées avec une remise en question des pratiques existantes. Il y a un effet de surprise provoqué par ces pratiques clownées au regard des réactions des résidents. Les soignants sont étonnés de ce que les clowns arrivent à faire avec les personnes âgées. Ils sont conquis par cette approche au regard des réactions émotionnelles (rires) et des capacités motrices et communicationnelles réactivées qu'ils ne soupçonnaient pas possibles chez ces personnes. Chacun fait le constat du professionnalisme des clowns.

#### **Les différentes réactions durant la phase des péripéties**

<sup>121</sup> Nous faisons référence à l'analyse stratégique développée par Crozier et Freiberg (1977) en sociologie des organisations qui met l'accent sur les prises de décisions concrètes des acteurs et l'analyse de leur comportement. Ici, nous nous focalisons sur le repérage des statuts de chacun dans l'organisation, les objectifs poursuivis avec les enjeux ainsi que les relations qui se sont nouées entre groupes d'acteurs au regard du projet clowné. Chacune de ces relations est signifiée sur le schéma (figure 2) par une flèche qui peut être à sens unique ou signifier la réciprocité.

1 <sup>er</sup> temps l'observation fine	Mouvement de sidération (confrontation à la nouveauté)
2 <sup>ème</sup> temps : l'adhésion 3 <sup>ème</sup> temps : le lâcher-prise	Mouvement d'appropriation de la nouveauté (vers un équilibre)
4 <sup>ème</sup> temps : l'appropriation de la nouveauté	Mouvement de stabilisation (voire de routinisation) des pratiques nouvelles.
<p>Le mouvement de changement dans cet EHPAD est favorable au développement de la pratique clownée.</p> <p>Variable temporalité : 12 ans que les clowns interviennent ce qui constitue une longue expérience.</p> <p>Le mouvement s'est fait en quatre temps avec <b>un temps d'observation approfondie</b>, puis est venu progressivement <b>l'appropriation de cette présence</b> en passant d'abord <b>par l'adhésion au projet</b> puis par un temps que nous avons nommé « <b>lâcher-prise</b> » avec des professionnels comme des familles qui profitent de l'expérience.</p>	
<b>Les différents éléments durant la phase de dénouement</b>	
<p>Les pratiques soignantes ont évolué : les transmissions des soignants sont un temps de partage avec les clowns ainsi que les retours d'intervention faits aux soignants. Mais des informations recueillies lors des actions clownées retracées dans le classeur ne servent pas réellement aux soignants. Une majorité de soignants est favorable au projet.</p>	
<p><b>Le dénouement s'avère favorable avec un changement de pratiques.</b> Les interventions clownées sont bien acceptées par les résidents, familles et soignants. Les résidents et les familles témoignent du bénéfice que leur apporte la présence des clowns dans l'EHPAD. <b>La dynamique du changement est portée prioritairement par les soignants</b> (adhésion ou non au projet clown souligné) : il reste quelques personnes sceptiques, notamment la personne en charge de l'animation.</p>	
<b>Les éléments en lien avec la situation finale</b>	
<p>Les soignants disent qu'il y avait beaucoup de choses qu'ils faisaient avant l'arrivée des clowns et de ce fait déclarent ne pas avoir modifié notablement leur manière d'agir auprès des résidents. Toutefois, les interventions des clowns sont majoritairement acceptées et intégrées dans les pratiques soignantes. <b>Une évolution est pointée dans le choix des personnes proposées à l'intervention de clowns et les modalités d'interventions</b> qui ne se font plus uniquement en chambre. Il est souligné ici l'importance de réfléchir davantage à une liste de personnes à visiter.</p>	
<p><b>La situation finale est positive avec les pratiques de soignants qui ont évolué</b> même si ces derniers déclarent ne pas avoir changé leur manière de relationner avec les résidents, car ils ont reçu une formation à l'Humanitude.</p> <p>Évolution à venir : <b>un travail en collaboration avec les clowns plus approfondi est en cours pour avoir un meilleur suivi des personnes</b> (réflexion sur le choix des personnes (moins aléatoire) et vis-à-vis des transmissions clowns qui ne sont pas lues).</p>	

Tableau réalisé par nos soins

Cet exemple nous permet de montrer la dynamique des mouvements initiés à partir de l'arrivée des interventions clownées dans les EHPAD, celles-ci ayant servi d'élément déclencheur du processus. Les travaux de Simon (2004) permettent d'éclairer les différentes phases que nous avons pu identifier dans les récits des interventions. Cet auteur, en reprenant les travaux de Lewin (1946), identifie trois phases pour définir la période de transition qui fait suite à l'apparition d'une nouveauté dans une organisation, à savoir :

- **La phase du « départ »**, caractérisée par une période d'ambiguïté, où les acteurs de terrain sont partagés « entre l'attrait et l'inquiétude que suscite la nouveauté (Simon, 2004 : 244). Ils se sentent vulnérables avec une tendance à idéaliser le passé. Cette période est identifiable dans la phase de l'élément déclencheur des différents récits où nous avons pu repérer des étonnements positifs pour la pratique des clowns, mais empreints de questionnements et de méfiance sur les effets réels sur la population de personnes âgées.
- **phase du « aller vers »** durant laquelle les acteurs cherchent le sens du changement et la manière de s'y prendre, car ils ne savent plus réellement comment ils doivent procéder avec ce sentiment d'incompétence et d'inefficacité qui peut émerger, entraînant des moments de tensions et de stress important. Les réticences qui se sont exprimées dans certains EHPAD laissent penser que la présence des clowns soulève une crise identitaire dans le rôle de soignant. Le soin infirmier est le plus souvent défini comme le « véritable savoir de l'accompagnement [...] une relation réfléchie et professionnelle » (Daydé Lacroix et al., 2007 : 39), ce qui montre en quoi les soignants peuvent se considérer comme des « spécialistes » dans l'approche relationnelle avec les résidents et les familles.
- **La phase du « arriver »** : c'est une phase dans laquelle les acteurs ont appris à apprivoiser les nouvelles pratiques. La phase de crise du début s'atténue pour faire place à un nouvel ordre, prenant sens dans l'esprit des acteurs, consolidant de ce fait leur identité professionnelle. Un nouveau sentiment d'appartenance à un noyau de pratiques nouvelles émerge. Nous avons pu repérer dans les phases de dénouement, mais aussi dans les situations finales, cette étape du sentiment « d'être arrivé à ». La plupart des équipes ont modifié leur organisation, apprécient de partager des temps de transmissions avec les clowns, même s'il reste encore des éléments qui peuvent continuer à évoluer.

Au regard de cet éclairage, nous avançons que ces trois temps de transition après l'introduction d'une nouveauté sont importants à considérer dans l'accompagnement des personnes engagées dans un changement de pratiques. C'est une période durant laquelle l'accompagnement des professionnels apparaît important dans les moyens donnés pour soutenir les changements.

## VII- Les modèles relationnels émergeant suite à l'arrivée des clowns dans les EHPAD

A partir des récits des pratiques, nous avons pu caractériser les dynamiques relationnelles ayant émergé suite à l'introduction des pratiques clownesques dans chacun des établissements. Nous avons ainsi identifié cinq dynamiques relationnelles que nous pouvons regrouper en deux groupes, d'une part les dynamiques relationnelles favorables au développement des pratiques clownées regroupant la dynamique basée sur la cohabitation des soignants et des clowns autour du projet clowné, celle basée sur la co-élaboration du projet clowné par les

soignants et les clowns et celle basée sur la collaboration des soignants et des clowns au projet clowné et d'autre part les dynamiques relationnelles en tension vis-à-vis du développement des pratiques clownées regroupant la dynamique basée sur une pseudo-rivalité entre soignants et clowns vis-à-vis du projet clowné avec une remise en question des pratiques soignantes et celle basée sur le contrôle des règles de fonctionnement de chacun, clowns et soignants.

Ces modèles soulignent le degré d'ouverture, plus ou moins important, de l'organisation à intégrer la nouveauté. Nous nous appuyons ici sur l'approche systémique (De Rosnay, 1975 ; Morin, 1990), considérant chaque organisation mise en place dans les EHPAD depuis l'introduction des interventions des clowns, comme un système dynamique avec des interactions entre les acteurs, organisées en fonction d'un objectif commun (ici, apporter une nouvelle approche relationnelle aux résidents et à leurs familles par l'action clownée). Ces modèles relationnels mettent en présence les groupes d'acteurs suivants : **le groupe des décideurs**, représenté par l'équipe dirigeante. Il a un rôle de soutien et d'accompagnement dans le déploiement du projet clowné dans la structure et dans les moyens alloués pour le faire vivre dans sa forme négociée ; **le groupe porteur du projet**, représenté par l'équipe des comédiens-clowns avec comme intention la promotion d'une autre manière d'aborder la personne âgée, surprendre le quotidien, mais aussi amener à un changement de regard porté sur les personnes non communicantes verbalement dans la réactivation des potentialités méconnues par les soignants et **le groupe des « spécialistes » du soin**, représenté par l'ensemble des soignants travaillant dans l'EHPAD.

Il met en œuvre le projet de soins avec comme rôle premier de prodiguer des soins et d'accompagner résidents et familles dans les situations de la vie quotidienne, y compris dans des situations de fin de vie. Ces différents groupes ont un « objet » commun qui focalise l'ensemble des intentions : **les résidents et leurs familles** (groupe d'acteurs considéré comme neutre dans les dynamiques relationnelles induites par le projet clownesque comme expliqué précédemment). Nous présentons ci-après le modèle de la cohabitation (figure 2) ayant émergé à partir de l'arrivée des clowns dans l'EHPAD dont nous avons présenté le récit supra. Ce modèle met en présence les trois groupes d'acteurs précités :

- **Les deux premiers groupes d'acteurs** (décideurs et concepteurs) ont essentiellement des relations de négociations pour pouvoir adapter le projet aux besoins des résidents et de leurs proches, voire aux besoins de l'équipe de soins.
- **Le groupe des décideurs** a également une interface avec le groupe des soignants pour informer et déployer le projet dans la structure : dans le modèle évalué, nous avons pu repérer que cette information se faisait de manière descendante (avec un projet déjà négocié dans ces grandes lignes). Toutefois, il y a une attitude d'écoute du groupe des décideurs, pointant une certaine réciprocité dans la relation avec les soignants.
- **Les groupes des soignants et des clowns** sont en interface lors de la mise en œuvre du projet à travers les interventions successives des clowns dans la structure. C'est dans ce vécu en commun que les positions de ces acteurs se sont affinées. Nous identifions des relations de cohabitation dans l'idée que chacun des groupes a pu apprendre à se connaître en développant un espace de partage avec des règles mises en commun, notamment pour adapter le projet clownesque au regard des besoins des résidents et des familles. Cependant, chaque groupe reste dans une autonomie d'actions sans travailler en collaboration : ils s'acceptent les uns par rapport aux autres, sans avoir



réellement changé leurs modes d'organisation et de pratiques respectifs, hormis dans cette zone de partage : ils cohabitent dans un même lieu, auprès d'une même population et ils se sont donné des règles pour « vivre ensemble » le projet, ce que montre la figure 2 :

Figure 2 : Modèle de la cohabitation clowns/soignants dans le projet clowné inscrit dans une temporalité expérientielle longue

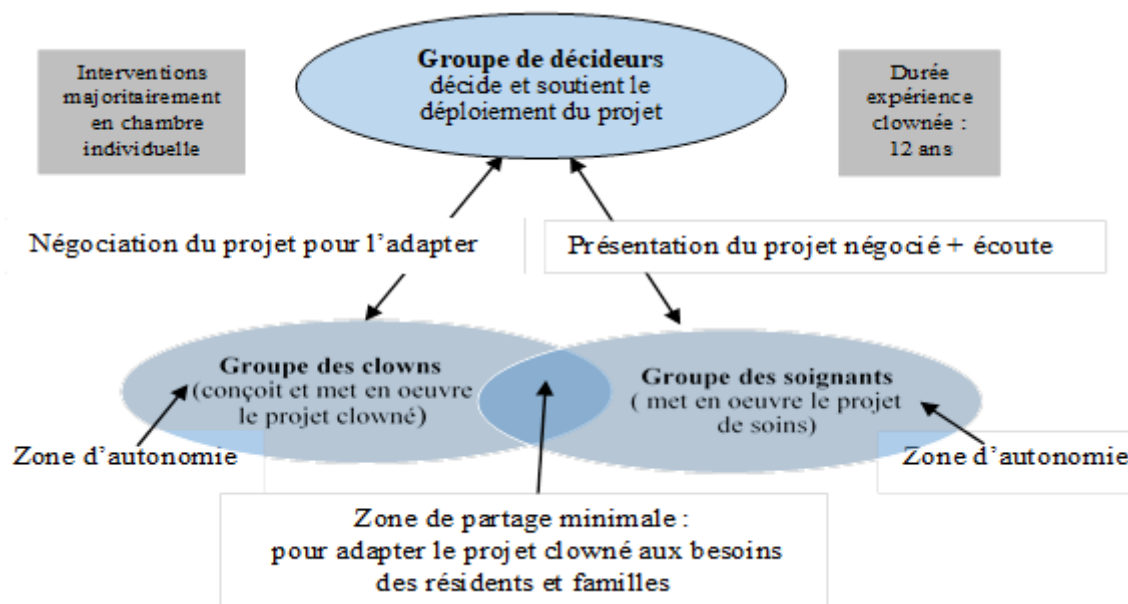


Schéma élaboré par nos soins

## VIII- Vers un dispositif « des clowns en EHPAD » intégré au dispositif soignant

L'accueil des interventions clownées a été favorable dans la totalité des EHPAD, les équipes ayant été conquises par les réactions des résidents à l'action clownée que les soignants qualifient majoritairement d'extraordinaire avec la réactivation de potentialités insoupçonnées. Cependant, nous pouvons souligner que ce premier constat favorable à l'intervention clownée nécessite de s'inscrire ensuite dans la durée avec des temps de partage entre clowns et soignants suffisants pour rendre pertinente l'action des clowns dans un projet de soins.

Au-delà des ressentis positifs sur les résidents avec cette idée d'attractivité des clowns que nous avons relevée de manière transversale dans les différents récits, nous voyons que la notion de visibilité des actions clownées est mise en avant. Les soignants avancent cette idée d'être présents lors des interventions pour pouvoir observer eux-mêmes les comportements d'un résident. Les effets de l'action clownée étant éphémères, produits sur l'instant T, il leur semble difficile d'en tenir compte et de les inscrire dans la durée si la prise de conscience du potentiel de la personne ne s'est pas faite en leur présence.

La connaissance partielle des résidents par les clowns (du fait d'une présence espacée sur l'EHPAD) peut expliquer le positionnement des soignants qui évoquent également une appréciation parfois erronée des capacités des résidents (notamment des réactions jugées nouvelles par les clowns pour certains résidents alors qu'observées régulièrement par les soignants). Pour être intégré dans les pratiques soignantes, le dispositif clowné doit tenir compte de cet élément. Le partage des

informations entre clowns et soignants est également nécessaire. Cette notion est soulevée par les soignants et les clowns afin qu'un travail de collaboration puisse se mettre en place.

Les temps de transmissions permettent à chacun, clowns et soignants, d'évoquer des problématiques concernant les résidents. Les propos discursifs soignants soulignent l'importance des informations que les clowns peuvent apporter, mais également comment les soignants peuvent les aider à intervenir de manière adaptée en expliquant certains comportements de résidents. Les soignants évoquent cependant les difficultés à se libérer pour ces temps de partage, notamment ceux qui permettent d'évoquer les moments forts des interventions et de parler des réactions des résidents (et/ou de leur famille).

La fragilisation de l'intégration du dispositif clowné se situe dans ce manque de moyens donnés aux soignants pour se rendre disponibles, qui peut soulever des sentiments négatifs à l'encontre des clowns. Cela accentue surtout l'impression générale qu'ont les soignants de ne pas pouvoir exercer leur profession dans de bonnes conditions de travail, et notamment de ne pouvoir s'investir dans le travail relationnel auprès des résidents, les amenant à minimiser les effets positifs de l'action clownée. Enfin, la notion de soutien de l'implication des soignants par l'encadrement est soulevée par les soignants.

L'intégration d'un dispositif nouveau comme celui des clowns nécessite une modification des organisations en place. Cela ne se fait pas sans effort comme le soulignent les propos discursifs étudiés. Les soignants mettent en avant la charge de travail occasionnée par la présence des clowns malgré l'acceptation du projet et leur implication dans l'accueil des clowns. Nous notons un essoufflement dans les efforts consentis lorsqu'il n'y a pas de moyens supplémentaires pour soulager la charge de travail. Lorsqu'un poste de soignant est proposé pour accompagner les interventions des clowns pendant, mais aussi après (pour gérer les phénomènes d'agitation engendrés par la stimulation des clowns auprès des résidents), les soignants s'investissent dans le projet et le font mieux vivre.

Nous reprenons ces différents éléments pour proposer le schéma (figure 3) qui prend en considération le degré d'intégration du dispositif clowné dans les EHPAD. Nous avons mis en évidence des dynamiques relationnelles avec différents modèles d'interactions (cohabitation, coélaboration, collaboration, pseudo-rivalité ou contrôle des normes), soulignant des points en faveur ou non du changement et de l'appropriation de la nouveauté. Cela montre l'importance des notions d'environnement et d'engagement des acteurs dans l'implantation et la transformation du dispositif clowné dans les EHPAD et le degré d'intégration possible suivant les stratégies choisies.

Des dynamiques collaboratives émergent de manière plus prégnante lorsque :

- Les actions clownées sont visibles par les soignants, amenant plus aisément à les inscrire dans les projets de soins personnalisés accueillant le dispositif, ce qui favorise l'interaction réflexive sur le besoin des actions par rapport aux résidents
- Les temps de partage et de socialisation entre clowns et soignants sont prévus par l'institution
- Le soutien du projet par l'encadrement est effectif avec une volonté de le faire évoluer.

Figure 3 : La dynamique d'intégration du dispositif clowné

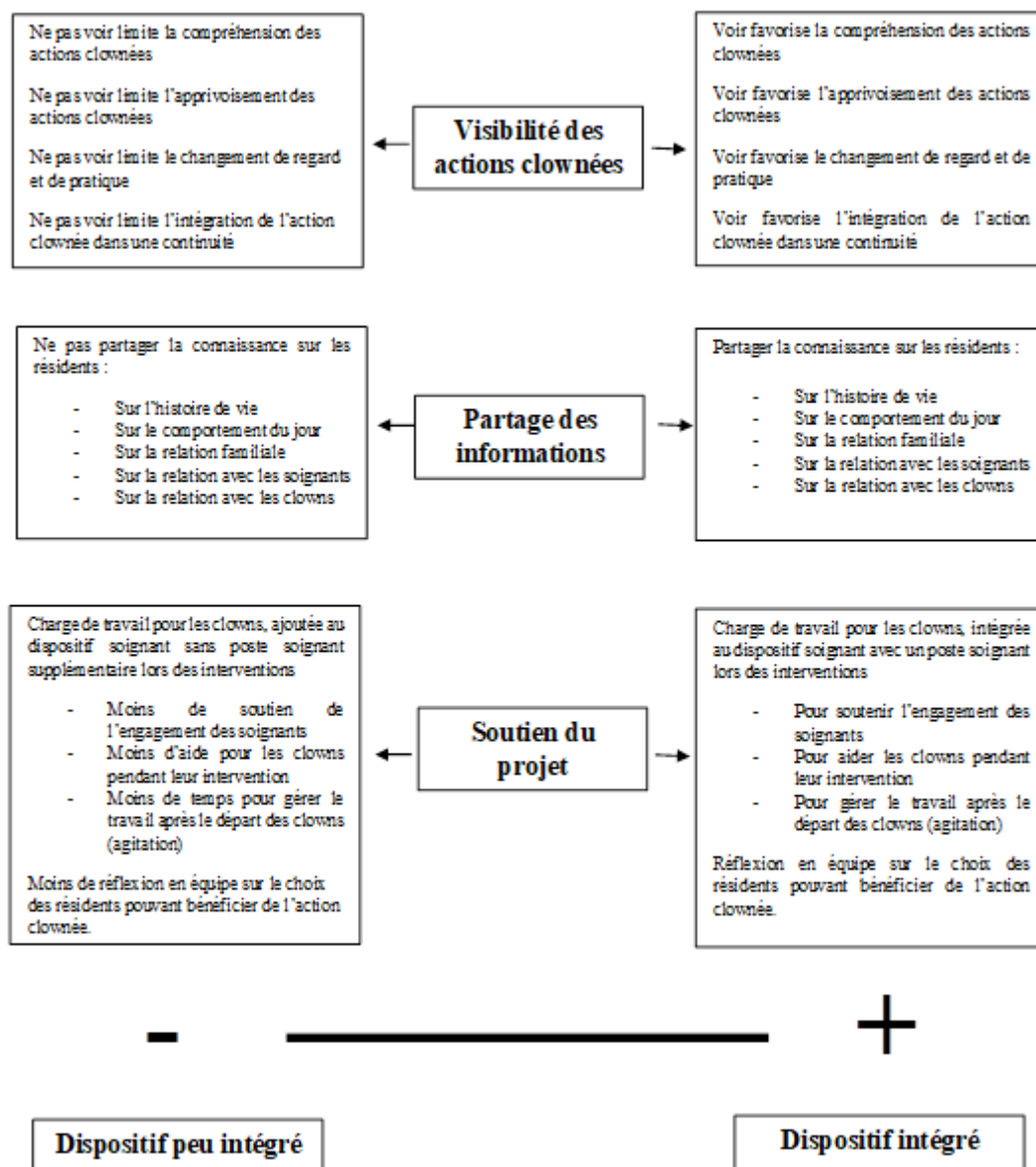


Tableau élaboré par nos soins<sup>122</sup>

## Conclusion

D'une manière générale, l'ensemble des acteurs concernés par le dispositif « Des clowns en EHPAD » (résidents, familles, soignants et équipes dirigeantes) a exprimé de la satisfaction vis-à-vis des interventions clownées en termes de joie de vivre, d'atmosphère plus légère, mais aussi de capacités motrices ou relationnelles réactivées chez les résidents. Cela vient souligner l'intérêt du travail des clowns

<sup>122</sup> Les éléments de ce tableau sont issus de l'analyse/interprétation des récits des pratiques montrant les dynamiques d'intégration du dispositif « clown d'accompagnement » dans les EHPAD enquêtés. C'est une proposition de modèle que nous faisons ici pour permettre de se situer dans l'accompagnement à l'intégration d'un tel dispositif en EHPAD.

professionnels formés à l'art relationnel dans l'accompagnement des personnes âgées vulnérables, et ce pour maintenir la qualité de vie des personnes en œuvrant ainsi pour le « bien vieillir ». Le dispositif a cependant généré une réorganisation avec des dynamiques relationnelles entre clowns et soignants qui permettent de faire vivre ce projet plus ou moins facilement.

Nous avons eu cette volonté de proposer une recherche participative en développant le volet « avec » pour permettre d'associer les acteurs de terrain à la recherche et participer à une meilleure appropriation des données de l'enquête. Le volet « par » faisait également partie des retombées de la recherche participative avec le développement personnel et professionnel de chaque participant, induit par leur implication directe dans la recherche.

L'analyse des retours écrits des participants souligne l'aspect émancipateur de la recherche participative. L'ensemble des personnes dit avoir appris au cours de cette recherche qu'elles ont trouvé « très impliquante » avec des échanges au sein du groupe, qualifiés de « très instructifs », notamment par le partage de différents vécus de l'expérience clownée et la découverte d'organisations différentes dans les accompagnements des clowns en EHPAD. Les personnes ayant conduit les entretiens parlent d'une expérience riche en émotions, mais aussi empreinte de surprises parfois face aux discours des personnes enquêtées. Les retours plus généraux au sein des structures montrent également une prise de conscience de certains éléments du dispositif insuffisamment questionnés lors de sa mise en place.

Depuis la réalisation de l'enquête, les équipes soignantes de plusieurs EHPAD ont amorcé une réflexion par rapport aux bienfaits de cette approche clownée davantage mis en lumière par la recherche et envisagent de revoir certains outils et leur organisation pour améliorer le travail en collaboration avec les clowns. L'élaboration d'un document pour chaque EHPAD personnalisant la démarche clownée autour des logiques des interventions, du choix du public destinataire (privilégiant des temps d'action bien distincts si le public est hétérogène) pourrait être utile à la pérennisation de ce dispositif. Ce document pourrait reprendre les modalités d'intervention pour expliquer l'objectif de réactivation des potentiels auprès des personnes aux capacités cognitives déficitaires dans une logique émancipatrice et la visée orientée vers l'aspect festif pour les personnes plus alertes, afin de travailler davantage le lien social.

L'intégration dans les organisations de soins des différents temps de partage entre clowns et soignants afin de développer la collaboration interprofessionnelle est à réfléchir davantage, pour favoriser l'inscription du projet clowné dans les projets d'accompagnement personnalisé des résidents le nécessitant. Cela requiert de ce fait le soutien de l'implication des équipes soignantes dans le projet par l'encadrement de proximité afin de développer une dynamique réflexive sur le projet et notamment une réflexion plus approfondie sur les résidents susceptibles de bénéficier de ce dispositif.

Dans les perspectives de déploiement du dispositif clowné, nous ajouterons le partage d'expérience, arguant que le vécu expérientiel des équipes travaillant avec les clowns peut aider à une intégration plus rapide des pratiques clownées dans les équipes soignantes. Un espace de partage d'expérience (mais aussi des difficultés) associant le vécu des clowns et le vécu des soignants favoriserait des prises de décisions au regard des aménagements nécessaires dans les organisations pour intégrer ce dispositif et déployer les actions clownesques au bénéfice du « bien vieillir ».

## Références

- Alter, N. (2000). *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses Universitaires de France
- Aussel, L. (2013). *Évaluer les dispositifs : le cas d'un dispositif de formation de l'enseignement supérieur agricole*. (Thèse de doctorat, Sciences de l'éducation et de la formation). Toulouse : Université de Toulouse le Mirail
- Bedin, V. et Broussal, D. (2013). L'évaluation : analyseur ou effecteur de la crise en formation dans un contexte de réforme et de changements. In V. Bedin (Ed.). *Conduite et Accompagnement du Changement. Contribution des Sciences de l'Éducation* (p. 251-264). Paris : L'Harmattan.
- Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations*. Paris : Le Seuil.
- Cézard, D. (2014). *Les « Nouveaux » clowns. Approche sociologique de l'identité, de la profession et de l'art du clown aujourd'hui*. Paris : L'Harmattan.
- Collière, M.-F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris : Masson.
- Coudin, G. et Alexopoulos, T. (2010). Help me ! I'm old. How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health*, (14), 516-523.
- Crettaz, A. (2006). *Clown d'hôpital : le jeu d'être soi*. Fribourg : Academic Press Fribourg.
- Crozier M. et Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris : Seuil.
- Daydé, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C. et Salabaras Clergues, E. (2007). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris : Masson.
- De Rosnay, J. (1975). *Le Macroscopie. Vers une vision globale*. Paris : Édition du Seuil.
- Dimonds, C. et Warren, B. (2001). *Le rire Médecin. Journal du docteur Girafe*. Paris : Albin Michel.
- Do, M. (2018). *Des clowns d'accompagnement en EHPAD. Démarche de recherche participative d'évaluation du dispositif*. Rapport d'étude remis à la Mutuelle AG2R La Mondiale, sous la direction scientifique de Marcel, J.-F et Aussel, L., non édité.
- Doucet H. (2010). Soigner les personnes âgées : entre abandon et acharnement. In M. Lagacé M. (Éd.). *L'âgisme*, (p. 199-217). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Duffour-Kippelen, S et Mesrine, A. (2003). Les personnes âgées en institution. *Revue française des affaires sociales*, (1), 132-148.
- Fontaine, M. (2009). L'accompagnement, un lieu nécessaire des soins infirmiers, *Pensée plurielle*. (22), 53-63.
- Gaglio, G. (2011). *Sociologie de l'innovation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Gottlieb, L. (2014) *Les soins infirmiers fondés sur les forces*. Montréal : ERPI
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson.

- Huberman, A.-M. (1973). Comment s'opèrent les changements en éducation : contribution à l'étude de l'innovation. *Expériences et innovations en éducation* (4), 1-109.
- Kant, E. (1971). *Les Fondements de la métaphysique des mœurs*. Vevey : Delagrave.
- Lardic, J.-M. ((2015), Introduction. In G. Durand & M. Jean (Éd.). *L'autonomie à l'épreuve du soin* (p. 7-16). Nantes : Éditions Nouvelles Cécile Default.
- Larivaille, P. (1974). L'analyse (morpho)logique du récit », *Poétique*, (19), 368-388
- Lechevalier Hurard, L (2016) « Être présent auprès des absents », *Sociologies* [En ligne], Dossiers, Relation d'aide et de soin et épreuves de professionnalité, consulté le 4 janvier 2018. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/54>
- Linge L. (2008). Hospital clowns working in pairs—in synchronized communication with ailing children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, (3), 27-38.
- Luppi, E (2018) Du déclin à l'émancipation : changer les paradigmes de la recherche éducative sur le troisième âge en Italie, In D. Broussal, K. Bonnaud, J.-F. Marcel et P. Sahuc. *Recherche(s) et changement (s) : dialogues et relations*. (p. 79-99). Toulouse : Cepaduès.
- Marcel J-F., (2014a) (dir). *Lycées Agricoles en changement. Regards Pluriels*. Dijon : Educagri Éditions.
- Marcel J-F., (2014b). Les pratiques enseignantes mises en récit, *Recherches en Éducation*, (19), 82-95.
- Marcel, J-F. (2016). *La recherche-intervention par les Sciences de l'Éducation*. Dijon : Educagri Éditions.
- Mathyer, E. (2006). *Clown d'hôpital, mon métier*. Lausanne : Éditions D'en bas.
- Mintzberg, H. (2003). *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Éditions d'Organisations.
- Moffarts, C. (2006). Le Clown Relationnel, un art des soins relationnels en (psycho) gériatrie et en soins palliatifs, *Education du Patient, Enjeu de Santé*, (24),2.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Éditions du Seuil.
- Pandelé, S. (2008). *La grande vulnérabilité*. Paris : Seli Arslan.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Éditions du Seuil.
- Seznec, J.-C. et Buffet E. (2014). *Pratiquer l'ACT par le clown. Thérapie d'acceptation et d'engagement*. Paris : Dunod.
- Simon, A. (1988). *La planète des clowns*. Lyon : La Manufacture.
- Simon, L. (2004). Accompagner le changement en éducation : analyse d'une pratique de recherche-formation. In G Pelletier (Éd.). *Accompagner les réformes et les innovations en éducations. Consultance, recherches et formation*, (p. 237-268). Paris : L'Harmattan.
- Taranto, P. (2015), Autonomie et consentement. In G. Durand & M. Jean (Éd.). *L'autonomie à l'épreuve du soin*, (p. 17-35). Nantes : Éditions Nouvelles Cécile Default.

Watzlawick, P., Weakland, J. et Fisch. R. (1975). *Changements : Paradoxes et psychothérapie*. Paris : Éditions du Seuil.



## Le repas, « théâtre du vivre ensemble » ?

Time of meal, a "living together" ?

**François BERGER**<sup>123</sup>

Nutri-Culture  
St Julien, France

<https://orcid.org/0000-0002-4445-6064>

[fberger@nutri-culture.com](mailto:fberger@nutri-culture.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4221>

DOI : 10.25965/trahs.4221

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Pour un convive accompagné en établissement médico-social, le repas n'est peut-être pas si attendu que nous le pensons. Souvent standardisé, répondant à des normes contradictoires, il réduit parfois l'individu à une somme de pertes et déficits à renutrir.

En nous intéressant au repas sous un angle « plaisir et santé », nous voulons démontrer que l'injonction du « bon repas » revêt une dimension technique qui ne fait pas sens pour tout le monde. Penser le repas sous l'angle du « moment » permet d'interroger, bien plus que la technique, les conditions solidaires humaines, dignes et responsables du vivre ensemble.

Si nourrir revêt un caractère vital, se « restaurer » relève bien d'une fonction culturelle. Chacun de nous est marqué par des souvenirs autour du repas. Chaque bouchée est une émotion qui éveille les sens. Mais alors qu'est-ce que manger lorsque l'on avance en âge et que les sens perdent peu à peu de leur acuité ? « Vieillir c'est remanier son rapport au monde\* » *M. Billé*.

Dans ce rapport au monde, l'histoire, l'éducation, la culture se rejouent et s'entrechoquent.

Se mettre à table peut devenir un choc culturel et la salle à manger un théâtre...de conflits. Dans cette comédie quotidienne se mêlent jeux d'acteurs et de rôles.

Nous suggérons une nouvelle dynamique : humaine, technique, managériale. Elle se construit collectivement autour de l'interrogation des valeurs qui nous fondent à agir dans une action cohérente, coordonnée, solidaire et responsable.

**Mots clés :** repas, culture, santé, plaisir, responsable

**Abstract:** The meal may not be as expected as we think for someone living in a nursing home or more generally in a medical environment. Because of a great amount of contradictory standards, having a meal might reduce people to a sum of losses and deficits. The guest... object of care.

By focusing on the meal from a "pleasure and health" angle, we want to demonstrate that the injunction of the "good meal" has a technical dimension that does not make

---

<sup>123</sup> Fondateur de Nutri-Culture, Titulaire d'un CAFDES (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique), d'un DU de psycho-gérontologie (sous la direction du Professeur Patrick Denoux), François Berger a dirigé pendant 15 ans un EHPAD et fondé Nutri-Culture. Il est aujourd'hui consultant pour Nutri-Culture qu'il préside et président du Fonds de dotation REPPAT (Réseau Ecocitoyen pour la Promotion des Plaisirs à Table). Il est également membre et administrateur de l'association Alim50+.



sense for everyone. Thinking about the meal from the angle of the "moment" makes it possible to question, much more than the technique, the conditions of human solidarity, dignified and responsible for living together.

Our communication will be organized in 3 stages.

If nourishing is vital, "eating" is indeed a cultural function. Each of us is marked by memories around the meal. Every bite is an emotion that awakens the senses.

But then what does eating mean when getting older and when senses gradually lose their acuity? "To grow old is to reshuffle one's relationship with the world\*" M.Billé.

In this report history, education and culture are at stake.

Getting to the table can become a culture shock and the dining room a conflict zone.

In this daily comedy are mixed actors and roles. We suggest a new dynamic : human, technical, managerial. It is built collectively around the questioning of the values that underpin us to act in a coherent, coordinated, solidarity-based and responsible action.

Keywords: meal, culture, health, pleasure, responsible

Pour un convive accompagné en établissement médico-social, le repas n'est peut-être pas si attendu que nous le pensons. Souvent standardisé, répondant à des normes contradictoires, il réduit parfois l'individu à une somme de pertes et déficits « à renutrir ». C'est un convive « objet de soins » plus que « sujet de droits ».

En nous intéressant au repas sous un angle « plaisir et santé », nous voulons démontrer que l'injonction du « bon repas » revêt une dimension technique qui ne fait pas sens pour tout le monde. Penser le repas sous l'angle du « moment » permet d'interroger, bien plus que la technique, les conditions solidaires, humaines, dignes et responsables du vivre ensemble.

Si se nourrir revêt un caractère vital, se « restaurer » relève bien d'une fonction culturelle. Chacun de nous est marqué par des souvenirs autour du repas. Chaque bouchée est une émotion qui éveille les sens. Mais alors qu'est-ce manger lorsque l'on avance en âge et que les sens perdent peu à peu de leur acuité ? Pour Michel Billé, sociologue, « *Vieillir c'est remanier son rapport au monde* » et, dans ce rapport se jouent l'histoire, l'éducation, la culture. Or, se mettre à table peut devenir un choc culturel et la salle à manger un théâtre...de conflits. Dans cette comédie quotidienne se mêlent jeux d'acteurs et de rôles.

Chez Nutri-Culture, nous suggérons une nouvelle dynamique : humaine, technique, managériale. Elle se construit collectivement autour de l'interrogation des valeurs qui nous fondent à agir dans une action cohérente, coordonnée, solidaire et responsable.

Pour beaucoup d'entre nous, le repas est un moment de partage, de plaisir, de convivialité, attendu par tous. Mais qu'en est-il pour une personne avançant en âge, quand la majeure partie des personnes accueillies souffre de troubles cumulés d'orientation, de basse vision, de préhension, de mastication, de déglutition, avec un fort risque de dénutrition ?

**Dans un premier temps, il est intéressant de repenser, la place, le rôle et la fonction du repas au cœur même de nos sociétés.**

Il n'est pas si loin le temps où en bout de table, le patriarche ouvrait son couteau et permettait à chacun de commencer à consommer le repas préparé par la maîtresse de maison, alors que refermant cet ustensile de poche indispensable, il signifiait à la tablée qu'il était temps de reprendre d'autres activités.

Les repas des villes et les repas de la campagne n'étaient pas les mêmes. Dans nos contrées limousines, le bœuf était élevé pour être vendu, pas pour être consommé par ceux qui les élevaient<sup>124</sup>. Les viandes de lapin, de poulet ou de porc étaient prioritairement consommées. Nos aînés vivaient avec naturel ce que l'on nomme aujourd'hui un choix « flexitarien »<sup>125</sup>. Au gré des saisons, ils mangeaient ce que la nature, les cultures et les conserves pouvaient offrir. Pas de viande à tous les repas et pas tous les jours. Lorsque la nature proposait des haricots verts, il y en avait à tous les repas, comme les tomates et autres légumes ou fruits estivaux. L'hiver en revanche, pommes de terre et légumineuses complétaient les potages épais.

Le revêt est aussi le reflet de traditions régionales et culturelles.

---

124 Nous avons rencontré, il y a encore quelques années, des éleveurs n'ayant goûté la viande de bœuf que très tardivement dans leur vie.

125 Flexitarien : mode d'alimentation principalement végétarien mais incluant occasionnellement de la viande ou du poisson (Larousse, 2018).

Choucroute en Alsace, Paëlla en Espagne, Cassoulet toulousain, *chili con carne* en Amérique du Sud, il existe une multitude de plats représentatifs d'une culture et offrant des apports nutritionnels nécessaires (y compris dans la combinaison céréales / légumineuses) aux individus. Durant des siècles, la population mondiale a consommé environ 200 aliments de base contre plusieurs centaines de milliers de produits agroalimentaires aujourd'hui. De quoi parfois s'y perdre.

Si diversifier l'alimentation pour lutter contre la dénutrition est un crédo légitime sur lequel se fondent les lois ou recommandations, **chez Nutri-Culture, nous pensons qu'il est préférable de promouvoir une alimentation plaisir et santé responsable et cela, quelles que soient les facultés de chacun.**

Selon Michel Billé, « Le vocabulaire que j'emploie conditionne ma manière d'être et d'agir » ou d'interagir...En effet, le repas, la cène, est avant tout un théâtre de partage, de rencontre, de communion. Aussi, chacun y a une place, y compris le pauvre ou vagabond pour lequel un couvert est dressé... au cas où.

Jusqu'aux années 90, les temps alloués à la préparation puis à la consommation du repas étaient importants. Nous sommes ainsi passés d'un repas « entrée, plat, fromage, salade et dessert », à un « plat dessert » puis régulièrement à un plat consommé debout, sans réellement s'arrêter de travailler, le « fast-fooding ». Accordant de moins en moins de temps à la cuisine, nous lui préférons la boîte de nouilles déjà cuites. Dans ces conditions, le repas n'est plus un moment de partage et de convivialité ; il est un temps dont nous nous débarrassons ayant mieux à faire ailleurs.

Dans le « théâtre » du vivre ensemble que représente un établissement, avec pour objectif l'accompagnement de l'avancée en âge, se rencontrent les plus jeunes stagiaires, 16 ans, bien conditionnés par le fast-food et les plus anciens résidents, plus de 100 ans, ayant travaillé dur pour produire leur nourriture. Qu'ont-ils en commun ? Jouent-ils vraiment la même pièce ?

Pour le professeur de psychologie interculturelle Patrick Denoux, dans son ouvrage « *Pourquoi cette peur au ventre ?* », le repas est une véritable construction multiculturelle reposant sur des systèmes de valeurs :

- Le premier est le repas culturel partagé, convivial, lors duquel nous allons consommer ensemble et échanger autour d'un pot-au-feu, d'un cassoulet et autres choucroutes selon sa région (identité).
- Le deuxième est le repas perçu comme la somme des calories, lipides, glucides et protides ingérés, pour un repas diététique et sanitaire irréprochable.
- Le troisième est un repas standardisé de Moscou à Paris, de Londres à Dubaï. Plusieurs chaînes proposent le même plat, le même marketing, etc... gommant ainsi les différences.
- Le quatrième consiste à composer avec l'ensemble des 3 premiers pour obtenir une approche sociale, technique multiculturelle d'un repas partagé ET consommé.

Le repas est donc une construction sociale très normée faisant référence à des codes, des rites et à une éducation.

Les travaux menés par le projet Aupalesens (ANR-09-ALIA-011) montrent une nécessaire dimension hédoniste du repas et surtout, une vision tridimensionnelle.

Selon Claire Sulmont Rossé et Virginie Van Wymelbeke<sup>126</sup>, trois composantes caractérisent la prise alimentaire ayant un effet sur le statut nutritionnel : un repas de qualité, riche en nutriments, une belle assiette et un contexte psycho-affectif favorable.

En nous appuyant sur leurs travaux, nous comprenons qu'une personne face à une belle assiette, aux apports mesurés mais en insécurité ou algique, pourrait ne pas assimiler la totalité des apports. D'après nos observations, un nouveau convive qui entre en salle de restaurant dans un EHPAD, est en état de choc culturel. Il est « l'étranger » pour les personnes déjà présentes et tout ce qu'il voit lui est étranger. L'environnement, la table, les couverts et assiettes, les regards posés sur lui, les bruits environnants, tout lui est inconnu. Si le repas est un théâtre, il est ici celui des générations, des cultures, des croyances, des confessions, des représentations et des injonctions qui, chaque jour, se croisent et s'entrechoquent, particulièrement en établissement. Aussi, les dimensions rassurantes et sécurisantes indispensables à une prise alimentaire sécurisée ne sont évidemment pas présentes.

### **Il nous semble indispensable de pouvoir aborder la question du repas et du vivre ensemble sous l'angle de la psychologie et de la complexité.**

Bien vivre, bien manger, bien vieillir sont des injonctions sociales et sociétales revêtant un caractère particulier dans une dimension immédiate. Traiter en EHPAD cette question nécessite de s'arrêter sur les relations en établissement pour personnes âgées, sous l'angle de la psychologie du contact culturel. En effet, dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, c'est (trop) souvent l'état de santé et la dégradation des facultés physiques ou mentales qui sont à l'origine de l'entrée d'une personne dans une structure. De ce fait, l'aspect le plus important, à savoir l'inscription d'un sujet dans une communauté, n'est pas toujours pris en compte.

La culture professionnelle, le milieu social d'origine, les religions, les croyances, les régimes ou habitudes alimentaires, la langue (dialecte ou patois...), sont autant de facteurs difficiles à conjuguer, conduisant certaines personnes à l'exclusion ou à la marginalisation. Ainsi, lorsque sont évoqués les souvenirs ou projections d'un bon repas, il est commun de parler d'une belle assiette, préparée par un bon chef. Ce sont pourtant des facteurs très limitants en termes de communication car le beau, le bon, le bien ne sont-ils pas très subjectifs ?

Concrètement, un établissement d'accueil et d'accompagnement pour personnes âgées est composé de plusieurs métiers. Les dimensions médicales, paramédicales, sociales, économiques, environnementales, éthiques, biologiques, techniques, biomécaniques, sociologiques, etc. entrent en conflit de valeurs et de sens pour chaque résident, mais également pour chaque professionnel.

Les interactions ne vont pas de soi et ne se décrètent pas. Elles ne s'imposent pas, doivent se travailler et faire l'objet d'une réflexion de fond permettant d'interroger les valeurs communes et leurs déclinaisons. Non, le bon sens n'est pas automatique ni systématique. Il est tout au plus fantasmatique.

Dans ce théâtre du vivre ensemble, se jouent alors des jeux d'acteurs, des jeux d'action, où des professionnels revêtent des costumes (tenue d'agent ou d'infirmier,

---

126 Virginie Van Wymelbeke, docteur ès Sciences spécialité Nutrition, chercheur au Centre Hospitalier Universitaire de Dijon et Claire Sulmont Rossé directrice de recherche au centre des Sciences du goût et de l'alimentation, AgropSup Dijon, CNRS, INRA, Université Franche - Comté.

costume de directeur, etc.), pour tenir leur rôle. Ce dernier est un ensemble de conduites normées dictées par la fonction.

Les points sur lesquels il nous semble important d'insister sont ceux relevant de la nécessaire acceptation de la complexité. Selon Edgar Morin, « c'est parce que les hommes refusent la complexité naturelle des choses qu'ils font naître les complications ». Il faut beaucoup de philosophie pour penser un cadre de vie, non pour soi, mais pour autrui et évaluer ses capacités à déployer le cadre légal imposé. Chaque structure médico-sociale a une identité particulière et affirme des valeurs. Chaque professionnel vient quotidiennement rejouer, en interaction avec l'ensemble des êtres et cultures autour de lui, sa partition professionnelle mais également personnelle. Cette partition devrait être interrogée sur un point fondamental : comment est-ce que je reconnais, pour autrui, les valeurs affichées par l'institution, que je dois incarner ? Comment être un professionnel au-delà d'une série d'actes techniques ?

**Suivant une formation de psycho gérontologie en 2006, je rédigeais sous la direction du Pr Patrick Denoux, un mémoire sur la capacité d'un EHPAD à proposer des accueils de jour facilitant, ou non, l'intégration des bénéficiaires. Cela posait nécessairement la question du contact culturel dans ce lieu.**

Une personne accueillie en établissement est, avant tout, un citoyen que nous devons nous refuser de réduire à la somme de ses pertes et déficits. Nous ne plaçons pas en EHPAD, une personne âgée dépendante à risque de dénutrition, incontinente et probablement désorientée. Nous accueillons et avons le devoir de prendre soin, quelles que soient ses facultés, un citoyen auquel nous devons la reconnaissance, en toutes circonstances, même les plus dégradées de son humanité, de sa dignité et ce de façon solidaire.

L'approche interculturelle nous permet de nous référer à un schéma d'analyse des interactions entre l'ensemble des individus et des processus (relationnels, groupaux, culturels...). L'acculturation relève de plusieurs phénomènes se produisant lorsque différents groupes sont en contact prolongé. Il pourra naître de ce contact une nouvelle culture, à l'intersection de toutes celles observées.

Par exemple : Un résident auvergnat est accueilli dans un établissement, sur son bassin de vie. Demandant de la salade, il recevra une vinaigrette conçue par un « super chef » cuisinier arrivant du sud de la France. Moutarde, huile d'olive, vinaigre balsamique, sauce soja sont les composantes principales de l'assaisonnement de la roquette servie.

L'orthophoniste précise ce jour-là que la roquette est dangereuse pour les personnes âgées, elle peut en effet rester colée sur les muqueuses. Le résident nouvellement arrivé ne mange d'habitude que des cœurs de laitue avec du vinaigre de vin provenant de son propre vinaigrier et d'une huile végétale neutre. La salade demandée et servie deviendra objet de tous les conflits car en plus d'être source de risque d'étouffement, elle est noire (sauce soja) et n'a pas la saveur de celle consommée ces 80 dernières années. Cependant, à force de goûter différentes saveurs et modalités d'assaisonnement, ce résident acceptera peu à peu de découvrir les spécialités proposées.

Les étapes pourraient être celles du deuil.

Choc : qu'est-ce que cette vinaigrette noire ! le résident est sidéré.

Déni : Ce n'est pas possible, ne me dites pas qu'il existe des vinaigrettes de la couleur du charbon !

Colère : Ecoutez, je préfère revenir dans mon logement, j'en ai assez vu pour aujourd'hui.

Dévalorisation : Quelle catégorie de cuisinier peut bien faire de pareilles vinaigrettes ? Je n'ai pas choisi de venir ici, pour manger cela ! Pour qui me prend-on ?

Regret : Si seulement je pouvais être chez moi avec ma défunte Simone.

Acceptation : (quelques temps après...) Elle n'est pas si mauvaise cette vinaigrette...

Pardon : je regrette d'avoir jugé si vite, il est doué le petit en cuisine !

Le contact culturel entre résidents, professionnels et les interactions avec les habitudes ou cultures de références ne coulent pas de source.

De plus, promettre un accueil, un accompagnement et des repas de qualité sans interroger le résultat attendu par le convive et faisable pour le professionnel risque de générer ce type de comportement. Le contact culturel peut être négatif et c'est aux professionnels d'adapter leurs cultures de références afin de faciliter l'intégration de résidents qui retrouveront dans les pratiques leurs cultures initiales, tout en acceptant d'en découvrir de nouvelles.

Nous avons souvent entendu de futurs résidents dire l'importance de la soupe pour eux. Une soupe habituellement consommée avec des morceaux et servie désormais mixée produire les mêmes décalages et refus.

Dans la situation qui nous intéresse, le contact continu se fait entre plusieurs groupes : ceux des résidents, ceux des différents corps de métier, les familles, les autorités de contrôle et la société tout entière dans de multiples interactions permanentes.

Un EHPAD et l'ensemble des individus le caractérisant font, ou non, société et sont bien dans le processus décrit. L'intégration, l'assimilation, ainsi que la séparation et la marginalisation font partie des modèles d'acculturation de Berry.

**Lors de l'arrivée d'un résident en EHPAD, plusieurs bouleversements seront observés / subis :**

**1° Sur un plan physique : nouvel habitat, nouveau milieu de vie, « logement ou chambre exigüe » ...**

**2° Sur un plan biologique : les façons de s'alimenter sont différentes, les conséquences de l'évolution polypathologique ou métabolique influent sur la capacité d'assimilation, il peut y avoir de nouvelles souches de microbes et donc de maladies ou d'infections (bactéries multi-résistantes...),**

**3° Sur un plan politique : la vie en institution entraîne des nouvelles règles imposées et donc engendre une perte d'autonomie,**

**4° Sur un plan économique : la mise sous tutelle, curatelle, l'obligation, dans le cadre de l'aide sociale de faire état de ses revenus, de son patrimoine et dans beaucoup de cas, le fait de donner la quasi-totalité de sa retraite pour payer la pension modifient totalement sa façon de gérer son budget, en générant une forme de dépendance souvent mal vécue et une culpabilité vis-à-vis des enfants auxquels nous ne léguerons rien...**

**5° Sur un plan culturel : les modes de vie sont différents, les règles sont celles de la collectivité et de l'institution, donc, d'une culture dominante,**

**6° Sur un plan social : il faut créer des liens, recréer un réseau de relations...**

**7° Sur un plan psychologique : il peut y avoir des confrontations au niveau des valeurs, des attitudes et de l'identité elle-même pouvant générer à la fois un stress d'acculturation et/ou une confusion identitaire.**

**En partant du principe que dans toutes sociétés multiculturelles, toutes personnes ou groupes de personnes ont le choix entre la conservation, le développement de leur propre culture, ou l'instauration de liens (Berry et Kim) ont donc proposé un modèle d'acculturation autour de deux questions majeures :**

	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
<b>Est-il important de préserver son identité ?</b>	X		X		X			X
<b>Faut-il maintenir les relations avec d'autres groupes ?</b>	X			X		X		X
	Intégration		Assimilation		Séparation		Marginalisation	

**Si nous nous référons à ces modèles pour analyser ce qu'est le théâtre du vivre ensemble, cela suppose que différentes notions soient préalablement identifiées, définies, réfléchies, puis construites avec l'ensemble des parties prenantes.**

Lorsqu'un sujet de droit arrive dans une organisation, il a déjà vécu de très nombreuses années. Il a un statut social, joue des rôles sociaux depuis l'âge adulte. Il est chef de famille, artisan, entrepreneur, pêcheur, jardinier, bon cuisinier, ... Finalement, nous ne savons pas grand-chose de la personne qui arrive si nous ne prenons pas le temps de nous y intéresser. En revanche, nous savons qu'il est âgé et qu'il faut lutter contre la dénutrition par la diversification d'une alimentation qui produit par ailleurs d'autres types de gaspillages si nous n'y prenons pas garde. Nous y reviendrons plus tard.

En imposant un cadre de prise de repas, par exemple la salle de restaurant d'un EHPAD sous prétexte que la socialisation est un objectif, voire un impératif dans le projet de la structure, nous affichons un déni véritable du droit à l'autonomie « *Autonomos* ». Le résident doit pouvoir exercer son libre choix sur l'ensemble des dimensions quotidiennes.

Arrivant en établissement, souvent en état de choc, après une rupture, un deuil, un épisode pathologique, une hospitalisation, etc. le résident vient de perdre son conjoint, de quitter son logement, s'interroge sur le devenir de ses terres, sur le lieu de vie de son animal de compagnie, n'a plus son fauteuil, face à sa cheminée, dans son environnement, celui qu'il a construit de ses mains il y a 60 ans.

**Dans ce théâtre du vivre ensemble, la question du repas devient alors un excellent analyseur de l'institution tout entière.**

Pour le directeur, appliquant des références pléthoriques (lois, décrets, circulaires, règlements, recommandations de bonnes pratiques, contrats pluriannuels d'objectifs

avec ou sans moyens), le repas c'est d'abord une belle salle de restaurant, celle que l'on est fier de montrer aux autorités, aux familles ou à la presse. Celle qui permettra plus facilement de recruter un personnel retrouvant ses repères grâce à la modernité des mobiliers, des éclairages, des couverts et de tout un environnement.

Dans l'hypothèse où nous nous adaptons aux caractéristiques des convives, une table nue reçoit un antidérapant facilitant la prise du repas pour une personne dyspraxique. À contrario, si le choix du « Beau » prédomine, l'antidérapant ne pourra être installé du fait de la présence d'un nappage. Le « Beau » devient alors l'ennemi du bien, de l'utile et de l'autonomie...il pourra même aller jusqu'à produire la dénutrition et la disqualification contre laquelle nous sommes censés lutter.

Pour le médecin, un bon repas doit permettre de limiter la fonte de la masse musculaire, avec une baisse de la tonicité consécutive à une sous nutrition protéino-énergétique aux conséquences dramatiquement coûteuses, tant pour le confort de vie que pour l'ampleur des soins. Mais pour qu'il y ait un effet sur la santé, le repas ne doit pas être uniquement « beau et bon », il doit être consommé et les ingestas, mesurés... Cependant qui s'en charge ? Selon quelles règles et quelles méthodes ?

Pour l'infirmière, un bon repas commencera toujours par une organisation dans une salle de restaurant permettant, en un même espace, de distribuer plus facilement les médicaments et de limiter le risque d'erreur ou d'oubli. Mais que produisent les médicaments sur le goût ? Sur la capacité de déglutition ? Sur l'assimilation ? Si la dopamine doit impérativement être donnée 30 mn avant de mobiliser une personne victime de la maladie de Parkinson, qu'en est-il des antiépileptiques astringents ?

Pour la diététicienne, un bon repas, ce sont des menus diversifiés avec des apports riches, respectant le cadre réglementaire et de recommandations imposés. Mais doit-on servir chaque fois des légumes à des personnes diabétiques qui refusent de les manger ? Qui prend la décision de faire évoluer la pratique ? Quel processus d'interrogation et de résolution des problématiques est proposé et mis en œuvre ? Trop souvent, diététicienne et cuisinier sont victimes de la règle. Application aux conséquences coûteuses... car si pour un établissement de 100 résidents, la moitié de la production de 100 grammes de légumes par personne est jetée, cela revient à acheter, stocker, servir, collecter, jeter et payer une taxe sur le poids de la poubelle pour 1 tonne 825 de légumes gaspillés par an.

Pas de coupable mais des pratiques à refonder.

Pour les équipes au service, parfois en difficulté, un bon repas est un repas calme, des résidents qui ne se lèvent pas trop de table, une salle suffisamment grande pour pouvoir mettre le couvert, servir ou débarrasser grâce au passage des chariots. Mais a-t-on pris le soin de leur expliquer lors de leur recrutement ce qu'est un bon repas, ce que sont les caractéristiques des convives et sur quoi ils seront évalués comme « bons professionnels » ?

Pour le cuisinier, un bon repas, ce sont des assiettes revenant vides, des résidents contents, le retour positif des équipes. Cependant, lorsque le cuisinier fait cuire à basse température une viande blanche pour en faciliter la mastication et la déglutition, il essuie trop souvent les commentaires et refus des convives et équipes sur la non-conformité du produit à la représentation de ce que doit être, dans une construction sociale très standardisée, une viande sautée, grillée, marquée, colorée... qui peut juger ou évaluer quoi ?

Pour l'autorité de contrôle, un bon repas, c'est une responsabilité sociale, économique et sociétale, avec des coûts maîtrisés, des achats en filière de proximité, peu de gaspillages, une diminution des chutes et des hospitalisations.



Pour la société tout entière, un bon repas c'est celui que nous aimerions prendre, confectionné par un grand chef, dans des assiettes magnifiquement décorées. Mais que faire alors lorsque les lois, décrets, circulaires et recommandations se contredisent ? En quel espace tout cela peut-il être débattu ? Que faire des rapports de force générés par ces décalages ?

### **Dans ce théâtre du vivre ensemble, quelle est la place du résident ?**

Occupe-t-il la place qui lui revient ou la place qu'on lui laisse ? Est-il le principal acteur ou simple spectateur ? Paye-t-il sa place en première loge ou lui propose-t-on seulement l'accès au dernier balcon... ?

Une personne entrant dans un établissement d'accompagnement est un être de culture, un citoyen, mais c'est aussi un individu subissant les affres du temps. Nous savons que la majeure partie des personnes âgées refuse d'entrer en EHPAD. Ceux qui entrent n'ont pas forcément donné leur consentement, et s'ils l'ont donné, il n'est pas toujours éclairé.

Nos aînés cumulent des troubles d'orientation (spatio-temporels), de préhension (troubles praxiques, motricité fine et tonicité), de basse vision (au moins la moitié des personnes âgées a une acuité visuelle d'environ 3/10).

Des troubles de mastication compliquent le repas (pour croquer il faut des dents bien chaussées, de la force, de l'énergie, de la salive, et pour former un bol alimentaire, il faut une langue maîtrisée). Selon plusieurs études<sup>127</sup> un nombre important de personnes âgées a moins de 10 dents résiduelles efficaces en bouche. Les appareils dentaires sont douloureux dans la majeure partie des cas (réticulation de la mâchoire et fonte de la masse musculaire donc diminution de la langue). Le vieillissement des glandes salivaires, les maladies neuro-évolutives invalidantes rendent complexes la maîtrise de la langue, la formation du bol alimentaire et la déglutition. Souffrant régulièrement de dysphagie (impossibilité de déglutir), la quasi-totalité de nos seniors / convives n'apprécie pas le repas servi.

Le contexte psycho-affectif y est aussi pour beaucoup.

Dans une salle trop bruyante, souvent trop lumineuse pour des personnes atteintes de basse vision, un repas est proposé dans un temps contraint, celui de l'organisation et du droit du travail, avec une exigence correspondant aux critères et caractéristiques de la gastronomie, cette dernière n'ayant rien à voir avec les facultés de nos résidents.

Quoi que...

L'étymologie de la gastronomie « *Gaster-Nomos* » ou étudier les Lois de la digestion chez le sujet âgé nous incite à faire référence aux travaux du Dr Michel Chabert sur l'importance de la phase céphalique (cf. article sur le site [www.nutri-culture.com](http://www.nutri-culture.com)). Quotidiennement, le résident doit subir des assiettes trop chargées, une lumière trop importante, trop de bruits, trop de mouvements, trop d'injonctions, trop de douleurs pour porter la fourchette à la bouche ou pour rester assis de l'entrée au dessert, dans

---

127 Marcenes W., Steele JG., Sheiham A., Walls AW. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cad. Saude Publica*. 2003; 19: 809-1

Folliguet M., Veille-Finet A., Tavernier JC., Charru P., Salomon L. Dental and nutritional status of long-term care institutionalised old adults *Age & Nutrition*, 2004 ;15: 84-89

Bailey RL., Ledikiwe JH., Smiciklas-Wright H and al. Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *J. Am. Med. Diet. Assoc.* 2004; 104:1273-76

un contexte qui n'a rien de socialisant. Chaque jour, en salle de restaurant, un résident renvoie à l'autre l'image du pire état dans lequel il pourrait se trouver.

Si le théâtre du vivre ensemble a pour seul objectif de promouvoir la gastronomie et d'offrir un repas bon et convivial, il semblerait que le repas ne soit pas apprécié par tout le monde. Il est même fui par certains, y compris des professionnels qui se sentent démunis et impuissants.

Que dire de Madame Durand, coquette, ayant toute sa vie portée de jolis chemisiers parfaitement repassés. Qu'en est-il de sa dignité lorsqu'entrant en EHPAD, victime d'un accident vasculaire cérébral et d'une paralysie, elle est quotidiennement affublée d'un T-shirt et d'un bas de survêtement, par commodité pour masquer son change complet ? Qu'en est-il de sa dignité lorsqu'avec une impossibilité d'étanchéité labiale (fermer la bouche) elle sent couler chaque bouchée qui vient maculer ce T-shirt qu'elle déteste tant ? Sommes-nous bien sûrs qu'elle apprécie particulièrement ce moment ?

**Dans ce théâtre du vivre ensemble, la question de l'image et de l'estime de soi ressemble fort à un contact culturel négatif.**

Environ 70 % des résidents accueillis en EHPAD souffriraient de troubles neuro-évolutifs. Sommes-nous certains que pour les « hyperacousiques » le fond sonore diffusant chaque jour une radio différente est demandé et accepté par les résidents ? Sans parler de l'assèchement des muqueuses et l'affaiblissement des glandes salivaires qui rendent difficile l'identification des odeurs, saveurs et arômes.

Pour celles et ceux dont la mémoire défaille, descendre manger en salle à manger à midi, être installés face à des couverts de service alors que l'agnosie est présente, devoir se servir de couverts trop fins lorsque l'on a des problèmes praxiques, répondre favorablement aux sollicitations invitant à finir le repas lorsque qu'ils sont aphasiques et que la compréhension de tous ces mots mis bout à bout ne signifie rien pour eux. Tout cela ressemble plus à un théâtre de conflits qu'au théâtre du vivre ensemble.

La satisfaction devient alors le principal objectif à afficher pour justifier l'habilitation. A coup de normes, de standards, tout est organisé pour déterminer si les résidents sont contents.

Ainsi, nous constatons très souvent, - ne voyez ici aucun jugement de valeur-, un affichage de taux de satisfaction de l'ordre de 98 %, là où le médecin coordonnateur nous invite à constater 45 % de personnes dénutries et où le chef cuisinier relève 35 à 40 % de déchets.

Si nous observons l'augmentation du nombre de compléments nutritionnels oraux achetés, l'augmentation et la variation du pourcentage de personnes dénutries et hospitalisées, nous comprenons que tout cela n'a pas de sens, si les indicateurs restent monofaces.

**Si le théâtre est bien celui du vivre ensemble, alors nous ne pouvons arriver avec des réponses préconçues à des problématiques sociales.**

Dans un discours à la Fondation Nationale de Gérontologie, le 31 mai 1989, Théo Braun (Ministre délégué aux personnes âgées) rappelait que :

Outre la prise en charge médicale nécessaire, la plus grande attention doit être apportée à la satisfaction des besoins relationnels et affectifs des personnes âgées... Les soins techniques les plus perfectionnés ne viendront pas à bout des

problèmes de santé quand la relégation sociale, morale et affective est présente.

La Loi n° 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale garantit que toute personne âgée dépendante garde la possibilité de choisir son mode de vie. Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie offerte par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque.

Il y a, là, quelque-chose d'assez universel...

Voulant maîtriser cet ensemble de risques, les établissements se sont souvent trompés de cible et déploient malgré eux, une organisation non de la vie mais de la prévention des risques. Risque psychosocial, risque de stress, risque de chute, risque de dénutrition, risque d'iatrogénie médicamenteuse, risques bancaire et assurantiel, risque de crise, etc.

Garantir le respect des libertés fondamentales au premier rang desquels la liberté de choix et la liberté d'aller et venir, voilà les véritables enjeux d'une organisation responsable dont la mission première est de préserver l'autonomie. Lorsqu'appliquant des règles et normes souvent contraires et immorales, des établissements diversifient l'alimentation sans tenir compte des attentes exprimées des résidents, lorsque les quantités servies sont inadaptées aux capacités de mastication et qu'elles ont tendance à rebuter les convives, il y a un premier niveau de conflit entre le convive et le soignant au service.

En colère face à cette assiette non consommée, le soignant se retourne vers le cuisinier qui ne comprend pas car il a souvent fait de son mieux. Un deuxième niveau de conflit est généré entre le cuisinier et le soignant. Le cuisinier jette une partie de sa production. Il a acheté, stocké, produit, servi, récupéré puis gaspillé de la matière, du fluide, du temps, etc. En France, une taxe sur le poids de la poubelle est appliquée, générant un nouveau conflit entre le directeur et le cuisinier. Le résident expliquant à sa famille qu'il ne mange pas ce qu'il aime, entraînera un nouveau conflit entre la famille et le directeur. Les autorités seront alors saisies pour contrôler les dysfonctionnements, souvent du point de vue de la norme, pas de la question du sens...

En décomposant ces injonctions paradoxales, Nutri-Culture les a regroupées en trois catégories. Les gaspillages sont humains, techniques et managériaux. Ils concernent les dimensions économiques, sociales, médicales, environnementales, etc. La raison ? L'injonction paradoxale d'un prendre soin répondant uniquement à la représentation que nous avons des besoins du senior, bien plus qu'à l'interrogation de ses attentes, dans un système multiculturel complexe.

Chaque jour, des individus qui œuvrent en établissement (êtres de culture) travaillent sans tenir compte de leurs valeurs. Ils occupent une fonction (un métier) de manière souvent procédurée et parfois mécanique. Ils obtiennent un résultat qui n'est pas toujours celui attendu.

Comme le précise le sociologue Michel Billé, si nous travaillons sans tenir compte de nos valeurs, nous travaillons contre nos valeurs, ce qui nous invite à œuvrer contre nous-mêmes. Dans de nombreux échanges avec le professeur Patrick Denoux, spécialiste du contact culturel, celui-ci nous rappelle à quel point l'injonction paradoxale génère des décalages entre la qualité et la quantité, entre l'éthique et la norme, entre les êtres et des situations.

Face à ce constat, repéré dans de nombreux pays, Nutri-Culture propose réflexions et solutions qui loin d'être techniques, intègrent l'ensemble des dimensions précitées.

### **La méthode déployée par Nutri culture**

Dans ce théâtre du vivre ensemble, il y a des solutions. Elles consistent à changer de costume, à modifier les interactions, les jeux de rôles et d'acteurs pour repenser, ensemble les principes éthiques d'action cohérents, coordonnés, consentis et évalués par les seuls experts du quotidien : les résidents eux-mêmes.

Redonnons-leur le 1<sup>er</sup> rôle.

Le professeur Patrick Denoux, à qui j'adresse toute ma reconnaissance et mes plus vifs remerciements, nous a accompagné lors de nos études et dans la mise en œuvre de nos actions. Tout comme Michel Billé avec qui nous collaborons continuellement et beaucoup d'autres personnes que nous avons eu la chance de rencontrer. Le Professeur Hirsch, spécialiste de la question éthique, nous a cité lors d'un colloque en présentant l'équipe de Nutri-Culture comme « des guerriers de l'ombre ». Tout comme beaucoup d'autres personnes, professionnels, aidants, aidés, que nous avons eu la chance de rencontrer.

### **Nous sommes des artisans, ayant pour objectif de réduire les écarts entre l'éthique et la norme, entre la qualité et la quantité en invitant l'ensemble des professionnels à faire un pas de côté.**

Un objectif est fixé par les autorités de contrôle, par les résultats issus d'évaluations multiples. Cet objectif donne lieu à la construction d'un projet. Le projet nécessite d'avoir une vision du résultat que nous souhaitons atteindre. Ce résultat peut être décomposé en indicateurs attendus.

Qu'est-ce qu'un bon repas ? C'est un repas identifiable et identifié, consommable et consommé ayant un impact sur la satisfaction du résident, sur sa sécurité et bien évidemment sur sa santé. Rien ne sert de perdre beaucoup de temps et d'argent à décorer une assiette de carottes râpées avec citron, ciboulette et olives noires pour une personne agnosique, atteinte de basse vision et en déficit protéique qui n'a jamais mangé de crudité.

Qui peut prendre la décision de lui présenter son plat de résistance en même temps que les entrées pour les autres résidents ? Qui peut décider de servir rapidement un résident mal positionné, assis sur son sacrum et ne supportant plus la station assise au bout de 30 minutes ?

Répondre aux caractéristiques psychologiques, physiologiques, pathologiques, sociologiques, culturelles des résidents, c'est leur reconnaître solidairement ce droit à l'autonomie et leur dire qu'à nos yeux, ils sont humains, dignes, leur rappeler que nous leur proposons en toutes circonstances, un accompagnement juste et équitable...

### **C'est ce principe éthique d'action qui doit remplacer les jeux de rôle, de pouvoir dans le théâtre actuel des incohérences subies par tous.**

### **La performance souvent attendue au sein des organisations ne peut passer que par la responsabilité sociale et la cohérence des objectifs, valeurs, moyens et résultats.**

La compétence humaine, technique et managériale aussi bien des équipes que des cadres à leur service et des autorités de contrôle elles-mêmes, aux prises avec la question du sens, posera les solidarités sociétales indispensables à la naissance de changements en profondeur.

Un individu qui occupe une fonction est un être de valeurs. La fonction relève du savoir-faire. L'organisation attend de lui une posture et des résultats. Si cet

ensemble est précisément défini, l'individu est reconnu en tant qu'être de valeurs, bon professionnel, ayant des résultats appréciés, alors la question de la motivation reste intacte. Subissant moins d'injonctions contraires et paradoxales permanentes, l'équipe peut ainsi s'agréger autour de valeurs répondant aux attentes, besoins, droits, goûts, dégoûts, cultures et habitudes de vie des résidents, Citoyens avant tout. Rappelons qu'ils sont « témoins d'hier et d'aujourd'hui, ils sont le passé au présent sans être nécessairement dépassés ». Jean Carette nous précise également dans ce livre *L'âge dort ?* que « Le 3<sup>ème</sup> âge ne peut être celui de l'attente, sereine et en tout cas stérile de la mort, il devient celui d'une participation indispensable et féconde aux grands mouvements de la vie collective » (Carette, 2000).

C'est ici que se trouve le théâtre solidaire du vivre ensemble.

Chez Nutri-Culture, nous créons des outils et méthodes pour faciliter la rencontre quotidienne entre les professionnels, les résidents et les familles. À l'image des systèmes de valeurs décrits par le professeur Denoux, nous pensons que la composition indispensable entre la règle, la norme, l'éthique, le sens, etc. doit être travaillée régulièrement au moyen d'une analyse transversale des pratiques. Cultures, prospectives, projets et solutions d'accompagnement sont présentés sur notre site [www.nutri-culture.com](http://www.nutri-culture.com). Vous y trouverez des informations et dossiers thématiques cofinancés et soutenus par AG2R la Mondiale, Malakoff-Humanis, la Région Nouvelle-Aquitaine, le Gérontopôle Nouvelle Aquitaine, le groupe AGRICA...

Nous pensons avant tout que le projet repose sur deux dimensions.

**Le oui d'abord !** Un résident veut manger deux yaourts, c'est oui d'abord. Les questions logistiques et économiques seront traitées entre les professionnels. Le résident, acteur et non otage, ne doit pas subir les non-sens aberrants de règles économiques.

Le second impératif est le fait que chaque personne présente dans l'organisation **doit se sentir concernée par la condition d'autrui**. Plus qu'une action professionnelle, c'est une façon quotidienne d'être au monde avec les autres et en interaction, c'est une action sociale et un engagement, c'est un objectif stratégique et opérationnel conscient, permettant de guider les professionnels dans leur action en vue d'obtenir, plus que des résultats, une évolution collective des cultures, des pratiques, pour de justes postures.

Dans ce théâtre du vivre ensemble, il n'y a souvent pas assez de répétition pour accorder les instruments, faire se rencontrer les acteurs et travailler sous la baguette d'un chef ayant suffisamment de latitude pour se mettre en émotion quotidiennement et s'engager, au service des résidents, des familles, mais aussi des équipes présentes.

Dans ce théâtre du vivre ensemble, il y a un risque majeur de traiter la question multiculturelle par le refus, par l'injonction, par la dérive sanitariste et par la recherche systématique de coupables bancaires ou assuranciers qui seront facilement désignés.

Dans ce théâtre du vivre ensemble, il y a un dedans et un dehors, ce qui se rejoue à l'intérieur, c'est la place qu'une société tout entière refuse à ses aînés, à l'extérieur. Dans une culture jeuniste de la performance, du tout urgent mondialisé, nous refusons aux Citoyens, seniors (jeunes depuis plus longtemps que nous dit Michel Billé) LEUR place, car ils nous font peur.

Nous avons peur de vieillir, nous avons peur de la maladie, nous avons peur de la dépendance, nous avons peur de la mort, alors nous allons les nourrir de façon protéino-énergétique adaptée, quantifiable, si possible, en texture modifiée pour,

comme au théâtre, éviter les fausses notes et les fausses routes et ainsi se dégager de toute responsabilité, comme si la mort avait besoin d'un responsable ou d'un coupable.

Dans *Vers la société sans père*, Alexander Mitscherlich déclarait : « On voudrait vivre sans vieillir, alors on vieillit sans vivre » (1969). Laissons les résidents vivre ce qu'ils souhaitent et coordonnons nos efforts pour que le respect de la liberté d'être, d'aller, de choisir soit la base de toutes les formations continues en référence au savoir-être des professionnels et plus généralement des aidants.

Dans ce théâtre du vivre ensemble, nous avons à repenser collectivement les valeurs qui nous fondent à agir, nous avons à vaincre les représentations mortifères, improductives de la vieillesse et penser ensemble des formes d'intégration, dans le respect des individus, de leur culture, dans la valorisation des différences et expériences et la reconnaissance de chacun.

Nutri-Culture a souvent été considéré comme une organisation basée sur la nutrition. Il n'en est rien, nous voulons nourrir les cultures, les réflexions, les projets, les convives, offrir l'accès, pour tous, en toutes circonstances à un repas plaisir et santé solidaire, responsable, viable, vivable et durable.

Dans ce théâtre de la vie, nous vous invitons à partager ces réflexions pour grandir ensemble et nourrir des mouvements Citoyens, solidaires, au service de tous.

Venez nous rencontrer et faites-nous découvrir vos cultures, vos repas, ce seront certainement de nouvelles approches, d'exquises saveurs qui offriront cultures et voyages imaginaires, réflexions et expériences pour nourrir demain.

## Références

- Alexander Mitscherlich (1969). *Vers une société sans père*, Paris : Editions Gallimard
- Berry J.W. ; Kim U. ; Mok D. (1987). *Comparative studies of acculturative stress*.  
Review
- Berry J.W., Kim U. (1987). "Acculturation and mental health". In : P.Dasen, J.W.Berry and N. Sartorius (Eds). *Health and Cross-cultural Psychology Towards Applications@*. LondonSage
- Berry J.W. (1989). « Acculturation et adaptation psychologique ». In : *La recherche interculturelle* Paris : L'Harmattan
- Berry JW, Poortinga YH, Segall MH, Dasen PR, (1992). *Cross-cultural psychology : research and applications*. Cambridge University Press.
- Berry JW et Kim U. (1988). "Acculturation and mental health". In P.R. Dasen, J.W. Berry et N. Sartorius (dir.). *Health and cross-cultural psychology : Toward applications* (207-238). Beverly Hills, CA : Sage Publications.
- Berry JW et Sam D (1997). "Acculturation and adaptation" In JW Berry, MH Segall, & C Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology*, vol. 3, (pp. 291-326), Boston, Allyn & Bacon,
- Billé M. (2014). *La tyrannie du Bienvieillir*. Toulouse : Editions Eres
- Billé M., D. Martz., (2014). *La société malade d'Alzheimer*. Toulouse : Editions Eres
- Billé M. (2014). *Lien conjugal et vieillissement*. Toulouse : Editions Eres
- Billé M., MF Bonicel, D. Martz (2014). *Dépendance quand tu nous tiens*. Toulouse : Editions Eres

Blomart J. et Krewer B. (1994). *Perspectives de l'interculturel*, Paris : L'harmattan  
\_\_\_\_\_. *Perspectives de l'interculturel. Actes du IV<sup>e</sup> congrès de  
l'ARIC, Liège, Paris*

Braun Théo (31 mai 1989). *Discours à la fondation nationale de gérontologie*

Camilleri C, Cohen-Emerique M. (1989). *Chocs de cultures*. Paris : L'Harmattan

Clanet C. (1990). *L'interculturel. Introduction aux approches interculturelles en  
éducation et en sciences humaines*. (2<sup>e</sup> édition, 1993), Toulouse : Presses  
Universitaires du Mirail

Dasen et de Ribeaupierre, (1987). « Cross cultural differentials perspectives ». Néo  
piagetian théories, international journal of psychologie

De Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. Paris : Editions Gallimard

Denoux P. (2014). *Pourquoi cette peur au ventre*. Paris : Editions Lattès

Denoux P. (1995). « La recherche interculturelle en France ». In : M Abdallah,  
Pretceille et Thomas. *Relations et apprentissages interculturels*. Paris,  
Armand Colin

Denoux P. (2005). *Assises de la recherche, de l'innovation et des nouvelles  
technologies*. Paris

\_\_\_\_\_. (2019) *L'identité interculturelle*. Bulletin de psychologie N° 419

Guerraoui Z. ; Troadec B. (2000). *La psychologie interculturelle*. Paris : Edition  
Armand Colin

Jean Carette (2000). *L'âge dort*, Montréal : Editions Boréal

Jodelet (1991). *Les représentations sociales*. Paris : Edition Presse universitaire de  
France

Krewer et Jahoda (1993). Union internationale de psychologie scientifique,  
Psychologie et culture, vers une solution du Babel

Morin E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Editions du Seuil

Redfield, Linton, Herskovitz (1936). *Mémorandum on the study of acculturation*.  
Americananthropologist

## Webographie :

[https://anr.fr/fr/actualites-de-lanr/details/news/aupalesens-proposer-de-  
nouvelles-solutions-pour-lutter-contre-la-denutrition-des-seniors/](https://anr.fr/fr/actualites-de-lanr/details/news/aupalesens-proposer-de-nouvelles-solutions-pour-lutter-contre-la-denutrition-des-seniors/)

[https://www.nutri-culture.com/fr/base-documentaire/fiche/nutri-culture-devorer-  
avec-les-yeux-focus-de-michele-chabert](https://www.nutri-culture.com/fr/base-documentaire/fiche/nutri-culture-devorer-avec-les-yeux-focus-de-michele-chabert)



## Los asuntos sociales de la embajada de España en Francia: promoción y asociacionismo de las personas mayores en Francia<sup>128</sup>

Social affairs Spain embassy in France: promotion and associations of Spanish elderly people in France

**Gil RAMOS MASJUAN<sup>129</sup>**

Consejero de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social  
Embajada española en Francia, ante la OCDE y Andorra  
París, Francia

<https://orcid.org/0000-0003-1569-3375>

[masjuan@yahoo.com](mailto:masjuan@yahoo.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4339>

DOI : 10.25965/trahs.4339

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Resumen:** La misión de la **Consejería de Trabajo, migraciones y seguridad social**, bajo mandato de la Embajada, es la de dinamizar las relaciones entre las instituciones francesas y españolas, promoviendo un mejor conocimiento de la realidad sociolaboral de los dos países.

En particular, por lo que respecta a las **personas mayores** nuestro objetivo es el de promocionar y facilitar las mejores condiciones de vida y trabajo de los españoles que residen, y han trabajado en Francia, así como facilitar la tramitación de las ayudas a asociaciones de españoles en Francia y canalizar el **programa IMSERSO**. Francia ha sido uno de los países europeos que más **emigración española** ha recibido. El componente mayoritario de la colonia española en Francia es el de jubilados, debido al carácter histórico de esta emigración, cuyo interés se centra en muchas ocasiones en la participación anual en los viajes turísticos del IMSERSO. Los aglutinantes tradicionales del asociacionismo español en Francia han sido el de mantener lazos con la cultura española, a través de la música y el baile, la

---

<sup>128</sup> Conferencia magistral presentada por Gil Ramos Masjuan con motivo del IV Congreso de la Red Internacional ALEC sobre «Las Personas Mayores en el Mundo en el Siglo XXI. Aprender a convivir» del 6 al 8 de septiembre de 2021 en la Universidad de Limoges, Francia

<sup>129</sup> Ejerce este cargo desde 2017, siendo responsable bajo la dependencia del Embajador en Francia y del Embajador ante la OCDE de las materias laborales y de seguridad social, en representación de los Ministerios de Trabajo y Economía Social y de Inclusión, seguridad social y migraciones. Como funcionario de carrera del Cuerpo Superior de Inspectores de Trabajo y Seguridad Social, desde 2002, ha desempeñado funciones inspectoras y también directivas en la Administración pública, estando al frente de la Unidad especializada de Riesgos laborales de la Dirección Territorial de la Inspección de Trabajo de Madrid, de 2015 a 2017, y como subdirector general en la DG de economía social, trabajo autónomo y responsabilidad social de las empresas de 2006 a 2010. En el ámbito internacional ha sido miembro del Comité de Empleo en la UE (2006-2009) y titular del Grupo de Alto nivel de RSC de la CE (2008-2010). Ha sido profesor asociado de Universidad de Alcalá en RSC (2008-2010) y del Centro de Estudios Financieros preparación Inspectores de Trabajo (2012-2017).



transmisión generacional de la lengua, viajes, fiestas y reuniones de convivencia siendo el núcleo común de las asociaciones nuestra gastronomía. En los últimos años, se ha observado una gran demanda de talleres destinados a las personas mayores. Para cumplir su cometido, la Consejería mantiene contactos, de forma regular, con unas 100 asociaciones de españoles, esencialmente a través de los **programas de ayuda del Ministerio de Inclusión, migraciones y seguridad social** y la información facilitada a través de las redes sociales.

Palabras clave: emigración española, programa IMSERSO, Consejería de trabajo

**Résumé : La mission du Bureau du Conseiller du Travail, des Migrations et de la Sécurité Sociale**, sous le mandat de l'Ambassade, est de stimuler les relations entre les institutions françaises et espagnoles, en favorisant une meilleure compréhension de la réalité sociale et professionnelle des deux pays.

En particulier, en ce qui concerne les **personnes âgées**, notre objectif est de promouvoir et faciliter les meilleures conditions de vie et de travail pour des ressortissants espagnols résidant et ayant travaillé en France, ainsi que de faciliter le traitement des aides aux associations espagnoles en France et gérer le **Programme touristique IMSERSO**.

La France a été l'un des pays européens qui a reçu le plus d'**émigration espagnole**. La composante majoritaire de la colonie espagnole en France est celle des retraités, en raison du caractère historique de cette émigration, dont l'intérêt se porte souvent sur la participation annuelle aux voyages touristiques IMSERSO.

Les liens traditionnels des associations espagnoles en France ont été de maintenir la culture espagnole, à travers la musique et la danse, la transmission générationnelle de la langue, les voyages, les fêtes et les rencontres de coexistence, étant le noyau commun de nos associations, la gastronomie.

Ces dernières années, il y a eu une forte demande d'ateliers pour les seniors. Pour mener à bien notre mission, le ministère entretient des contacts, sur une base régulière, avec une centaine d'associations espagnoles, essentiellement à travers les **programmes d'aide du Ministère de l'Inclusion, des Migration et de la Sécurité Sociale** et les informations fournies par les réseaux sociaux.

Mots clés : émigration espagnole, programme IMSERSO, Bureau du travail

Abstract: The goal of the Labor Office, under the mandate of the Spanish Embassy, is to stimulate relations between French and Spanish institutions, promoting a better understanding of the socio-labor reality of the two countries. In particular, regarding the ageing issue, our objective is to promote and facilitate the best living and working conditions for Spanish who reside and have worked in France, as well as to facilitate the processing of the grants to the Spanish associations in France and to manage the IMSERSO program. France has been one of the European countries that has received the most Spanish emigration. The majority component of the Spanish colony in France is that of retirees, due to the historical nature of the migration process, whose interest is often focused on the annual participation in IMSERSO tourist trips. The traditional goals of spanish associations in France have been to maintain the link with the Spanish culture, through music and dance, the generational transmission of the language, travel, parties and gastronomic meetings. In recent years, there has been a great demand for workshops for the Spanish elderly people. To fulfill its mission, the Ministry maintains contacts, on a regular basis, with almost 100 Spanish associations, essentially through the grant programs of the Ministry of Inclusion, social security migration and the information provided through social networks

Keywords: Spanish migration, IMSERSO program, Labor Office

Las Consejerías de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social son órganos técnicos especializados de las Misiones Diplomáticas y de las Representaciones Permanentes del Reino de España, para el desarrollo de las funciones que, en el marco de las competencias de los Ministerios de Trabajo y Economía Social y de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, les encomienda la Ley 2/2014, de 25 de marzo, de la Acción y del Servicio Exterior del Estado y del Real Decreto 499/2020, de 28 de abril, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Economía Social.

La existencia de la Oficina laboral en Francia deriva de las circunstancias históricas, debido fundamentalmente a la eclosión de la emigración española de principios de siglo XX y de los años 50 y 60. La Oficina evoluciona como Instituto Español de Emigración (1956), luego se promulga posteriormente la Ley 93/1960, de 22 de diciembre, sobre bases de ordenación de la emigración, y se constituyen las Agregadurías laborales y su organización territorial con las distintas secciones en Francia. Los cambios políticos-sociales-económicos en los 80 y 90, y sobre todo la entrada en la CEE hacen jugar un nuevo rol de las Agregadurías, pasando a ser Consejerías Laborales con un nuevo decreto de estructura en 2015 y ya más recientemente en 2020 con el decreto 499/2020.

La misión de la Consejería es doble. Por una parte, desarrolla una acción directa a favor de los ciudadanos españoles en Francia, promocionando las mejores condiciones de vida y trabajo de los españoles que viven, trabajan o han trabajado en Francia, facilitando la búsqueda de empleo en este país, a través de la información, el asesoramiento; llevando a cabo la gestión y tramitación de los programas de ayuda a asociaciones de españoles en Francia, y de modo especial canalizando la tramitación del programa de turismo del IMSERSO. Para ello, la oficina efectúa su difusión por medio de las redes sociales, páginas web y Twitter. Por otra parte, la Consejería actúa indirectamente a favor de los ciudadanos españoles por medio de la representación institucional, dinamizando las relaciones entre las instituciones francesas y españolas, bajo mandato de la Embajada, trasladando la oportuna información en las materias competencia del Ministerio y promoviendo un mejor conocimiento de la realidad sociolaboral de los dos países, que redundan en beneficio de la legislación en España. Asimismo, sobre la base de su acreditación ante la OCDE y bajo la dependencia de la Representación Permanente de España, la Consejería gestiona, canaliza y fomenta la participación activa de los delegados ministeriales ante dicha Organización Internacional y mantiene la acreditación en Andorra en favor de los españoles allí residentes.

Debe destacarse la cifra de residentes españoles inscritos oficialmente en el país, que ha ido incrementándose paulatinamente, entre desde 2010 (211.000) y 2020 (305.000). En este sentido, según datos estadísticos del INSEE, 241 000 residentes procedentes (inmigrados) de España, representaban el 3,6 % del total de los residentes en Francia. Se trata de una población envejecida, ya que el 54,1 % tenía 60 o más años de edad (la media de esta franja de edad del conjunto de los inmigrantes que viven en Francia es del 24,9 %) y el 19 % tenía menos de 30 años de edad. Por lo que se refiere a los descendientes de los inmigrantes, en el año 2019 había 521.000 cuyos antepasados habían llegado a Francia desde España. Suponen el 6,8 % de los descendientes de inmigrantes que residen en el país. A la luz de los datos referidos, se denota una gran estabilidad en las cifras de residentes en Francia (en torno a 300 000), con un crecimiento anual entre 1,8% (2017) y 3,69% en (2019).

Dada la proximidad de los dos países, con sistemas sanitarios similares y medidas de protección social muy parecidos, en principio, y salvo que hubiese una nueva ola

Covid19 de grandes consecuencias, no se prevé un retorno masivo ni tampoco una entrada de impacto de españoles en Francia. La firma del convenio de doble nacionalidad España-Francia firmado en la pasada cumbre bilateral de *Montauban* de marzo 2021 coadyuvará, sin duda, a reforzar la referida estabilidad de la comunidad española en Francia.

La clave de bóveda del servicio público que presta la Consejería radica en la atención especializada y personalizada a la ciudadanía española en Francia. En el ámbito cuantitativo así lo determinan los indicadores de 2020 recabados tanto en sede en París, como en las secciones de Pau, Montpellier, Lyon y Toulouse, en materia de procedimientos por correo electrónico (17.467), procedimientos por vía postal (1.731), atención telefónica (5,981) y la atención presencial (1.034), que lógicamente disminuyó a raíz de la pandemia. En el aspecto cualitativo cabe señalar las diversas actuaciones específicas de la Consejería en el terreno de la orientación y promoción del empleo y en el plano institucional. Pero en cuanto a la protección y atención a personas mayores, resulta menester destacar expresamente los elementos de atención en asociaciones, sociolaboral y el programa IMSERSO.

En relación al área del asociacionismo, donde cobra especial interés el protagonismo de las personas mayores, la Oficina laboral facilita el mantenimiento de las relaciones con los centros y asociaciones de españoles en Francia garantizando el contacto con el terreno y el vínculo con las secciones de fuera de Paris. La Consejería asiste regularmente a los eventos organizados por las asociaciones. Además, gestiona los programas de ayudas del Ministerio para estas asociaciones en el exterior. En este asunto se está produciendo una amplia reflexión, especialmente sobre el devenir de asociacionismo en Francia, debido en gran medida, a la falta de relevo generacional, con un peso emotivo de personas mayores que siguen al frente de un asociacionismo español clásico en Francia.

Otra de las funciones relevantes de la Consejería es la intervención ante las diferentes instituciones de la seguridad social francesa en caso de problemas de los residentes españoles beneficiarios de prestaciones francesas, que en la mayor parte de los casos afectan a pensionistas, personas que son muy mayores con poca capacidad tecnológica de gestión o incluso de comprensión. El ejemplo más patente es el de las suspensiones del abono de pensiones por los organismos franceses (CNAV, CPAM, MSA, AGIRC ARCO, etc.) por falta de acreditación de la vivencia u otras causas. La labor de la Consejería se centra en interactuar con nuestros colegas franceses para evitar y solventar dichos problemas del modo más ágil y eficiente posible. Ello supone asimismo disponer de un vínculo directo con las entidades de la seguridad social española: INSS, TGSS. Del mismo modo, la Oficina puede servir de ayuda a las personas mayores que, desde Francia quieren acceder a otras prestaciones de la seguridad social española, como en el caso de emisión de certificaciones de comparecencia personal de pensionistas. En cualquiera de los casos, la Consejería ofrece en su web muy diversa información sobre derechos y obligaciones en Francia y en España en materia de seguridad social.

Sin perjuicio de las actuaciones descritas anteriormente, el principal servicio dirigido a las personas mayores está constituido por el programa del IMSERSO y toda su gestión. En este contexto, es preciso bucear brevemente en el origen del programa para poder comprender su alcance y conocer la situación actual del mismo.

La historia de lo que se bautizaría como viajes del INSERSO (Instituto Nacional de servicios sociales) comenzó a escribirse en el año 1985 con 16.000 plazas, 19 hoteles y dos destinos: Benidorm y Palma de Mallorca. En ese año, Matilde Fernández, ministra de asuntos sociales se reunió con varios empresarios hoteleros de Baleares, acompañados de algunos representantes de los sindicatos UGT y CC OO, y con

Joaquín Almunia cuando era ministro de Trabajo. Los hoteleros buscaban la manera de no tener que cerrar en invierno y para los seniors se trataba de generar calidad de vida creando riqueza para el país. Si los hoteles seguían abiertos todo el año se estaba ayudando a crear empleo, dinamizando el sector y dando la oportunidad de enriquecer sus vidas a muchos españoles mayores que nunca habían salido de casa, o que jamás se habían subido a un tren o un avión. En sus más de 30 años de historia, el programa ha evolucionado mucho, tanto en número de plazas disponibles como la variedad de destinos. Se produjo la modificación de la terminología por la adecuación de competencias de las CCAA, pasando al Instituto de Migraciones y Servicios sociales (IMSERSO). En los viajes se incluyen todo tipo de actividades, además de los viajes vacacionales, se incluyen recorridos culturales, donde es posible visitar parte del rico patrimonio histórico cultural del destino elegido.

Teniendo en cuenta que la media de esperanza de vida es cada vez mayor, es deseable poder llegar a la vejez con buena salud, con bajo riesgo de enfermar y con excelente estado funcional tanto físico como mental; es decir, disfrutar de una vejez exitosa. Si a esto le añadimos la consecución de una actitud positiva ante el propio proceso de envejecimiento y una vinculación y participación social activa, conseguiremos lo que podemos llamar envejecimiento activo.

La OMS (2002) en su documento “Envejecimiento activo: un marco político” define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados».

La OMS establece cinco pautas necesarias para potenciar el envejecimiento activo. Tener buena salud: prevención y promoción de la salud. Tener un buen funcionamiento físico: mantener la actividad física y realizar ejercicio. Promover el envejecimiento activo saludable. Tener un buen funcionamiento mental con el mantenimiento de la capacidad mental y de aprendizaje. Ser independiente y autónomo mediante la prevención específica de la discapacidad y la dependencia. Tener vinculación y participación social. Se trata de promover y mantener la actividad y la participación social.

Los viajes del IMSERSO facilitan a sus usuarios cumplir con estas pautas. Dado que son viajes en grupo, permiten conocer personas de su misma edad y con inquietudes y vivencias similares. Una de las opciones del programa de viajes, que permite ampliar el círculo social de los participantes, es poder viajar con otros usuarios del programa, que suelen ser personas a las que han conocido en viajes anteriores.

En relación con la situación actual del programa, debe destacarse que el 12 de septiembre de 2018, se publicó la Orden SCB/926/2018, de 10 de septiembre, por la que se regula el Programa de Turismo del Instituto de Mayores y Servicios Sociales que modificó alguno de los requisitos para participar. Justo después llegaría el Covid19 y la suspensión de Viajes en 2020-2021. En este año 2021 se ha retomado la actividad. Con la convocatoria de la temporada 2021/2022 se ofertan más de 800.000 plazas a destinos peninsulares e insulares.

El IMSERSO desarrolla su programa de turismo como un servicio complementario de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social española. El objetivo es proporcionar a las personas mayores estancias en zonas de costa y turismo de interior, contribuyendo con ello a mejorar su calidad de vida, su salud y la prevención de la dependencia. Este programa está dirigido a pensionistas de

jubilación del Sistema Público de Pensiones, pensionistas de viudedad con 55 o más años, pensionistas por otros conceptos, o receptor de prestaciones o subsidios de desempleo, con 60 o más años de edad, titulares o beneficiarios del sistema de la Seguridad Social, con edad igual o superior a 65 años. Pueden ir acompañados por su cónyuge o persona con análoga relación de afectividad sin necesidad de que este reúna los requisitos de edad. También pueden acompañar a los usuarios titulares sus hijos, de cualquier edad, con discapacidad, en grado igual o superior al 45%, debiendo compartir la misma habitación. Los usuarios del programa deben poder valerse por sí mismos para las actividades de la vida diaria.

Igualmente, pueden participar en el programa españoles residentes en el exterior que perciban una pensión del Sistema de la Seguridad Social español y reúnan iguales requisitos de edad y condiciones. Pueden ir acompañados por su cónyuge o persona con análoga relación de afectividad sin necesidad de que este reúna los requisitos de edad. En este sentido, el programa tiene un especial valor y aceptación entre el colectivo de españoles residentes en Francia, porque además de promover el envejecimiento activo les permite viajar a su país de origen. En muchos casos, migraron cuando eran pequeños junto con sus padres, y esto hace que sea una gran oportunidad de conocer su país y a otras personas como ellas, que se vieron en la necesidad de emigrar a otros países en busca de mejores oportunidades.

En términos económicos, el programa está organizado y financiado parcialmente por el Ministerio de Derechos sociales y Agenda 2030, a través del IMSERSO, quien facilita, asimismo, los medios humanos y técnicos precisos para la planificación de la acción, su seguimiento y control. La ejecución se realiza a través de empresas del sector turístico, que hayan resultado adjudicatarias del concurso público que a tal efecto convoca el IMSERSO, que se encarga directamente del proceso de selección de los usuarios y lleva a cabo el seguimiento del programa. Las Consejerías de trabajo de la UE canalizamos las solicitudes en el exterior. El IMSERSO lleva a cabo el seguimiento relativo a la creación y mantenimiento del empleo derivados de la ejecución del programa, a través de las comisiones de seguimiento ubicadas en las distintas zonas de desarrollo del programa. Esta gestión combinada y conjunta, permite ofrecer un número importante de plazas, gran variedad de destinos y fechas a los usuarios, en condiciones económicas favorables, lo que ha consolidado el programa y mantiene una gran aceptación tanto entre los usuarios, como entre los distintos agentes sociales por el impacto en el empleo y la actividad económica.

En definitiva, más allá del coste del programa, resulta evidente y se ha demostrado históricamente, que tanto en el aspecto de beneficio económico y de empleo para las zonas turísticas como sobre todo en el aspecto de beneficio humano para las personas mayores, el programa constituye un éxito rotundo. Esta Consejería lleva años facilitando la gestión de este programa. Unos 5.000 beneficiarios al año aproximadamente. Sin duda, para estas personas mayores los viajes del IMSERSO suponen una ilusión no solamente por el hecho de sentirse activos y con salud para poder moverse y viajar, sino también por la emoción de volver a su tierra, a su patria y sentirse queridos por un país que les reconoce y les mimas. Por todo ello, esta iniciativa resulta de gran valor y merece ser conocida en otros países del entorno ALEC, tal y como se ha podido llevar a cabo en este magnífico IV Congreso de Limoges.

# Société

## Society



## Mobilité des personnes âgées dans les territoires ruraux : quelles perspectives en France ?

Mobility of elderly people in rural territories : what prospects in France ?

**Maylis POIREL<sup>130</sup>**

IFSTTAR  
Université Gustave Eiffel  
Ecole des Ponts ParisTech, Paris, France

<http://orcid.org/0000-0002-2440-6262>

[maylis.poirel@auxilia-conseil.com](mailto:maylis.poirel@auxilia-conseil.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4190>

DOI : 10.25965/trahs.4190

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Cet article concerne le sujet du monde rural au prisme de la mobilité. En France, comme dans la majorité des pays développés, les personnes âgées souffrent d'un extrême isolement. C'est particulièrement vrai en zone rurale : la population y est plus âgée, plus précaire, plus dépendante de la voiture, plus éloignée des services. Pour les personnes âgées, le moment de la déprise automobile constitue une rupture du point de vue de la mobilité, et donc de la vie sociale. Depuis longtemps, Auxilia s'est intéressé aux enjeux de mobilité des seniors en zone rurale. Cet article propose de tirer des leçons de missions réalisées au sein d'Auxilia, en les mettant en perspective avec des travaux de chercheurs portant sur les personnes âgées, le monde rural et la mobilité. Dans quelle mesure les solutions alternatives à la voiture individuelle déployées dans les territoires ruraux rencontrent-elles les personnes âgées ? Comment concilient-elles les différents objectifs et différents publics qui leur sont attribués ? Nous chercherons à répondre à ces questions en analysant dans un premier temps le cas d'un service rural pensé spécifiquement pour les personnes âgées, puis en ouvrant dans un second temps à d'autres solutions adressées à un public plus large.

**Mots clés :** mobilité, ruralité, personnes âgées, inclusion, accessibilité

**Abstract:** This paper concerns the subject of the rural world through the prism of mobility. In France, as in most developed countries, elderly people suffer from extreme isolation. This is particularly true in rural areas : the population is older, more precarious, more dependent on the car and further away from services. For the elderly, the moment when the car is no longer needed is a break in mobility, and therefore in social life. For a long time, Auxilia has been interested in the mobility issues of seniors in rural areas. This paper proposes to draw lessons from missions carried out within Auxilia, by putting them in perspective with the work of researchers on the elderly, the rural world and mobility. To what extent do alternatives to car ownership meet the needs of the elderly in rural territories ? How

---

<sup>130</sup> Docteure en sociologie ; cheffe de projet Mobilité Auxilia ; chercheure associée au Laboratoire Ville Mobilité Transport, UMR UMR-T 9403, Champs-sur-Marne.

do they reconcile their different objectives and their targeted audiences ? We will try to answer these questions by first analyzing the case of a rural service to the elderly designed specifically for the elderly, and then by opening up to other solutions addressed to a wider public.

Keywords: mobility, rural, elderly people, inclusion, accessibility



## Introduction

Dans les pays développés, l'individualisation des modes de vie caractéristique de la modernité s'est traduite par une atomisation de la société. La réduction du nombre moyen de personnes par logement (de 2,6 à 2,3 entre 1990 et 2011 d'après l'INSEE), résultante de l'augmentation des divorces et des familles monoparentales, mais également de la perte d'ancrage territorial et de la décohabitation des générations, en est un symbole particulièrement parlant.

Cette question est de plus en plus prégnante avec le vieillissement de la population. Selon les scénarios élaborés par l'Insee, la proportion des plus de 75 ans pourrait atteindre en 2050 près de 20 % de la population en France métropolitaine. Résultant de deux facteurs a priori positifs – l'allongement de la durée de vie et la maîtrise de la fécondité –, cette modification de la structure de la pyramide des âges constitue une véritable rupture avec le passé et a des conséquences fondamentales dans le fonctionnement de la société. Elle soulève ainsi des enjeux sociaux dont la montée de la solitude est une dimension cruciale.

Un autre phénomène lié au vieillissement de la population est la ségrégation spatiale par âge, avec un creusement des écarts de moyennes d'âge entre les zones urbaines et les zones rurales. Ainsi les personnes âgées sont plus nombreuses en zone rurale – 65 % des personnes âgées vivent dans les territoires périurbains et ruraux (Laboratoire de la Mobilité Inclusive, 2014) –, et y sont plus isolées, en raison de l'exode rural qui, depuis les années 1950, s'est traduit par une dégradation de l'offre de services, de commerces, d'équipements, ainsi que par une perte d'activité économique et touristique.

L'isolement des personnes âgées est donc un phénomène grandissant, et particulièrement prégnant dans les territoires ruraux. Ce phénomène rejoint plus largement la question du lien entre mobilité et inclusion sociale, identifiée depuis longtemps, tant par la recherche que par l'action publique, mais qui ne s'est institutionnalisé que récemment dans le secteur de la mobilité rurale. Un ensemble de concepts et de constats importants sont ainsi déjà posés dès la fin des années 1990, notamment dans la cadre de la Politique de la ville (Auxilia, 2013) : la question de l'impact de la mobilité dans une perspective d'insertion ou d'inclusion, la mise en évidence du paradoxe entre la mobilité comme droit et l'injonction de mobilité, la question du rôle des transports face à l'exclusion, avec l'identification d'un besoin de passerelles entre politique des transports et politique de la ville, urbanisme, etc., la mise en évidence d'autres freins à la mobilité que le seul frein géographique ou matériel, et enfin, le rôle de la voiture comme idéal d'insertion en matière de mobilité<sup>131</sup>.

Cette réflexion est principalement orientée vers le cas des quartiers en difficulté, mais elle rejoint par ailleurs des constats établis pour les territoires ruraux. Dans le champ de la recherche, on pensera aux travaux fondateurs de Moseley (1979) sur les territoires ruraux, montrant que l'accessibilité ne se restreint pas à l'éloignement aux aménités mais tient à des facteurs individuels (contraintes organisationnelles, ressources individuelles, etc.). Plus récemment Le Breton (2002) et Dupuy (2001) parlent des « assignés territoriaux » pour désigner les personnes confrontées à des

---

131 En 1993, la DIV2 affirmait la nécessité de s'intéresser aux déplacements dans la politique de la ville, dans le cadre de la préparation des Contrats de Ville : les transports peuvent « contribuer à éviter [la] déchirure du tissu social par la vertu intégrative de leur présence, comme celle de l'ensemble des partenaires institutionnels travaillant sur les quartiers en difficultés ».

difficultés d'accessibilité dans les territoires ruraux en raison de facteurs variés, et avec des conséquences sociales diverses (Huyghe, 2015). Les personnes âgées font partie intégrante de ces publics. La notion d'accessibilité élargit donc la problématique des inégalités sociales liées à la mobilité au-delà de celle de l'insuffisance des infrastructures de transport ou à celle d'un « droit à la mobilité » (Gallez, 2014 ; Fol, Gallez, 2017).

Ainsi donc, le lien entre mobilité et inclusion, ou pour le dire autrement, entre immobilité et isolement, est aujourd'hui fermement établi, aussi bien dans les territoires urbains que ruraux. Cependant, il est intéressant de constater que la ruralité a longtemps été oubliée des politiques de mobilité, et que c'est dans un premier temps par le biais d'autres compétences que les collectivités rurales se sont mobilisées pour faire émerger des solutions opérationnelles de mobilité dans les territoires ruraux (Flipo, Sallustio, 3 mai 2021) : navettes solidaires (compétences sociales), pistes cyclables (compétence tourisme), électromobilité (compétence énergie). Grâce à cette prise en charge de la mobilité via d'autres compétences, le rural est devenu un lieu fécond d'initiatives à taille humaine et pragmatiques, à l'écart des projecteurs tournés vers les grandes innovations métropolitaines, et dépassant la simple question des infrastructures. La reconnaissance progressive de la capacité créative des écosystèmes ruraux (acteurs publics, sociaux, associatifs, etc.), avec des moyens plus limités que les territoires urbains, justifie la notion de « territorialisation de l'innovation » (Cranois, 2017).

Dans le secteur de la mobilité, la ruralité n'est devenue un sujet que dans les années 2010. Parmi les acteurs pionniers de la prise de conscience des enjeux de mobilité rurale, Auxilia, cabinet de conseil en transition écologique spécialisé notamment sur la mobilité, accompagne les acteurs publics, privés et associatifs du monde rural. Il a notamment, en 2017, guidé un groupe de réflexion dans le cadre de la Fabrique écologique, qui a abouti à la publication d'une note sur l'innovation en matière de mobilité dans les territoires ruraux (La Fabrique Ecologique, 2017) ; et, également en 2017, été mobilisé comme expert dans le cadre des Assises de la Mobilité, étape clé dans la reconnaissance institutionnelle des enjeux sociaux de la mobilité rurale. La loi d'orientation des mobilités, promulguée en 2019, vient institutionnaliser la dynamique d'innovation dans le rural et la légitimer auprès des acteurs de la mobilité, en la reliant à la fois à un objectif de mobilité solidaire et à un objectif de mobilité durable. Ainsi, les solutions de mobilité rurale sont envisagées comme des alternatives à la voiture individuelle et à l'autosolisme (covoiturage, modes actifs, transport à la demande, autopartage, mobilité inversée, etc.), dans une perspective « d'une pierre deux coups » : réduction de l'impact écologique de la mobilité d'une part, réduction des coûts liés à la mobilité pour les ménages d'autre part.

Ce double objectif revêt un caractère particulièrement intéressant en ce qui concerne les personnes âgées. En effet, on constate d'un côté une augmentation de l'usage de l'automobile chez les personnes âgées au cours des dernières décennies (Dumas, 2012), ce qui nécessite d'être questionné au regard des objectifs de réduction des impacts environnementaux de la mobilité ; et d'un autre côté une diminution de la possession et de l'usage de la voiture avec l'âge, correspondant à une restriction de la mobilité (et non à un report vers d'autres modes), ce qui pose question au regard des enjeux de maintien de la santé, de l'autonomie et du lien social des personnes âgées, en particulier dans le rural. L'immobilité (absence totale de déplacement un jour donné) est globalement plus forte chez les personnes de plus de 60 ans, et augmente avec l'âge ; elle est également plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain (Laboratoire de la Mobilité Inclusive, 2014). Ainsi donc l'incitation des seniors vers d'autres modes de transport que la voiture, notamment en lien avec la

rupture de vie que constitue la déprise automobile, se justifie pleinement, tant au regard des enjeux sociaux qu'environnementaux.

En quoi les solutions alternatives à la voiture individuelle déployées dans les territoires ruraux sont-elles en mesure d'être appropriées par les personnes âgées ? Comment concilient-elles les différents objectifs et différents publics qui leur sont attribués ? Nous chercherons à répondre à ces questions en analysant dans un premier temps le cas d'un service rural alternatif à la voiture individuelle pensé spécifiquement pour les personnes âgées, puis en ouvrant, dans un second temps, à d'autres solutions adressées à un public plus large.

Le but ici n'est pas d'établir une sociologie des personnes âgées et de leurs pratiques de mobilité et de vérifier comment les services qui leur sont adressés « offrirait » une réponse à leurs « besoins ». Il s'agit plutôt de sortir d'une analyse, réductrice à notre sens, en termes d'offre et de demande, pour analyser dans quelle mesure, dans des projets menés ou accompagnés par Auxilia, les services mis en place ont rencontré, ou pourraient rencontrer, leur public auprès des personnes âgées, dans un double objectif de durabilité et d'inclusion.

## I- Méthode

L'analyse qui suit repose sur l'exploration de projets menés par Auxilia dans les territoires ruraux. Ces projets comportent un diagnostic de territoire, incluant un état des lieux de l'offre de mobilité et de son adéquation aux besoins des usagers du territoire. Ils reposent sur une démarche participative, fédérant des acteurs diversifiés (acteurs publics, associatifs, économiques, des transports, du social), dont certains sont particulièrement concernés par les enjeux rencontrés par les personnes âgées usagères du territoire.

Ils intègrent une approche à la croisée des sciences sociales et du design, à la fois dans la réalisation du diagnostic (entretiens semi-directifs, observations participantes, micro-trottoirs, enquêtes quantitatives auprès des usagers) et dans l'animation d'ateliers. Ils offrent une analyse à la fois des pratiques, des besoins et freins à la mobilité des différents publics (dont les personnes âgées sont identifiées comme catégorie en tant que telle), et de services alternatifs à la voiture individuelle, destinés notamment aux personnes âgées et répondant aux enjeux spécifiques aux territoires ruraux.

Selon les cas d'étude, ces services sont analysés en tant qu'ils existent déjà sur le territoire (initiative publique, privée ou associative), ou bien en tant qu'expérimentation préfigurée. L'analyse est faite a posteriori, sur la base des documents réalisés par Auxilia (diagnostics de territoires, de comptes rendus d'ateliers participatifs, benchmarks), d'échanges avec des collègues impliqués directement dans la réalisation. Le travail réalisé a posteriori et présenté ici a consisté à mettre en perspective les enseignements tirés des différents cas d'étude afin de monter en généralité.

Les exemples qui seront analysés ici de manière approfondie sont issus de deux projets accompagnés par Auxilia : le Baromètre des Mobilités du Quotidien (édition 2019), piloté par La Fondation pour la Nature et l'Homme (FNH) et Wimoov pour mieux comprendre les pratiques de mobilité des Français, leurs déterminants et leurs leviers d'évolution. Ce baromètre repose notamment sur une immersion dans trois territoires ruraux (le Sud Avesnois avec sa ville centre de Fourmies, la commune nouvelle des Hauts d'Anjou, et le Jovinien) particulièrement moteurs dans l'expérimentation de solutions de mobilité rurale alternatives à la voiture individuelle, dans un double objectif d'inclusion et de durabilité. Cette immersion

s'appuie sur des méthodes empruntées aux sciences sociales. Ainsi à l'échelle des trois territoires, sont réalisés :

- 32 entretiens semi-directifs auprès de porteurs de solutions de mobilité, partenaires, prescripteurs, agents de collectivité, élus et usagers de ces solutions pour comprendre comment celles-ci émergent, fonctionnent et sont appropriées par les habitants ;
- 21 micro-trottoirs auprès d'usagers peu/non ciblés dans l'enquête quantitative pour échanger sur leurs mobilités quotidiennes, les solutions qu'ils connaissent et utilisent ainsi que les problématiques qu'ils rencontrent : collégiens, lycéens, publics précaires, seniors ;
- Plusieurs sessions d'observation participante pour tester les solutions de mobilité locale et échanger avec leurs usagers afin de s'imprégner du quotidien des habitants du territoire et utiliser les services qui s'y déploient.

Le deuxième projet a lieu dans le prolongement du premier, sur un des territoires d'immersion. Face au constat global d'un manque de solutions de mobilité rurale, Wimoov engage la co-construction d'une expérimentation sur le territoire de la commune nouvelle des Hauts d'Anjou, destinée à être dupliquée ensuite sur d'autres territoires ruraux. La démarche associe élus, acteurs locaux (publics, économiques, associatifs...) et habitants dans l'élaboration d'un diagnostic partagé débouchant sur l'élaboration de solutions concrètes (optimisation de solutions existantes, création de solutions nouvelles, adaptation appropriée de solutions urbaines dans un milieu rural).

Auxilia a pour rôle de conduire l'élaboration du diagnostic et des solutions, d'animer les temps collectifs et enfin, de conseiller Wimoov et ses partenaires sur la faisabilité technique et économique des solutions retenues. Là encore, le diagnostic s'appuie sur des méthodes sociologiques et de design : entretiens auprès des acteurs du territoire, ateliers de co-construction, observations participantes.

## II- Le TAD, un transport particulièrement adapté aux personnes âgées, mais qui peine à se pérenniser

Sur la commune des Hauts d'Anjou, L'association Voitur'âge entend faciliter les déplacements des personnes isolées et non autonomes et favoriser le lien social en proposant un service de transport solidaire. Organisé par le Centre Intercommunal d'Action Sociale, ce transport à la demande met en relation des bénéficiaires et des bénévoles, l'utilisateur étant pris en charge à son domicile par un bénévole qui assure l'intégralité du déplacement pour un coût de 50 centimes. Les personnes font appel à ce service pour des trajets de courtes distances pour aller au marché, se rendre aux activités organisées par le Béguinage (maison d'accueil de seniors), ou à la Maison des Services Au Public (MSAP), ou des trajets de plus longues distances (rendez-vous médicaux, visites à des proches). En 2019, les bénévoles ont accompagné 34 personnes, réalisant 630 trajets. S'il est ouvert à tous les publics, il est utilisé principalement par des seniors, majoritairement des femmes entre 80 et 95 ans, essentiellement pour des rendez-vous médicaux.

Les bénéficiaires sont très satisfaits de ce service, en raison de la très grande disponibilité des bénévoles qui permet la construction d'un lien social, au-delà de l'offre de transport : « C'est un bon moyen de lutter contre l'isolement, en plus le lien social est apprécié entre les utilisateurs et les transportés » (utilisateur du dispositif, 75 ans). Il est important de noter la mise en place d'un partenariat informel entre les bénévoles et le personnel de santé, qui montre également que la

conduite dépasse la simple aide au déplacement de l'origine à la destination, mais répond plus largement à un besoin d'accompagnement dans la vie quotidienne.

Si les bénéficiaires utilisent d'ailleurs massivement ce service (de l'ordre de 20 trajets par an chacun), le faible nombre d'utilisateurs questionne sa couverture des besoins et les freins à son utilisation. Le risque semble être que le TAD soit massivement utilisé par des habitués qui en font leur « taxi à la demande » et peu appréhendé par d'autres personnes qui en auraient également besoin, soit que le service soit méconnu, soit que son fonctionnement soit peu adapté à des personnes particulièrement isolées et peu familières des procédures de mise en relation :

« Les services de transport solidaire sont très importants et très bien, mais ils ne sont pas facilement accessibles aux personnes âgées. Il faut prendre l'initiative d'organiser son déplacement. Or ce sont principalement des personnes seules et/ou isolées qui ont besoin d'une aide au quotidien ».  
Habitant retraité

Il semblerait donc que l'appropriation de ce service soit limitée par un défaut d'information et de communication, impliquant à la fois une méconnaissance du service par certains et un flou dans la procédure d'utilisation. Ce manque de lisibilité se traduit par une inégalité de traitement défavorisant les personnes les moins insérées socialement. On retrouve par ailleurs une inégalité de traitement entre les différents publics au détriment des petites communes, la demande y étant plus élevée que l'offre.

En outre, plusieurs constats viennent questionner la pérennité du service Voitur'âges. Ce transport à la demande (TAD) connaît d'abord un vieillissement de ses bénévoles, qui basculent peu à peu dans la catégorie des bénéficiaires lorsqu'ils ne sont plus en capacité de conduire. Ce vieillissement, couplé à une évolution générationnelle du rapport au bénévolat, implique des difficultés de renouvellement : en effet, les nouveaux retraités sont moins disponibles, préférant s'engager de manière plus ponctuelle. Un dernier facteur vient expliquer cette difficulté à pérenniser le service : de nouvelles contraintes réglementaires sur le Transport d'Utilité Sociale limitent l'indemnité kilométrique à 0,32 €/km, ce qui entraîne une perte de rentabilité pour les bénévoles.

Ces enjeux sont clairement identifiés sur le territoire. Ainsi à l'échelle de la communauté de communes, les services de transport solidaires font l'objet d'un travail d'harmonisation confié au centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Celui-ci réfléchit à l'élaboration d'une stratégie cohérente de communication et à la production d'une charte commune aux différents services.

À une échelle plus large, le gérontopôle de la Région Pays de la Loire formule trois préconisations qui constituent des pistes de développement intéressantes en termes de transport solidaire :

- Dans l'idée que le transport solidaire a avant tout pour objectif de sortir les personnes de l'isolement, proposer des sorties culturelles collectives ;
- Proposer un accompagnement à la mobilité (information, conseil, éducation, notamment aux nouveaux modes de transport), avec l'appui des collectivités ;
- Prévoir une professionnalisation de la gestion des bénévoles et une harmonisation des services de TAD à une échelle régionale.

Si ce transport à la demande est adressé spécifiquement aux personnes âgées, d'autres exemples identifiés dans le cadre d'autres projets territoriaux accompagnés

par Auxilia montrent la diversité des publics auxquels peut s'adresser ce type de solution. À titre d'exemple, le transport à la demande déployé à Fourmies (Département du Nord) est assez différent : mis en place par la communauté de communes en remplacement d'une ligne de bus, son périmètre a fortement évolué au gré des financements. En 2018, une première expérimentation est menée par la Région, ouverte à tous les publics pendant les six premiers mois, puis restreinte aux motifs emploi, santé et formation lorsqu'elle est reprise par la communauté de communes dans le cadre de sa compétence développement économique. Cette réduction du service s'accompagne d'une chute de sa fréquentation, jusqu'à son interruption. Fin 2019, la ligne est rouverte, en remplacement d'une ligne de bus, et accessible à tous les publics, grâce à un cofinancement de la Région et de la communauté de communes.

De la même manière que pour les services Voitur'âges, ce Transport à la Demande est vécu par ses utilisateurs comme une solution de lien social avant tout (le prestataire est un acteur local, et ses conducteurs sont particulièrement appréciés : « le TAD ça a été un carton », « le TAD c'est génialissime », c'est « familial », « c'est une bonne thérapie quand on sort de huit heures de formation », « on est connu comme le loup blanc », etc.). Certains utilisateurs demandent même, en réservant leur trajet, à choisir leur « chauffeur préféré ». On se retrouve donc dans la même configuration que dans le cas de Voitur'âges, avec un service très apprécié d'un petit nombre de personnes, mais qui gagnerait à être plus connu, notamment auprès des publics peu familiers des systèmes de réservation et des transports publics.

Par ailleurs, le service ayant été relancé en remplacement d'une ligne de bus, son maillage correspond aux arrêts de la ligne de bus supprimée, dans un objectif de non-concurrence aux taxis. Cela fait l'objet de plaintes de la part de personnes âgées qui sont en difficulté pour parcourir le dernier kilomètre de leur trajet, sur un territoire qui connaît des dénivelés. Ainsi, l'ouverture à une multiplicité de publics et de motifs implique une moindre personnalisation du service à chacun des différents publics, au détriment, en l'occurrence, des personnes âgées.

Enfin, même s'il fait l'objet de financements publics, ce service de TAD à Fourmies est confronté à la même problématique de pérennisation que le service bénévole Voitur'âges aux Hauts d'Anjou, ces financements étant limités dans le temps.

### III- Le covoiturage, le vélo, le conseil en mobilité, la sensibilisation : quelle appropriation possible pour les personnes âgées ?

De nombreuses autres solutions de mobilité alternatives à la voiture individuelle sont déployées dans les territoires ruraux, tout public confondu. Nous nous arrêterons ici sur trois types d'initiatives – le covoiturage courte distance, le vélo, et le conseil en mobilité –, loin d'être spécifiquement adressées aux personnes âgées, avant de conclure sur les difficultés à toucher le public des personnes âgées dans les démarches de sensibilisation ou de concertation sur les questions de mobilité durable.

Le covoiturage courte distance (ou covoiturage de proximité) correspond au partage d'un trajet du quotidien (domicile-travail, démarche administrative, courses, visites, etc.). La mise en relation peut s'effectuer de différentes manières : via une application numérique (covoiturage dynamique, avec mise en relation instantanée), via une plateforme collaborative (covoiturage planifié), via une signalétique dans l'espace public (autostop organisé). Le développement d'expérimentations locales de covoiturage ces dix dernières années entend répondre aux enjeux soulevés par

l'autosolisme, à la fois sur le plan environnemental et sur le plan social, en territoire urbain, mais également dans le rural, où son objectif est d'apporter une solution à l'insuffisance des réseaux de transports collectifs (Delaunay, 2018 ; Delaunay, Lesteven, Rey, 2017).

Si le covoiturage longue distance (type Blablacar) a connu un essor qui a transformé le paysage de la mobilité extra-quotidienne, le covoiturage courte distance peine, lui, à trouver son rythme de croisière. Les freins sont multiples :

- La contrainte d'organisation sur un petit trajet (surtout lorsqu'il s'agit de covoiturage planifié, qui empêche toute flexibilité) ;
- La peur de l'inconnu (surtout lorsque la solution ne nécessite pas de pré-inscription des utilisateurs, dont le comportement n'est alors encadré par aucun système de confiance) ;
- La faible rentabilité pour le conducteur, qui s'engage donc dans un ratio coût/bénéfice peu attractif.

Ces freins sont particulièrement forts pour les personnes âgées. En particulier, le recours de plus en plus systématique à des solutions numériques est particulièrement limitant pour ce public. Pourtant, la flexibilité horaire du covoiturage se prêterait mieux aux motifs de déplacements quotidiens peu contraints des personnes âgées (se rendre au marché, réaliser des visites, etc.) qu'au motif domicile-travail des personnes actives.

Les personnes âgées ont d'ailleurs recours de manière massive au covoiturage informel, dans la sphère amicale et familiale : dans un premier temps en tant qu'accompagnateur (en raison de leur grande disponibilité, Dumas, 2012), puis en tant qu'accompagnés lorsqu'ils ne sont plus en capacité de conduire (ce schéma rappelle l'exemple du TAD bénévole Voitur'âges analysé précédemment, dans lequel les adhérents basculent progressivement du statut de bénévole à celui de bénéficiaire).

Ce recours au covoiturage informel correspond à une tendance des personnes âgées à restreindre leur vie sociale à un cercle familial, sans que cela soit vécu comme un isolement (Mallon, 2010). C'est particulièrement vrai pour les « natifs », bénéficiant de liens sociaux de proximité particulièrement forts en ancrés. Le covoiturage organisé, mettant en relation des personnes inconnues, pourrait donc être pertinent pour les seniors non natifs de leur lieu de résidence, généralement moins intégrés dans la vie sociale locale et donc plus isolés.

Des expérimentations tentent par ailleurs de réinsérer le vélo comme mode de déplacement à part entière dans les territoires ruraux. S'il a longtemps été très utilisé, l'avènement de la voiture et des grands axes routiers a peu à peu relégué le vélo au statut de loisir sportif. Mis à part quelques « amoureux du vélo » que le manque d'infrastructure sécurisée (pistes cyclables, stationnement sécurisé) ne freine pas, la plupart des habitants interrogés dans les différents territoires étudiés n'envisagent le vélo que pour les balades. Les très nombreux trajets du quotidien inférieurs à 5 ou 10 km constituent pourtant un formidable gisement de report modal de la voiture vers le vélo ou le vélo électrique (La Fabrique Ecologique, 2017). Ce potentiel a fait l'objet d'une réelle prise de conscience ces dernières années, et particulièrement ces derniers mois avec le développement des coronapistes, mais principalement dans les grandes et moyennes villes.

Dans les territoires ruraux, les freins, essentiellement liés au manque de sécurité et de confort, sont particulièrement forts chez les personnes âgées, pour qui ce mode de transport paraît très peu pertinent. Pourtant, le vélo, s'il a été pratiqué toute la

vie, peut rester accessible jusqu'à un âge avancé et peut constituer un moyen non négligeable de maintenir sa santé et son autonomie. C'est ce qu'explique un responsable d'association de cycliste sur la commune des Hauts d'Anjou, en proposant l'idée de développer les vélos à trois roues, qui offrent plus de stabilité, pour les personnes âgées.

Un autre type de service développé, entre autres, dans les territoires ruraux, est le conseil en mobilité. Plusieurs actions peuvent être proposées :

- un diagnostic mobilité, permettant d'identifier les pratiques, les capacités, les attentes du bénéficiaires, en matière de mobilité du quotidien ;
- des sessions de formation recouvrant un large spectre de thématiques : choix du mode de transport le plus adapté (desserte, horaire, fréquence, garantie de retour, budget, etc.), gestion du budget mobilité, connaissance et compréhension de l'environnement (territoire, réseaux), utilisation de l'information existante, aptitude à valoriser sa capacité à être mobile auprès des employeurs, BSR, etc. ;
- des sorties permettant des mises en situation concrètes vers des destinations clés en variant le mode utilisé ;
- du coaching, individualisé ou collectif, pour identifier et lever les freins psychosociaux à l'utilisation des différents modes de transport.

Ce service est surtout pensé pour les personnes en insertion (Pôle Emploi, notamment, organise ce type de sessions), en complément d'aides à l'achat d'un véhicule. Étendu au public senior, il pourrait permettre d'anticiper la déprise automobile en accompagnant les personnes âgées vers un comportement multimodal. Cela nécessiterait une démarche de sensibilisation dès en amont de la déprise automobile. On peut citer l'exemple du projet expérimental mené par le syndicat mixte de transport Artois-Gohelle dans le cadre du projet européen NICHES+ en 2008, dont un des axes visait l'apprentissage de la mobilité (Lambert, 2011).

Le syndicat mixte de transport Artois-Gohelle (SMTAG) a choisi de transférer le programme de stages d'apprentissage monté par l'opérateur des transports publics à Salzbourg. La démarche s'est appuyée sur une étude socio-psychologique visant à identifier les freins cognitifs à la mobilité des personnes âgées. Le choix du public des personnes âgées correspond ici à un effet d'opportunité, mais les enseignements de cette expérimentation montrent l'intérêt d'institutionnaliser ce type de projets.

Dans l'ensemble des projets accompagnés par Auxilia, la préfiguration de solutions de mobilité s'appuie sur des démarches de communication, d'information, de sensibilisation et de concertation. Ce volet est incontournable pour l'appropriation des solutions par leurs usagers potentiels. En ce qui concerne les personnes âgées, les retours d'expérience montrent les difficultés à les toucher et à obtenir leur participation. Les freins sont multiples. D'abord, les enquêtes quantitatives menées dans la phase de diagnostic le sont de plus en plus sous un format numérique : les personnes prises en compte sont celles qui ont déjà (ou encore) un certain degré d'autonomie et de capacité d'apprentissage.

On notera également que certaines enquêtes menées à grande échelle auprès d'un « échantillon représentatif » de la population française définissent une limite d'âge qui écarte les plus âgés (comme les plus jeunes) : c'est le cas, par exemple, de l'enquête menée dans le cadre du Baromètre des Mobilités du Quotidien (édition 2019) menée auprès de 4000 personnes entre 18 et 75 ans. Par ailleurs, les dispositifs participatifs sont souvent conçus par des consultants plutôt jeunes et



urbains. Pour qu'ils soient appropriés par tous les types de publics, et que chacun se sente légitime et à sa place dans le processus, il serait nécessaire de les décliner en fonction des publics.

Cela rejoint la très riche littérature sur les dispositifs participatifs et leurs limites, notamment en termes de référentialité (Berger, 2009). Cela a par exemple été expérimenté dans le cadre du projet de revitalisation du centre-ville de Saint-Dizier mené par Auxilia en 2021 : plusieurs protocoles d'ateliers créatifs ont été conçus de manière personnalisée pour les différents publics visés (jeunes, artistes et historiens, militaires et leurs familles, commerçants, chefs d'entreprise, acteurs sociaux). Le parti-pris sous-jacent à cette démarche est que la personnalisation des services à la diversité de leurs bénéficiaires débute dès le processus de conception, et qu'il concerne autant le service lui-même que les dispositifs mis en place pour prendre en compte les potentiels usagers à sa conception.

## Conclusion

Les différents exemples présentés ici illustrent le foisonnement d'initiatives de mobilité rurale qui se déploie dans un double objectif d'inclusion et de durabilité. Certaines de ces solutions sont spécifiquement adressées aux personnes âgées, d'autres sont ouvertes à tous les publics. Le succès et la pérennisation de ces services sont limités par un ensemble de facteurs, qui dépassent la simple question du manque d'infrastructure, et qui se révèlent de manière particulièrement forte dans le cas des personnes âgées : moindre appropriation du numérique, difficultés d'apprentissage, peur de l'inconnu, capacités physiques limitées. Surtout, ces freins sont présents non seulement dans l'usage de ces solutions, mais également dès en amont, lorsque les porteurs de projets cherchent à faire participer les potentiels usagers à la conception des services, ce qui se traduit par une sous-représentation de la parole des personnes âgées dans ces dispositifs.

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de ces constats, à commencer par l'importance de passer d'une logique d'adéquation de l'offre et de la demande à une logique d'expérience utilisateur, commençant dès en amont de la mise en service des solutions, ne se cantonnant pas aux infrastructures mais incluant une personnalisation des modes de communication, d'information, de sensibilisation et de concertation au public des personnes âgées, dans toute sa diversité. De fait, penser l'« offre » en fonction d'une « demande » restreint nécessairement la réflexion aux besoins qui ont pu être formulés de manière explicite dans le cadre d'un dispositif, ce qui écarte autant les personnes les plus isolées que les personnes, peut-être très bien intégrées socialement, mais dont la propension à changer de comportement vers des pratiques plus durables n'est pas initiée.

Un deuxième enseignement renvoie à l'importance d'anticiper le moment de la déprise automobile, afin de dépasser le sentiment de fatalité lié à la perte d'autonomie des seniors jusqu'à l'immobilité. Sensibiliser et former les jeunes seniors à la multimodalité constitue un véritable levier en faveur du maintien à domicile ; cela permettrait d'éviter les ruptures de vie brutales qui sont aujourd'hui indissociables du vieillissement dans les pays développés (Roch, 2007).

Enfin, il est essentiel d'avoir en parallèle une réflexion sur le modèle économique de ces démarches, sans tomber ni dans le silver business, ni dans la perfusion de subventions publiques. Pour cela, une piste serait de privilégier les logiques de mutualisation, entre compétences (mobilité, santé, social, écologie), mais également entre public et entre générations. Au-delà d'une logique d'optimisation financière, l'observation de Mallon (2010) concernant les seniors « natifs », dont le maintien de

la mobilité est favorisé par un ancrage territorial et social fort, l'exemple des services de TAD, plébiscités pour leur capacité à créer du lien social au-delà d'offrir une solution de transport, la piste du vélo – à la fois vecteur d'autonomie, de maintien de la santé, et de réduction des impacts environnementaux –, sont autant d'éléments qui montrent l'intérêt de penser, dans un ensemble, toutes les composantes du bien vieillir.

## Références

- Auxilia (2013). « Mobilité, insertion et accès à l'emploi - Constats et perspectives », consulté le 23 août 2021 à l'adresse : [https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/rapport\\_complet\\_mobilite\\_inclusive\\_2013.pdf](https://www.avise.org/sites/default/files/atoms/files/rapport_complet_mobilite_inclusive_2013.pdf)
- Berger, M. (2009). « "Quand pourrions-nous parler des choses ?" Quelques contraintes à la référentialité des voix profanes dans un dispositif d'urbanisme participatif ». In Cantelli, Pattaroni, Roca, Stavo-Debaugé (dir). *Sensibilités pragmatiques. Enquêter sur l'action publique*. Bruxelles : Peter Lang.
- Cranois, A. (2017). *De l'automobilité à l'électromobilité : des conservatismes en mouvement ? : la fabrique d'une politique publique rurale entre innovations et résistances*. Université Paris-Est : Thèse de doctorat en Géographie.
- Delaunay, T. (2018). *L'intégration du covoiturage dans le système de mobilité francilien : hybrider le transport collectif et individuel pour asseoir l'hégémonie de l'automobile ?* Université Paris-Est : Thèse de doctorat en Architecture, aménagement de l'espace.
- Delaunay T., Lesteven G., Ray J.-B. (2017). « Qui sera le « Blablacar du quotidien » ?. Pour un covoiturage des courtes distances ancré dans les territoires ». *Métropolitiques*, en ligne, consulté le 29 juillet 2021 à l'adresse : <http://www.metropolitiques.eu/Qui-sera-le-Blablacar-du-quotidien.html>
- Dumas, C. (2012). « Mobilité des personnes âgées ». *Gérontologie et société*, 35(141), p. 63-76.
- Dupuy G. (2001). « Les pauvres entre dépendance automobile et assignation territoriale, comparaison France/Grande Bretagne ». In PREDIT PUCA, n° 5.
- Fol, S., Gallez, C. (2017). « Evaluer les inégalités sociales d'accès aux ressources Intérêt d'une approche fondée sur l'accessibilité ». *Revue internationale d'urbanisme*, Association pour la promotion de l'enseignement de la recherche en aménagement et en urbanisme, association loi 1901 (APERAU).
- Gallez, C. (2014). « La mobilité : bien premier, nuisance ou norme sociale ? Controverses autour de la régulation des mobilités quotidiennes ». In *La mobilité : concepts et valeurs*.
- Huyghe, M. (2015). « Habiter les territoires ruraux - Comprendre les dynamiques spatiales et sociales à l'œuvre, évaluer les perspectives d'évolution des pratiques de mobilité des ménages ». Université François Rabelais, Tours : Thèse de doctorat en Architecture, aménagement de l'espace.
- La Fabrique Ecologique (2017). « Les territoires ruraux et périurbains, terres d'innovation pour la mobilité durable ». Consulté le 23 août 2023 en ligne à l'adresse : <https://www.lafabriqueecologique.fr/les-territoires-ruraux-et-periurbains-terres-dinnovation-pour-la-mobilite-durable/>

Laboratoire de la Mobilité inclusive. (2014). « Mobilité des seniors en France ».

Consulté le 30 juillet 2021 à l'adresse :

<http://www.mobiliteinclusive.com/etude-seniors/>

Lambert, H. (2011). « Apprendre à se déplacer en transports collectifs : présentation d'une expérience opérationnelle à destination des personnes âgées ». *Mobilités spatiales et ressources métropolitaines : l'accessibilité en questions*. Grenoble, France : 11<sup>ème</sup> colloque du groupe de travail "Mobilités Spatiales et Fluidité Sociale" de l'AISLF, Mars.

Le Breton E. (2002). « Les raisons de l'assignation territoriale, Quelques éléments d'appréhension des comportements de mobilité de personnes désqualifiées ». Institut pour la Ville en Mouvement. Consulté le 23 août 2021 à l'adresse :

[https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjn9uyUqsfyAhWl4YUKHTEDDiYQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fville-en-mouvement.pagesperso-orange.fr%2Fseminairechaire0702architecture%2Ftelechargement%2Fraisons.pdf&usq=AOvVaw1RWAan\\_TmUKEPZ9mBpnFii](https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjn9uyUqsfyAhWl4YUKHTEDDiYQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Fville-en-mouvement.pagesperso-orange.fr%2Fseminairechaire0702architecture%2Ftelechargement%2Fraisons.pdf&usq=AOvVaw1RWAan_TmUKEPZ9mBpnFii)

Mallon, I. (2010). « Le milieu rural isolé isole-t-il les personnes âgées ? ». *In Espace populations sociétés*. p. 109-119.

Flipo, A., Sallustio, M. (2021). « Loi d'orientation des mobilités : une réforme en trompe-l'œil pour les zones rurales ». The Conversation, en ligne, consulté le 29 juillet 2021 à l'adresse : <https://theconversation.com/loi-dorientation-des-mobilites-une-reforme-en-trompe-loeil-pour-les-zones-rurales-158465>

Roch, C. (2007). « Créer un réseau gérontologique en milieu rural à partir d'un EHPAD pour prévenir les ruptures de vie des personnes âgées ». Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique. CAFDES. Consulté le 23 août 2021 à l'adresse : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2007/cafdes/roch.pdf>



## El voluntariado y las redes vecinales como respuesta a la soledad de las personas mayores

Volunteering and neighborhood networks as a response to the loneliness of the elderly

**Mercedes VILLEGAS BEGUIRISTÁIN**

Fundación Grandes Amigos  
Madrid, España

<https://orcid.org/0000-0002-4073-3511>

[mvillegas@grandesamigos.org](mailto:mvillegas@grandesamigos.org)

**Verónica SANTISO DOLDÁN**

Fundación Grandes Amigos  
Madrid, España

<https://orcid.org/0000-0001-8753-3472>

[vsantiso@grandesamigos.org](mailto:vsantiso@grandesamigos.org)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4125>

DOI : 10.25965/trahs.4125

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Resumen:** Mientras la sociedad general se adapta a las consecuencias que la COVID 19 ha tenido y sigue teniendo en su vida, la pandemia ha resultado en un empeoramiento de situaciones y sentimientos de soledad que ya suponían una importante problemática, especialmente entre las personas mayores. España es uno de los países de la Unión Europea con población más envejecida, donde los mayores de 65 años representan el 19,58% de la misma (INE,2020). Además, cada vez más personas mayores viven solas, algo que si acontece en un contexto demográfico y sociocultural que contribuye al aumento de la soledad, se convierte en factor de riesgo para la salud física y mental. Desde Grandes Amigos, fundación de voluntariado que previene y aborda la soledad de las personas mayores desde el año 2003, se trabaja poniendo el foco en la fuerza del voluntariado y de las redes vecinales. A través de sus programas de detección, prevención y abordaje de la soledad no deseada, se pone en el centro a la persona mayor, tejiendo una red vecinal que no sólo pretende reducir sus sentimientos de soledad, sino que aspira a suponer un avance en la construcción de una sociedad más inclusiva y justa donde las personas mayores tengan un papel activo.

**Palabras clave:** envejecimiento, soledad, voluntariado, red, inclusión

**Abstract:** While the general society adapts to the consequences that COVID 19 has had and continues to have in its life, the pandemic has resulted in a worsening of situations and feelings of loneliness that were already a major problem, especially among older people. Spain is one of the European Union countries with the oldest population, where those over 65 represent 19.58% of it (INE, 2020). In addition, more and more older people live alone, something that if it happens in a demographic and sociocultural context that contributes to the increase in loneliness,

becomes a risk factor for physical and mental health. Grandes Amigos, a volunteer foundation that prevents and addresses the loneliness of the elderly since 2003, works by focusing on the strength of volunteering and neighborhood networks. Through its programs for the detection, prevention and approach of unwanted loneliness, the elderly person is put at the center, weaving a neighborhood network that not only aims to reduce their feelings of loneliness, but also aspires to make progress in a construction of a more inclusive and fair society where older people play an active role.

Keywords: aging, loneliness, volunteering, network, inclusion

La soledad y el envejecimiento digno conforman un binomio que supone uno de los principales retos de la sociedad actual, que se ha hecho aún más patente tras el surgimiento de la pandemia COVID 19. A pesar de que ya existen suficientes investigaciones científicas que consideran la soledad como uno de los principales riesgos para la salud en las sociedades modernas, aún estamos lejos de alcanzar un abordaje integral que permita prevenir y actuar de manera efectiva y global.

España es uno de los países de la Unión Europea con cifras más altas de personas mayores; el 19,58% de la población tiene 65 años o más (9.268.548 de 47.329.981, datos del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2020), y el segmento de la población mayor (19,58%) ya supera al de los menores de edad, que son el 17,59% de la misma. Esta situación, además, tenderá a incrementarse, triplicándose la población mayor de más de 65 años en menos de un siglo. Esto se suma a la nueva conformación de las ciudades, los cambios de la sociedad y la nueva estructuración de los modelos de convivencia, que generan un número cada vez mayor de personas que viven solas.

A pesar de que vivir solo no es igual a sentirse solo, si es cierto que un 59% de las personas que viven solas manifiestan sentimientos de soledad. La soledad no deseada en personas mayores ha demostrado ser un factor de riesgo para la salud, tanto física como psicológica (Dahlberg et al., Gale et al., Gerino et al. y Tomstad et al.) suponiendo un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, demencia, pérdida de autoestima o depresión, o incluso para enfermedades cardiovasculares o pérdida de movilidad.

Ante esta compleja cuestión, *Grandes Amigos* es una ONG de voluntariado que surge en el año 2003 para prevenir y abordar la soledad de las personas mayores mediante la creación de vínculos de vecindad, apoyo mutuo y amistad, mientras que sensibiliza a la sociedad sobre la importancia de un envejecimiento digno. Está presente en la Comunidad de Madrid, Galicia, Euskadi, Cantabria, Extremadura y la Comunidad Valenciana, donde intenta aportar soluciones reales para contribuir a la construcción de una sociedad que cuide, incluya y trate en igualdad a todas las personas, con independencia de su edad.

Para ello, trabaja con un enfoque transversal de la soledad y del envejecimiento, implicando en sus programas de intervención social (detección y prevención de la soledad, acompañamiento afectivo y socialización) y de sensibilización a los poderes públicos, al sector privado y a la ciudadanía. Como reto global, resulta imprescindible una mirada integral donde participen todos los actores, canalizados a través de organizaciones de la sociedad civil como *Grandes Amigos*, que facilita a su vez la participación de las propias personas mayores, sin olvidar los valores de la entidad:

- **Dignidad:** La dignidad es intrínseca a todas las personas y es la base de los derechos humanos.
- Desde *Grandes Amigos*, se trabaja para asegurar que la sociedad no despoje de su dignidad a las personas que tienen una edad avanzada.
- **Solidaridad:** La solidaridad se ejerce desde la igualdad. Una sociedad está más unida y es más inclusiva cuando se extiende la solidaridad vecinal.
- *Grandes Amigos* se esfuerza para que la solidaridad vecinal, especialmente con las personas mayores que se sienten solas, se consolide en aquellos territorios en los que trabajamos.
- **Amistad:** La amistad es un sentimiento universal que incluye vínculos de afecto, apoyo y reconocimiento mutuo. La amistad se elige y se comparte.

Desde *Grandes Amigos* se tejen relaciones de solidaridad y apoyo mutuo que se convierten, en muchas ocasiones, en relaciones de amistad genuina

## ¿Cómo se previene y aborda la soledad desde *Grandes Amigos*?

Como entidad de voluntariado, *Grandes Amigos* cree en el poder y la capacidad del mismo para generar espacios de participación real en la sociedad que permitan hacer frente a la soledad no deseada de las personas mayores. Por ello, considera al voluntariado una pieza esencial de la organización para el cumplimiento de su misión y parte imprescindible del equipo humano de la entidad. Resulta, por tanto, indispensable favorecer su participación e iniciativa mediante la creación de espacios para que sean sostenibles y autónomos, así como proporcionar formación y facilitar las herramientas necesarias para la consecución de una participación real de las personas, tanto mayores como voluntarias, en la comunidad.

Considera la participación como un derecho, no una delegación del poder, suponiendo para la entidad un modelo de actuación en la comunidad que tiene en cuenta a todos los agentes necesarios para la transformación social.

En los enfoques tradicionales, el fin principal es reducir la soledad, pero considerada como un problema individual y el público objetivo con un rol pasivo. Por ello, se ofrecen respuestas puntuales basadas en intervenciones o programas en los que los profesionales tienen un rol principal. Sin embargo, desde el enfoque comunitario todas las personas son actores y actrices, buscando una intervención en el largo plazo donde el rol de los profesionales, fundamentalmente es un rol de facilitadores.

Desde *Grandes Amigos*, a través de sus programas y acciones, se trata de impulsar un enfoque comunitario en el que el objetivo es favorecer comunidades en las que las personas cuidan unas de otras y en las que cada uno es visto como parte de la comunidad, en la que cada persona tiene algo único que ofrecer y donde los roles entre el que ayuda y el que recibe ayuda se desdibujan.

Los programas que actualmente desarrolla con el objetivo de poder cumplir su misión son los siguientes:

**Acompañamiento afectivo:** este programa implica cuatro tipos de acciones: acompañamiento a domicilio, en residencias, puntuales y telefónico.

- Acompañamiento a domicilio: se pone en contacto a personas voluntarias con personas mayores que viven en su casa y se sienten solas. El voluntario/a se compromete a visitar a la persona mayor una vez por semana durante aproximadamente dos horas. El objetivo es establecer vínculos de amistad favoreciendo que la persona mayor recobre su autoestima, mejore su estado físico y retome su vida social en el barrio si así lo desea.
- Acompañamiento en residencias: actividad similar a la anterior, con la única diferencia de que las personas mayores viven en una residencia. Por tanto, la persona voluntaria se compromete a visitar a la persona mayor una vez por semana durante aproximadamente dos horas con el fin de establecer vínculos de amistad y retomar igualmente su vida social en el barrio, a pesar de estar en una residencia, si así lo desea.
- Acompañamientos puntuales: las personas mayores que ya participan en alguno de los programas pueden solicitar el acompañamiento de una persona voluntaria cuando tengan que acudir a alguna cita médica o a un trámite administrativo.

- Acompañamiento telefónico: surgido durante la pandemia, nació como una alternativa para proporcionar acompañamiento en la distancia, en un momento en el que la presencialidad no era posible. Una vez que la situación permitió retomar las visitas presenciales, esta modalidad del programa siguió vigente, tanto para complementar el acompañamiento afectivo o en residencia en aquellas personas con una mayor vulnerabilidad o sentimientos de soledad, como para sustituir el mismo en aquellos casos en los que la persona, por diversas razones, no puede ser acompañada presencialmente.

El objetivo general de este programa de acompañamiento afectivo consiste en abordar la soledad no deseada y sus consecuencias para la persona mayor, mediante los siguientes objetivos específicos:

- Favorecer la creación de vínculos, que permitan el establecimiento de relaciones humanas mantenidas en el tiempo.
- Limitar las consecuencias negativas de la soledad no deseada, mediante el contacto continuado con la persona mayor.
- Mejorar el contacto con el entorno de la persona mayor, favoreciendo su participación en el mismo.

**Grandes Vecinos:** este programa tiene como objetivo principal prevenir la soledad de personas mayores a través de la creación de redes vecinales, facilitando en los barrios la puesta en contacto de estas personas mayores con personas que viven en su zona (vecinos/as), con el fin de aumentar la red social. Para ello, se emplean las nuevas tecnologías como herramienta de acercamiento inicial y seguimiento del proyecto, de forma que los participantes pueden registrar las actividades que realicen y estar en contacto de manera regular. *Grandes Vecinos* supone asimismo un laboratorio de ideas de nuevas formas de participación vecinal y comunitaria.

Su objetivo general es prevenir la soledad no deseada que pueda sentir la persona mayor a través de los siguientes objetivos específicos:

- Ampliar la red social de las personas mayores haciendo que se sientan parte de un grupo/comunidad y participando activamente en ella
- Facilitar vínculos, fomentando oportunidades de encuentro y relaciones humanas cercanas de confianza
- Regenerar el tejido vecinal y comunitario de los barrios en torno a las personas mayores, promoviendo la autogestión de la participación vecinal

**Programa de socialización:** Desde *Grandes Amigos*, además de la importancia de establecer vínculos individuales entre las personas mayores y voluntarias, se considera clave en la lucha contra la soledad no deseada el favorecer la participación de las personas mayores en encuentros y actividades en los que puedan establecer nuevas relaciones. La socialización y la participación en el entorno de las personas mayores favorece la ampliación de su red social. De esta forma, desde los equipos por zonas y los vecindarios, se promueve la participación de las personas mayores acompañadas regularmente en encuentros de barrio, salidas culturales, meriendas, etc.

Además, se organizan diferentes eventos a lo largo del año en los que se dan cita todas las personas mayores y el voluntariado de la entidad y en la época estival se realizan vacaciones adaptadas. A pesar de que debido a la pandemia, desde el 2020 se vio la necesidad de reajustar su formato, a través de pequeños grupos, estas actividades de socialización se siguieron manteniendo desde que fue posible,



conscientes de su importancia en la construcción de la red social y siempre con todas las medidas de seguridad necesarias.

El objetivo de este programa es la participación de las personas mayores en su entorno, mediante los siguientes objetivos específicos:

- Favorecer la ampliación de su red social, participando de manera activa en actividades específicas con personas mayores y voluntariado.
- Incrementar su participación en espacios de confianza, fomentando con ello la presencia en la comunidad.
- Visibilizar a las personas mayores como agentes activos en la comunidad y participantes de la misma.

**Programa de Sensibilización:** Igualmente, de manera transversal, este cuarto eje de acción de *Grandes Amigos* está enfocado en visibilizar las situaciones de soledad no deseada en la sociedad, concienciando acerca de los efectos y las necesidades que surgen para afrontarla, además del poder transformador de la ciudadanía y la acción voluntaria. Se pretende luchar contra la imagen estereotipada del envejecimiento como una etapa de la vida vinculada a enfermedad, incapacidad, aburrimiento o declive, ofreciendo una visión realista y una imagen activa y participativa de las personas mayores, creando además en la comunidad una conciencia de transformación, red y ayuda mutua, favoreciendo la autogestión y la sostenibilidad.

**Detección de la soledad:** En 2020 surge en *Grandes Amigos* un nuevo proyecto destinado a la detección de situaciones de soledad en personas mayores, desarrollado en Madrid y bajo el nombre de “Madrid Vecina”. Este programa favorece la creación de una red de apoyo vecinal que busca detectar y prevenir situaciones de soledad en las personas mayores.

Para lograrlo, conecta a vecinas/os, comercios, agentes sociales de las administraciones públicas, asociaciones vecinales... Entre todas forman una red de ‘antenas’, que forman una red entorno a las personas mayores de la zona, detectando situaciones de soledad, y favoreciendo el encuentro entre todos los agentes del barrio. De esta forma, se crea una red de apoyo, al mismo tiempo que se facilita su socialización y participación en la vida del barrio.

## Evaluación del impacto

Recientemente, desde *Grandes Amigos* se ha participado en el estudio BAKARDADEAK, impulsado por la Fundación Matia<sup>132</sup> en el que, en una parte del análisis sobre las diferentes soledades, se contó con la participación de voluntarios de la entidad y de Nagusilan<sup>133</sup> con el fin de medir el impacto de sus programas.

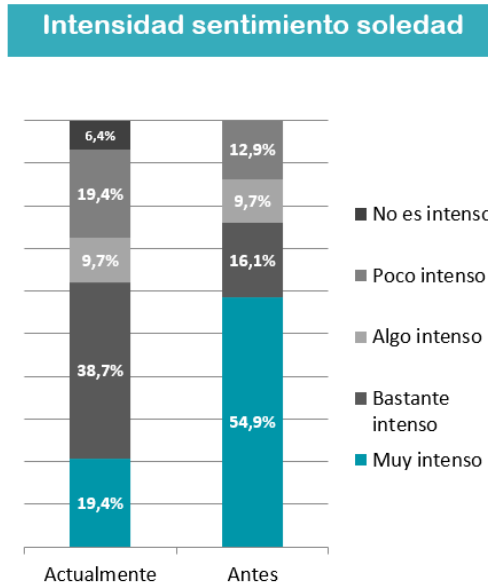
A pesar de que la muestra fue pequeña y se está trabajando para ampliar este análisis, se puede constatar el impacto positivo que supone las actividades del voluntariado para disminuir los sentimientos de soledad. Se muestra en los resultados del estudio que las personas mayores valoran mejor en el momento actual, con referencia al momento previo a la intervención del voluntariado,

---

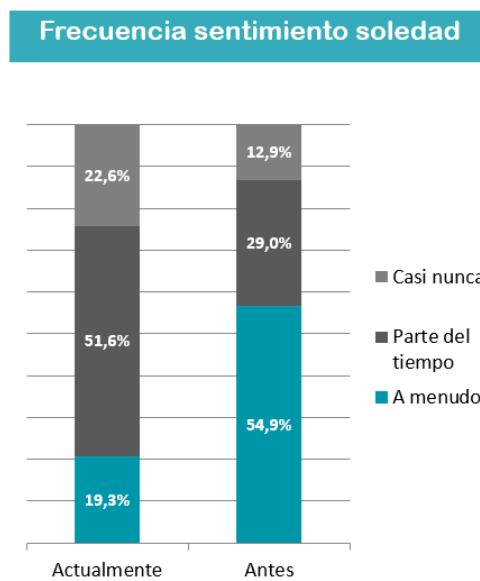
132 Matia Fundazioa es una Fundación Privada sin ánimo de lucro, con más de 130 años de experiencia en la prestación de servicios sociosanitarios en Gipuzkoa. Página web: <https://www.matiafundazioa.eus/>

133 Nagusilan es una asociación sin ánimo de lucro compuesta por voluntarias y voluntarios cuya misión es acompañar a las personas mayores en situación de soledad no deseada. Página web: <https://nagusilan.org/>

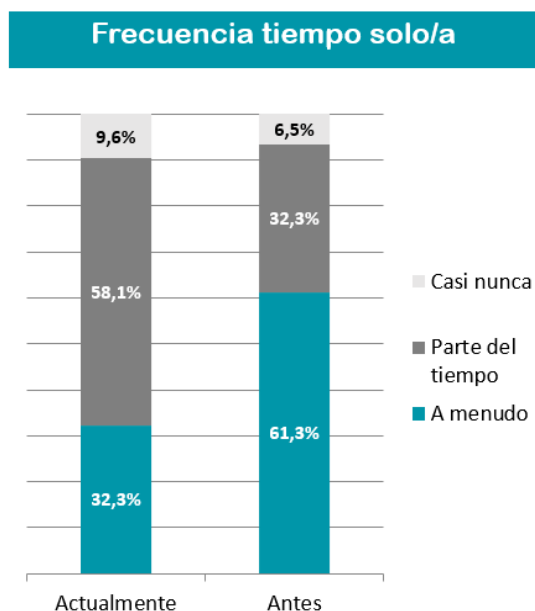
diferentes aspectos relacionados con su estado de ánimo, con la soledad y con la interacción social con otras personas, aumentando las personas con las que se relacionan cotidianamente y el apoyo social percibido por el entorno (ver gráficos 1, 2, 3 y 4)



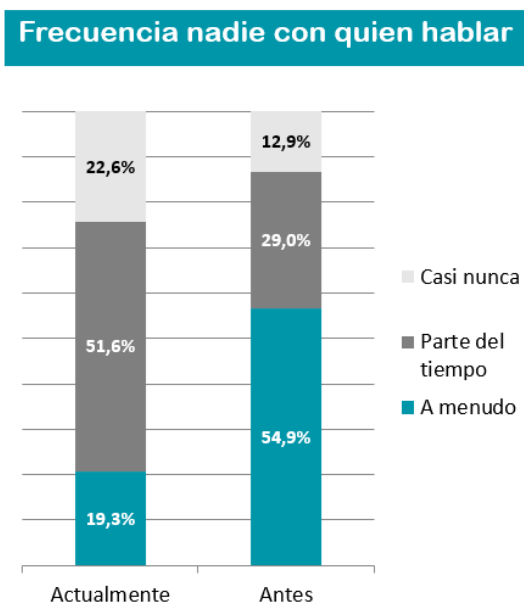
**Gráfico 1:** Fuente propia



**Gráfico 2:** Fuente propia



**Gráfico 3:** Fuente propia



**Gráfico 4:** Fuente propia

Por tanto, y aunque sea necesario continuar la exploración en este aspecto, se ha observado un impacto positivo en las personas mayores, fruto de su participación en programas de voluntariado destinados a intervenir en la soledad no deseada.

## Ante la COVID 19

Lamentablemente, el coronavirus, y en concreto la escasez de recursos para hacerle frente, ha sacado a relucir la discriminación y el abandono que están sufriendo

muchas personas mayores en nuestro país, especialmente quienes se encuentran en situación de discapacidad, dependencia o soledad.

La carencia de recursos sociales y sanitarios, así como las necesidades surgidas durante esta extrema situación, ha evidenciado la potencia de las redes vecinales y comunitarias como un gran valor protector y de abordaje de la soledad. Durante la pandemia, en *Grandes Amigos* se han reajustado y reforzado nuestros programas, poniendo en marcha acompañamiento telefónico, difundiendo material informativo y recomendaciones de seguridad y avanzando en la digitalización. Esta situación de aislamiento ha evidenciado más que nunca la brecha digital existente, ante la que se han comenzado a dar pequeños pasos a través de formación de voluntariado, capacitándolos para que apoyen a las personas mayores en su mejora del conocimiento digital orientado a la comunicación, mientras que proporcionan soluciones tecnológicas que le permitieran seguir en contacto con los voluntarios y/o personas de su entorno. Pero, a pesar de que todo esto se ha hecho más evidente si cabe a causa de la pandemia, lo cierto es que nos encontramos ante una problemática real que ya estaba presente anteriormente y que requiere de un abordaje integral.

El modelo futuro debería organizarse en los distritos, en los barrios, y debería contar con la provisión de servicios domiciliarios y diferentes modelos de alojamientos basados en el concepto de vivienda para toda la vida, donde puedan estar personas mayores en situación de dependencia o no, que funcionen con una buena red de servicios domiciliarios y de proximidad. Todo ello enmarcado en una comunidad que apoye, aporte, visibilice y haga posible la participación de todos los ciudadanos, independientemente de su edad, de una manera activa.

Para poder llegar a este modelo, tenemos muchos retos por delante, entre los que se encuentran:

- El gran reto de poner en valor el papel del voluntariado, para que se valore todo el potencial que tiene, junto con otros recursos, como generador de vínculos y como parte esencial de estas comunidades y espacios de cuidado.
- Por otro lado, el reto de eliminar los estereotipos asociados a la edad. Las imágenes continuas por parte de los medios de comunicación en el que las personas mayores se reflejan como personas pasivas, vulnerables, necesitadas de ayuda y frágiles, genera por un lado que las personas que se acercan a hacer voluntariado lo hacen con esta mirada paternalista en la que buscan, y favorece el rol pasivo de las personas mayores dentro de la sociedad. Frente a ello, hay muchas personas mayores que no se sienten identificadas con esa imagen que se proyecta de ellos, considerando además la gran heterogeneidad asociada a las personas mayores, que presentan historias de vida diferentes, expectativas y necesidades diversas que hacen que no sean adecuadas soluciones únicas.

Dar respuesta a las necesidades cada vez más diversas y complejas de la población, en especial de la población mayor en los próximos años, es un reto difícil e imposible de afrontar exclusivamente desde las políticas sociales y los servicios públicos. Estas necesidades emergentes demandan modelos más flexibles y adaptables a nuevas realidades y casuísticas de la población, como hemos podido observar durante los últimos meses, lo que supone que se tenga que favorecer que la comunidad y la importancia de los vínculos comunitarios y relacionales se complementen a las acciones públicas, avanzando entre todos en la construcción de una comunidad en la que se favorezcan los vínculos y las redes sociales y toda la ciudadanía, independientemente de su edad, tenga su papel y su espacio de participación.

## Referencias

- Dahlberg L, Agahi N, Lennartsson C. (2018). *Lonelier tan ever? Loneliness of older people over two decades*. Arch Gerontol Geriatr. 75:96-103.
- Hernan Montalban M.J., Rodríguez Moreno S.I., (2017). *La Soledad No Deseada en la Ciudad de Madrid: Informe de Resultados*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Gale CR, Westbury L, Cooper C. (2018). *Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing*. Age Ageing. 47(3):392-7.
- Gerino E, Rollè L, Sechi C, Brustia P. (2017). *Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: a structural equation model*. Front Psychol. 8:2003
- Sancho, M.; Barrio, E. del, Diaz-Veiga, P., Marsillas, S., Prieto, D. (2020). *Bakardadeak. Explorando soledades entre las personas que envejecen en Gipuzkoa*. Matia Instituto.
- Tomstad S, Dale B, Sundsli K, Saevareid HI, Söderhamm U. (2017). *Who often feels lonely? A crosssectional study about loneliness and its related factors among older home-dwelling people*. Int J Older People Nurs. 2(4):1-10.



## Cuidar a otros y cuidarse en organizaciones de adultos mayores (Cuba, Francia). ¿una palanca para escapar de la posición de objetos de cuidado?

Caring for others and caring for oneself in older adult organizations (Cuba, France). A lever to escape from the position of *objects of care*?

**Blandine DESTREMAU<sup>134</sup>**

Institut de Recherche Interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (CNRS-IRIS, UMR 8156)  
EHESS, Campus Condorcet, Aubervilliers (France)

<https://orcid.org/0000-0003-3625-6713>

[blandine.destremau@gmail.com](mailto:blandine.destremau@gmail.com)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4196>

DOI : 10.25965/trahs.4196

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Resumen:** Mi intención en esta presentación es cuestionar la visión de que las personas mayores son principalmente necesitadas de cuidados y que es necesario pensar para ellas la construcción de su lugar en la sociedad, su inclusión y la respuesta a sus necesidades. Argumento aquí que las organizaciones de personas mayores son susceptibles de ser palancas para reivindicar, explicar, promover y poner en marcha propuestas inclusivas, solidarias y responsables, dirigidas a mantener su posición de ciudadanos y responder a algunos de los efectos de su envejecimiento. Palancas para escapar de la posición de objetos de atención y afirmarse como sujetos de sus elecciones y cursos de vida.

Para ello, me basaré en el trabajo de campo que he realizado en Cuba durante los últimos diez años y que me ha llevado a participar durante un largo periodo de tiempo en varios tipos de organizaciones comunitarias, en particular los círculos de abuelos y las universidades de la tercera edad. Aunque insertadas en la malla de las instituciones gubernamentales, estas organizaciones construyen conscientemente la interdependencia a través del cuidado de los demás y la valorización a través del cuidado de uno mismo como persona y como grupo. Promueven alternativas psicológicas y políticas a la marginación de las personas mayores y su confinamiento en la esfera doméstica y sus exigencias en términos de cuidado y dependencia de los familiares. Sin pretender hacer una comparación, estableceré un paralelismo con una organización francesa de personas mayores en la que participo.

**Palabras clave:** organizaciones de personas mayores, inclusión, autocuidado, ciudadanía, Cuba

**Abstract:** My intention in this presentation is to challenge the view that older people are primarily in need of care and that it is necessary to think for them the

---

<sup>134</sup> Socióloga. Directora de Investigación del Centro Nacional de Investigación Científica (CNRS).

construction of their place in society, their inclusion and the response to their needs. I argue here that elderly people's organizations are likely to be levers for claiming, explaining, promoting and implementing inclusive, solidary and responsible proposals aimed at maintaining their position as citizens and responding to some of the effects of their ageing. Levers to escape the position of objects of attention and to assert themselves as subjects of their choices and life courses.

In order to do so, I will draw on fieldwork I have been conducting in Cuba for the past ten years, which has led me to participate over a long period of time in several types of community organizations, in particular the *círculos de abuelos* and the elder people's universities. Although inserted in the mesh of governmental institutions, these organizations consciously build interdependence through the care of others and valorization through the care of oneself as persons and as a group. They promote psychological and political alternatives to the marginalization of older people and their confinement to the domestic sphere and its demands in terms of care of and dependency on relatives. Without pretending to make a comparison, I will draw parallels with a French organization of older people in which I am involved.

Keywords: older people's organizations, inclusión, self-care, citizenship, Cuba

## Introducción

Desde la perspectiva de la construcción social del curso de la vida, la jubilación profesional suele ser la señal de un cambio hacia la «vejez». En el caso de las personas que no han estado activas en el mercado laboral, es también el relevo generacional (convertirse en abuelo o abuela) lo que abre otra forma de concebir su propio lugar en las generaciones. Cuando el miembro activo de la pareja se jubila, la vida también cambia para su cónyuge, y puede difuminar las diferencias de ocupación entre ambos.

Independientemente de cómo se consiga, se presume que una persona mayor «tiene tiempo». ¿Pero qué hacer con él? ¿Envejecer para qué? (Tavoillot, 2017). Sin embargo, podemos ver que mientras la transición a la jubilación se caracterizaría por cierto temor al vacío –temporal y relacional–, por otro lado, suele estar marcada por una alta densidad de actividades (Guillemard, 2013). Un jubilado joven suele estar abrumado: su agenda está saturada de compromisos, peticiones, necesidades y proyectos. Las tensiones morales y temporales son a menudo fuertes entre perseguir actividades lucrativas, ponerse al servicio de los demás, ya sea cerca o lejos, y tomar tiempo para sí.

La intención de este breve artículo es abrir un camino de reflexiones para invertir la visión de la relación entre los cuidados y las personas mayores<sup>135</sup>. En primer lugar, aunque es innegable que sí necesitan cuidado cuando sus capacidades físicas y cognitivas se deterioran, antes de perder su autonomía dedican mucho tiempo a cuidar a los demás. En segundo lugar, el cuidado de sí mismos como personas y como grupo social aparece un reto importante. Mucho más allá de prácticas individuales, ya sean corporales, culturales o domésticas, se traduce en muchos proyectos, iniciativas y organizaciones colectivas, en las que las personas mayores tienen el papel de organizadores y protagonistas, en formas explícitas de solidaridad y de compromiso a una participación responsable en la sociedad en la que viven.

Me gustaría dar un paso atrás a los aspectos anecdóticos o a las visiones condescendientes a las que a veces se ven sometidas las organizaciones de personas mayores, para plantear la idea de que estas iniciativas tienen un significado político: contribuyen a afirmar y reforzar, por sí mismas y para sí mismas, el lugar de las personas mayores en la sociedad, desde una perspectiva de interdependencia y no de dependencia polarizada. Además, pueden desempeñar un papel importante para que las personas mayores se conviertan en *sujetos* activos de su ciudadanía, saliendo de su estado frecuente de meros *objetos* de atención, servicios y estimulación, subordinados a concepciones higiénicas y morales de lo que sería bueno para ellas, como lo abogan, entre otros, Alberta Durán Gondar y Ernesto Chávez Negrín (2013) y Alberta Durán (2013).

Para presentar estas reflexiones, me basaré en el trabajo de investigación cualitativa que he desarrollado en Cuba desde 2010, y en Francia más recientemente. Dejando de lado el ámbito privado de los cuidados familiares (a personas colaterales, descendientes o ascendientes mayores), donde los adultos mayores desempeñan un papel importante en ambos países, me centraré en las organizaciones protagonizadas por ellos y mencionaré dos en las que participo o he participado, y donde conduje entrevistas: la asociación Old'up de París y un círculo de abuelos de La Habana<sup>136</sup>. Los materiales presentados no me permiten pretender hacer una

---

135 Vease también Destremau, 2020.

136 Cuyo nombre no mencionaré aquí por respeto al anonimato de mis fuentes.



comparación: se trata más bien de hacer dialogar experiencias y de desplazar puntos de vista<sup>137</sup>.

## Dar tiempo a los demás y participar en la vida asociativa y comunitaria

Los trabajos realizados en Europa muestran que diferentes lógicas se entrecruzan para organizar la vida cotidiana y los tiempos de vida de los jubilados (Guillemard, 2013), según su género, su estado de salud, su entorno cercano (pareja, hijos y nietos, padres mayores), su nivel educativo y cultural y sus recursos económicos. Para algunos, ejercer una actividad profesional es una preferencia personal, mientras que para otros es una necesidad.<sup>138</sup> Algunos «jóvenes jubilados» apuestan por la abuelidad, mientras que otros se cuidan de no dejarse «atrapar» por sus nietos. La jubilación puede ser el momento de realizar viajes largamente postergados, trabajos en la casa o el jardín, manualidades o deporte con más intensidad; o de aprender idiomas, a tocar un instrumento musical, empezar a escribir u ordenar fotos familiares.

Los patrones de género se mantienen, e incluso se acentúan en el momento de la jubilación. Una encuesta realizada en Francia (L'Observatoire des seniors, 2016<sup>139</sup>) muestra que el tiempo dedicado al mantenimiento del hogar aumenta en cuarenta y cinco minutos para los hombres y en una hora y once minutos para las mujeres. Estas siguen siendo las que más tiempo dedican a las tareas domésticas, tanto durante la vida laboral como en la jubilación: cuatro horas y veinticinco minutos cada día después de la jubilación, es decir, una hora más que los hombres. En Cuba, la Encuesta sobre envejecimiento de 2017 muestra una importante brecha de género – que tiende a disminuir con la edad– respecto a la realización de «tareas domésticas dentro o fuera de su hogar» y «actividades de cuidado al menos una vez a la semana de personas que requieren cuidado continuo» (CEPDE *et al.*, 2019: 73)<sup>140</sup>.

Para muchos jubilados, participar en una asociación u organización comunitaria permite ocupar el tiempo, «hacerse útil» para una causa o personas necesitadas, seguir ejercitando las habilidades adquiridas durante décadas de vida, ya sean domésticas, intelectuales, prácticas u organizativas, y desarrollar relaciones de sociabilidad, obtener reconocimiento y ofrecer reciprocidad, a través de las cuales se puede escapar de la sensación de vacío o incluso de soledad. De hecho, la participación social de las personas mayores es fomentada por las políticas de

---

137 Agradezco a Ana Vera Estrada sus comentarios y el enriquecimiento de esta reflexión.

138 Cada vez son más los europeos que trabajan luego de la edad en la que tienen derecho a una pensión de jubilación. La tasa de empleo de las personas de sesenta y cinco a sesenta y nueve años se situó en 8,4% en el segundo trimestre de 2004. Desde entonces, el crecimiento ha sido constante. Casi una quinta parte de los europeos que trabajan después de los sesenta y cinco lo hacen porque lo necesitan económicamente. Tener un trabajo remunerado después de esa edad es más común entre los jubilados relativamente jóvenes. Mientras que la tasa de empleo de las personas en el rango de edad mencionado, en la Unión Europea, es de 10,9%, solo es la mitad (5,4%) en el caso de las personas de setenta a setenta y cuatro años. El trabajo remunerado es aún menos probable para los europeos de setenta y cinco o más (1,3%) (Dubois, 2013).

139 «A la retraite, c'est la télévision qui occupe le plus de temps», Disponible en <<https://observatoire-des-seniors.com/les-loisirs-prennent-une-place-importante-dans-la-vie-quotidienne-des-retraites/>> [consulta: 13 febrero 2021]

140 Por desgracia, la Encuesta Nacional sobre Igualdad de Género ENIG-2016 no está desglosada por edad, lo que impide identificar los efectos del envejecimiento o la generación.

«envejecimiento saludable» promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y es uno de los pilares del «envejecimiento activo».<sup>141</sup>

La Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE,<sup>142</sup> por sus siglas en inglés) muestra que más de 40 % de las personas encuestadas dicen participar en al menos uno de cinco tipos de actividades sociales: voluntariado o actividad benéfica, cursos de formación, asociación social o club deportivo, organización religiosa y organización política o comunitaria (citada en Sirven y Debrand, 2013). Esta participación varía de un país a otro y disminuye con el envejecimiento: la tasa más alta de afiliación a una asociación se da entre los sesenta y los setenta años. A esas edades, las personas mayores suelen tener todavía buenas condiciones físicas, lo que les permite mantenerse activas. Por otro lado, la cantidad de tiempo dedicado al voluntariado aumenta con la edad. Más de la mitad (51%) de los mayores entre los sesenta y sesenta y cinco años, que pertenecen a una asociación, dedican más de cinco horas a la semana; la proporción se eleva a 58% de los de más de más sesenta y cinco.

En Francia, 37% de las personas de sesenta a setenta y cuatro años pertenecen a una asociación, frente a 28% de los mayores de esa edad (L'Observatoire..., 2016). Sus principales motivaciones son: conocer a gente que comparta sus mismos gustos (73%), encontrar una ocupación (62%) y ser útil (51%). Los mayores aportan una parte considerable del volumen total de trabajo voluntario en obras sociales y benéficas: 26% el grupo de edad de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años, 20% para el de sesenta y cinco a setenta y cuatro, y 15% los de más edad (Prouteau, 2018). Estas observaciones demuestran que, lejos de ser improductivos o consumidores de cuidados, los jubilados son, sobre todo, productores de servicios y relaciones (Sirven y Godefroy, 2009).

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Envejecimiento Poblacional, realizada en 2017 en Cuba (CEPDE *et al.*, 2019) no son estrictamente comparables con los datos de SHARE ni los obtenidos en Francia: no tenía los mismos objetivos que las mencionadas, su cuestionario era diferente y, además, la participación e implicación en las organizaciones de la sociedad civil no toman la misma forma en Cuba que en Francia<sup>143</sup>. Sin embargo, los resultados apuntan a la misma dirección. La encuesta muestra que 28,2% de las personas de entre sesenta y setenta y cuatro años sigue empleada, mientras que solo lo son 5,7% de los de más de setenta y cinco. La proporción de hombres es cuatro veces mayor para el primer grupo, y cinco veces mayor para el segundo, debido a que la edad oficial de jubilación es superior para

---

141 Envejecimiento activo es un concepto definido en 1999 por la OMS como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

142 La encuesta SHARE es una cohorte multidisciplinar y transnacional de datos individuales sobre la salud, la situación socioeconómica y social y las relaciones familiares de más de cuarenta mil personas de cincuenta años o más. Once países participaron en el estudio en 2004. En 2006-2007 se recogieron datos adicionales durante la segunda oleada de SHARE en estos países. Sharelife, la tercera ola del proyecto, se llevó a cabo en 2008-2009 sobre la misma población que participó en las anteriores.

143 Me resultó difícil encontrar algún trabajo sobre la participación de las personas mayores en la sociedad civil y las organizaciones comunitarias en Cuba. Espero ponerme en contacto con algunos investigadores sobre estos temas en el futuro.

los hombres, pero también porque una proporción importante de mujeres después de los cincuenta tiende a dedicarse al cuidado familiar<sup>144</sup> (Destremau, en proceso de edición para 2021).

En cuanto a la participación social, la encuesta muestra que:

unido o no a la participación laboral, solo 13,3% de todas las personas de sesenta años y más cuando llegan a los sesenta se incorporan a una nueva actividad o proyecto de vida no realizado anteriormente [...] [Los hombres] por lo general se vinculan a nuevas actividades laborales, en tanto las mujeres se inclinan a cuestiones más diversas entre las que –unidas a las laborales– también son frecuentes la participación en círculos de abuelos, actividades de cultura, ocio y recreación, de voluntariado, de cuidado, entre otras (CEPDE *et al.*, 2019: 69-70).

52,4% de las mujeres de entre sesenta y setenta y cuatro años realiza una actividad de voluntariado,<sup>145</sup> frente a 38,3% de las mayores. En el caso de los hombres, las cifras son de 59,1% y de 44,1% respectivamente para los mismos grupos de edad. Alrededor de 6% de ambos géneros y de todas las edades toma parte en un proyecto comunitario, pero más mujeres que hombres participan en un círculo de abuelos al menos una vez al mes (7,2% frente a 3,9% de los mayores de sesenta), y ambos géneros asisten con mayor frecuencia después de los setenta y cinco años. Aunque en menor proporción (2,9% y 2,3% respectivamente para hombres y mujeres), el hallazgo de una mayor participación después de los setenta y cinco también se aplica a la asistencia mensual a una universidad del adulto mayor. Otros resultados de la misma encuesta (p. 77) muestran que la proporción de personas de sesenta a setenta y cuatro que reciben ayuda (de corresidentes, hijos y familiares no corresidentes, o vecinos y amigos) es apenas superior a la que brindan<sup>146</sup> (en torno a 80%), mientras que la diferencia aumenta a partir de los setenta y cinco. A esa edad, más de la mitad de las mujeres y más de dos tercios de los hombres siguen brindando ayuda.

Así, una vez más se confirma que los ancianos cubanos hacen una contribución «crucial y tangible» (p. 46) a la sociedad, en contraste con:

concepciones y mitos relacionados con la vejez [y] la idea de que en esta etapa de la vida comienza a prevalecer en las personas la fragilidad, la pérdida de capacidades, los sentimientos negativos frente al cambio natural de roles –por jubilación, por viudez–, el uso del tiempo en actividades poco valoradas socialmente y no remuneradas, desequilibrios económicos, pérdida de relaciones personales y familiares y falta de oportunidades por el bajo nivel educativo que se le atribuye a las personas mayores (p. 69).

---

144 La tasa de actividad de las mujeres mayores de cincuenta es solo de 29,2%, frente a 59% de los hombres de la misma categoría de edad (CEPDE *et al.*, 2019).

145 Incluye colaboración, asistencia o ayuda voluntaria en las organizaciones de masas, políticas y consejo de vecinos, en instituciones de los Sistemas Nacionales de Salud y de Educación, en los antiguos centros laborales, en instituciones o grupos religiosos, u otras no especificadas. Se refiere a si lo ha realizado en los últimos doce meses.

146 Se refiere a ayuda que se recibe con cualquier frecuencia, ya sea diariamente, una vez a la semana, una vez al mes u otra.

## Dos ejemplos de organizaciones de personas mayores: cuidar a los demás y cuidarse como grupo social

Si se valora la participación en asociaciones y organizaciones de la sociedad civil para «envejecer bien», no es solo porque proporciona una contribución laboral gratuita al funcionamiento de la sociedad, sino también porque permite a las personas mayores cuidar de sí mismas. Voy a esbozar dos ejemplos de ello, el primero relativo a la asociación Old'up, en Francia, y el segundo a un círculo de abuelos en La Habana.

### Old'up Francia: No tan joven pero tampoco tan viejo: Dar sentido y utilidad al alargamiento de la vida

La asociación Old'up, *No tan joven pero tampoco tan viejo: Dar sentido y utilidad al alargamiento de la vida*, fue creada en febrero de 2008. Con el deseo de encarnar el envejecimiento participativo con el lema «las personas mayores tienen voz, alcemos la voz», se dirige principalmente a la población que envejece, y a un amplio sector de la población jubilada, cuyo número aumenta de forma significativa y rápida. Con alrededor de doscientos miembros activos, ha alcanzado un alto nivel de formación y cualificación profesional. Los objetivos de la asociación son:

conocer y dar a conocer el lugar, el papel, la aptitud y la utilidad de las personas mayores e incluso muy mayores, que deben formar parte de la sociedad, desempeñar un papel cívico y social, identificar y eliminar los obstáculos que impiden mantener a esta generación en una esfera activa e integrada; afirmar la capacidad de autonomía de esta generación, es decir, de reflexionar por sí misma, de decidir libremente sobre sus opciones de vida y de ser un actor en su vida y en la sociedad y la familia; y finalmente trabajar para optimizar las relaciones entre las generaciones.<sup>147</sup>

Cuenta con un Consejo de administración, un Consejo científico y se rodea de un Comité de expertos llamados a acompañar e iluminar sus investigaciones. Sus miembros dirigen y organizan numerosos grupos de debate, talleres de escritura o lectura sobre temas como «los vínculos familiares», «el sentido de la vida», «tener setenta, ochenta o noventa años», «el gusto por la vida», «las relaciones con los médicos», «el cuerpo que envejece», «aprender a envejecer» o la actualidad cultural y política. La asociación también responde a peticiones de periodistas, instituciones públicas y asociaciones. Además, participa en conferencias, simposios científicos y consultas nacionales, así como en grupos de reflexión sobre el lugar de las personas mayores en la sociedad y la discriminación que suelen sufrir.

Una de los responsables de la asociación me explica:

Old'up quiere ser un grupo de reflexión más que un grupo de divertimento o consumo. Nuestras actividades contribuyen a nuestro bienestar, pero sobre todo fomentan la reflexión: ¿Qué es el envejecimiento? ¿Qué nos está pasando? ¿Quiénes somos los ancianos? ¿Qué hacemos con estos años de vejez? Hay muchas oportunidades para intercambiar sobre estas cuestiones, y los testimonios entre nosotros nos iluminan y

---

147 Traducción de Blandine Destremau.

nos ayudan a encontrar el lugar adecuado, sea cual sea nuestra edad. Old'up también da mucha importancia a la valoración de las habilidades de las personas mayores. No queremos que otros hablen por nosotros. También ayudamos a nuestros miembros a aprender habilidades digitales para que puedan salir adelante. La escritura es importante como medio de expresión: los talleres de escritura tienen mucho éxito y publicamos libros en una colección específica<sup>148</sup>.

Dentro de Old'up, participo en un grupo de discusión de libros: una quincena de mujeres de entre setenta y cinco y noventa y cuatro años se ponen de acuerdo en uno o dos libros para leer, y lo discuten por videoconferencia, ya que el encierro por la Covid-19 no permite reuniones físicas. Soy consciente de que estas reuniones mensuales son un punto de anclaje importante para estas personas, que también participan en otros grupos de la asociación. La lectura de los libros recomendados se realiza en la perspectiva de estos intercambios, los debates ponen de manifiesto las competencias y el bagaje profesional de las participantes –muchas de ellas psicólogas o psicoanalistas– y permiten poner en práctica ideas, posiciones y reflexiones estimulantes.

Old'up permite, así, tanto el cuidado de los demás como el de uno mismo: el primero a través de la convivencia, el compartir, o la atención a una persona que muestra signos de degeneración cognitiva; y el autocuidado a través de la activación de las habilidades intelectuales y sociales y el reconocimiento obtenido por estos compromisos. Además, la postura de testimonio, interpelación y propuesta a los poderes públicos y a la sociedad constituye una acción de cuidado de sí mismos como grupo de viejos, y de los demás al incorporar a todas las personas mayores dentro de su perímetro, más allá de las diferencias sociales. Esta posición tiene como objetivo salir del miserabilismo, informar sobre la diversa realidad que viven las personas mayores, militar para que participen en las decisiones que les conciernen y cambiar su representación generacional en la sociedad.

## Círculos de abuelos en Centro Habana

El caso del círculo de abuelos en un barrio de La Habana es bastante diferente, pero de igual interés y significativo en su articulación entre autocuidado, cuidado a los demás y responsabilidad social. Este tipo de institución se creó en los 80 para mantener la salud mental y física y la integración social de los mayores, en un momento en el que se estaba consolidando el Programa nacional de atención integral al adulto mayor. La idea partió del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), pero las uniones de pensionistas de la Confederación Central de Trabajadores de Cuba (CTC) están implicadas, así como el Instituto Nacional de Deportes, Educación Física y Recreación (INDER), que les proporciona profesores para dirigir sesiones de tai chi o gimnasia. Creados por iniciativa de un médico de familia, una institución o los propios ancianos, los círculos reúnen a personas mayores de un barrio y obtienen la aprobación del MINSAP.

Los círculos suelen reunirse en una institución local, en la sala o el patio de un Taller de transformación integral del barrio, o incluso en una iglesia. Se instalan en los parques públicos para sus actividades deportivas. He participado en clases de gimnasia e higiene alimentaria; en alegres peñas con una orquesta que atrae a los vecinos del barrio; en talleres de autoestima destinados a revalorizar las

---

148 Entrevista con la autora, París, marzo 2020.

trayectorias vitales familiares, profesionales y espirituales de las personas que contribuyeron a las seis décadas de la Revolución; en visitas culturales e históricas; en debates sobre el papel de los cuidadores familiares, y en muchas otras actividades.

En el círculo en que participé, la coordinadora expresaba claramente el objetivo de luchar contra la soledad de las personas mayores, que necesariamente no viven solas, pero el paso a la jubilación puede suponer un distanciamiento de los compañeros de trabajo. Por otro lado, suele ser el inicio de un repliegue hacia el espacio doméstico y las tareas que les exigen sus hijos y nietos, o la responsabilidad de un familiar muy mayor al que cuidan. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres, que han heredado una educación que las ha llevado a ser altruistas en lugar de preocuparse por sí mismas, pues esto último es generalmente considerado como vanidad, complacencia o egocentrismo. Refiere la coordinadora:

El círculo es importante. Permite a las personas mayores no estar completamente supeditadas a sus padres, hijos y nietos; tener su propia vida; ver a amigos; realizar nuevas actividades y cuidar de sí mismas. Les permite decir «no, mañana no puedo ayudarte, estoy ocupada con el círculo». También pueden asumir responsabilidades, proponer la organización de actividades, involucrarse en los talleres que nos acogen. Gracias al círculo, mantienen su autoestima alta y reciben el reconocimiento del grupo y de sus familias. Este colectivo también les permite resolver problemas cotidianos que no podrían compartir con aquellas. De este modo, se convierten en un grupo de apoyo, mientras que cuando trabajaban solían salir a primera hora de la mañana. Muchos de ellos no se conocían entre sí, aunque llevaban años viviendo en el mismo barrio<sup>149</sup>.

Ella sigue argumentando:

Hoy en día, los ancianos son una parte muy importante de la población cubana. Tenemos que prestarles atención, no podemos dejarlos fuera de la sociedad. Debemos incorporar la actividad social a las personas que se encuentran aisladas y hacerlas parte de un grupo de intereses comunes, propios de su edad. También es importante que realicen actividades físicas y manuales para reducir los efectos del envejecimiento sobre la salud y la disminución de sus capacidades físicas. Pero más allá de eso, les ofrecemos actividades culturales y recreativas, estimulamos sus capacidades cognitivas e intelectuales, ampliamos su mundo espiritual, para ayudarles a mantener una buena salud y calidad de vida. Invitamos a personalidades, artistas, artesanos, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, nutricionistas, músicos, que colaboran con nosotros y acompañan nuestros proyectos. A nuestra manera, continuamos el proyecto de masificación de la cultura lanzado por nuestro Comandante en Jefe<sup>150</sup>.

---

149 Entrevista con la autora, La Habana, octubre 2018.

150 *Id.*

Los círculos tienen, pues, la doble característica de estar animados por el trabajo voluntario y de estar decididamente arraigados en un territorio de interconocimiento, en red con otras instituciones locales. Varias entrevistas y observaciones<sup>151</sup> me permitieron constatar que la participación en los círculos, así como en las universidades para la tercera edad, contribuyó a formas de subjetivación individual y colectiva, al prolongar, en un período post-profesional, los compromisos sociales, culturales y comunitarios, que son los fundamentos de la ciudadanía cubana<sup>152</sup>. La palabra clave es participar, integrarse, no vivir desvinculado, y cuidarse, lo que en Cuba también forma parte de una cultura sanitaria que responsabiliza a los ciudadanos de su propia salud y de la vigilancia necesaria para la salud pública. El compromiso político, social y cultural que ofrecen estas organizaciones a las personas mayores a nivel local fomenta una forma de ciudadanía, adaptada a esta etapa del ciclo de vida.

## Discusión: el autocuidado, ¿una palanca para escapar de la posición de objetos de atención y afirmarse como sujetos de su propia vida?

En los dos ejemplos que he esbozado, aparece que el autocuidado se entrelaza con el cuidado de los demás, en una perspectiva transformadora: cambiar su propia conciencia de sí mismo para desarrollar acciones sobre sí mismo con los demás y para transformar la forma en que se considera a las personas mayores; salir de varias dependencias privadas como públicas; y afirmar su capacidad de mantener un lugar como ciudadanos protagonistas de su propia inclusión social. La idea que defiendo aquí es que el cuidado de uno mismo, como persona y como grupo social, y con otros similares y/o diferentes, puede ser una poderosa palanca transformadora. De hecho, la noción de autocuidado tiene diferentes filiaciones filosóficas e ideológicas que interconectan la subjetividad y el bienestar como fin, y el autocuidado como palanca para la acción política.

En *La hermenéutica del sujeto* (1982) y en el tercer volumen de la *Historia de la sexualidad* (1984), Michel Foucault demuestra que el «conocerse a sí mismo» (*gnôthi seauton*) de los filósofos griegos está, de hecho, subordinado al cuidado de sí mismo (*epimeleia heautou*). La primera dimensión del cuidado de sí mismo es una actitud general, una determinada manera de ver las cosas, de situarse en el mundo, de actuar, de relacionarse con los demás. El autocuidado esconde todo el orgullo y la superioridad de estatus del ciudadano antiguo. Es «sobre todo una práctica social, una actividad política y no un repliegue narcisista o solitario». Pues esta «anacorexia en sí misma» se descompone en una multitud de actividades sociales. Autocuidarse se refiere a un régimen particular de subjetivación (Mozère, 2004).

Luego, tanto en los higienistas del siglo XIX como en las corrientes behavioristas actuales, se está desarrollando la idea de que cada uno es responsable de su propia salud y la de sus hijos, sobre todo en asuntos como el alcoholismo, la obesidad, las

---

151 Estas entrevistas y conversaciones constituyeron el grueso de mi trabajo de investigación durante mis estancias en Cuba en el invierno de 2016 y el otoño de 2018, durante las cuales frecuenté regularmente organizaciones de personas mayores: hablé con coordinadores de círculos y universidades de la tercera edad, con participantes en estas mismas organizaciones y con responsables del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) y de la Escuela Nacional de Salud Pública.

152 Como muestro en mi libro *Vieillir sous la révolution cubaine, une ethnographie*, por aparecer (Destremau, 2021).

enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o la contaminación por VIH, todas ellas afecciones crónicas vinculadas al consumo, la alimentación y las prácticas corporales.

En las últimas décadas, el concepto de autocuidado también ha sido desarrollado por el mercado de masas (Spicer, 2019): se trata principalmente de protegerse contra la adversidad o la agresión, incluyendo la ansiedad, el estrés, el exceso de trabajo, el dolor, el envejecimiento o la fatiga. El autocuidado, en este sentido, abarca actividades tan diversas como comer y dormir bien, la meditación, el yoga y el ejercicio, las manualidades tranquilas, aprender a decir no, escuchar a su cuerpo y hablar en primera persona. Estas recomendaciones han dado lugar a una próspera industria que ofrece libros, consejos, formación, cursos, servicios y productos.

Por otro lado, la noción de autocuidarse se ha politizado en una perspectiva de emancipación construida en torno a los movimientos de liberación poscolonial. Haciéndose eco de la pedagogía del oprimido desarrollada por Paulo Freire, el autocuidado es una forma de emanciparse tomando conciencia de la opresión, incluyendo «esa parte del opresor que está enterrada en lo más profundo de cada uno de nosotros» (Bentouhami, 2019, citando Audrey Lorde), no para adaptarse al sistema de opresión, sino para transformarlo. Muchas corrientes de pensamiento feminista decolonial (Destremau y Verschuur, 2012) han desarrollado la idea de que el autocuidado es una estrategia feminista para hacer frente a la violencia, la injusticia y la inseguridad en el mundo. En este sentido, autodevolverse valor, hablar con las propias palabras, construirse como persona amable, ayudarse mutuamente, son herramientas de lucha, defensa y resistencia contra los tres sistemas de opresión que imperan en el mundo y que dan lugar a injusticias sociales, económicas y epistémicas: el capitalismo, el colonialismo y el patriarcado.

Entonces, despolitizada, la noción de autocuidado tiende a derivar hacia una forma de individualismo neoliberal, una evasión de las responsabilidades hacia los demás en nombre de la prioridad dada a la autorresponsabilidad. Repolitizada, se une a las corrientes de emancipación que abogan por asumirse como un ser-en-el-mundo en su identidad de género, clase, corporeidad, género y racialidad, en una afirmación contra las formas de discriminación y dominación difundida en los espacios público e íntimo.

Las organizaciones de personas mayores combinan estos diferentes significados, en proporciones variables. Por un lado, pueden verse como formas de ocupar su tiempo fuera de la esfera productiva, en una perspectiva individualista y hedonista. Por otro, más allá del objetivo instrumental de contribuir a su bienestar físico y mental, pueden reflejar la voluntad de seguir existiendo como personas con habilidades, capacidades de solidaridad y altruismo, pero también como ciudadanos conscientes y activos, que ponen en acción la solidaridad con otros similares o diferentes. Esto puede hacerse de varias maneras: militando por una causa que reivindique su valor; aprendiendo cosas nuevas y desarrollándose uno mismo; ayudando con sus habilidades; cuidando su cuerpo envejecido, dándole valor en lugar de adoptar el desprecio que la sociedad le tiene; reivindicando la lentitud, la paciencia, asumiendo el tiempo como una alternativa (y no solo una disminución) a vivir demasiado rápido. Aunque insertadas en la malla de las instituciones gubernamentales, las organizaciones cubanas construyen conscientemente la interdependencia a través del cuidado de los demás y la valorización a través del cuidado de uno mismo como persona y como grupo. Promueven alternativas psicológicas y políticas a la marginación de las personas mayores y su confinamiento en la esfera doméstica y sus exigencias en términos de cuidado y dependencia de los familiares.

Alberta Durán Gondar y Ernesto Chávez Negrín constan la existencia de:



Concepciones sociales que reflejan prejuicios hacia la vejez y que le asignan un papel mayoritariamente pasivo-dependiente como objeto de atención y no como sujeto activo de su propio desarrollo ; escasas imágenes de la tercera edad como grupo aportador y como individualidad plena y realizada en los medios de difusión y en la cotidianidad, que permitan modificar las concepciones sociales negativas y brindar modelos positivos a los propios ancianos ; y carencia de representatividad del anciano como figura social en organizaciones e instituciones sociales comunitarias y ausencia de agrupaciones formales que centren sus intereses y canalicen sus potencialidades (2013).

Precisa también Alberta Durán :

No siempre se superan realmente las visiones “catastrofistas” o paternalistas hacia la vejez. Por otra parte, pocas veces los propios viejos hablan en estos espacios para defender sus necesidades y puntos de vista; otros, más jóvenes –o menos viejos- hablamos por ellos, en ocasiones transmitiendo visiones más cercanas a los intereses de la sociedad y del Estado del que se trate, o nuestros propios intereses y/o miedos generacionales. [...] Un aspecto fundamental, desde la investigación o desde la práctica social, es concebir al adulto mayor como sujeto de su propio desarrollo y valorar la socialización adulta como proceso constante que no termina sino con la muerte; los ancianos no pueden ni deben valorarse sólo como objetos necesitados de apoyo (2013).

Sin poder resolver los problemas materiales, económicos y sociales que enfrentan las personas mayores, me parece que la autorganización suele conformar un camino para avanzar hacia este objetivo. Por lo tanto, adquiere un significado político: no negar el envejecimiento, sino tenerlo en cuenta para afirmar, o incluso reclamar, una responsabilidad y un lugar en la sociedad; definir sus propias necesidades y los medios para satisfacerlas y, por lo tanto, reivindicarse como sujeto y no como objeto (de cuidados, de políticas sociales, de ofertas del mercado, etc.); afirmar su importancia como persona interdependiente que da y recibe atención y cuidados. Junto a la necesaria reivindicación de mejores políticas sociales de atención a las personas mayores, parece crucial conocer y valorar mejor este potencial: permite cuestionar la visión de que las personas mayores son principalmente necesitadas de cuidados y que es necesario pensar para ellas la construcción de su lugar en la sociedad, su inclusión y la respuesta a sus necesidades.

Como instrumento de representación y demanda, pero también por la fuerza de sus acciones, la autorganización abre vías para que las propias personas reivindiquen, expliquen, promuevan y pongan en marcha propuestas inclusivas, solidarias y responsables, dirigidas a mantener su posición de ciudadanos y responder a algunos de los efectos de su envejecimiento. Y también para escapar de la posición de objetos de atención y afirmarse como sujetos de sus elecciones y cursos de vida.

## Referencias

- Bentouhami, H. (2019). «Audre Lorde: le savoir des opprimées». *Ballast*, n. 6, 28 de mayo. Disponible en <<https://bit.ly/3tPO1rU>> [consulta: 13 febrero 2021].
- CEPDE (Centro de Estudios de Población y Desarrollo) / MINSAP (Ministerio de Salud Pública) / CITED (Centro Iberoamericano para la Tercera Edad) (2019). *Encuesta Nacional de Envejecimiento de la Población enero 2017*. La Habana: ONEI. Disponible en <<https://bit.ly/2N7rNB4>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Destremau, B. (2020). «Cuidar y cuidarse en comunidad. ¿Invertir la relación cuidados-envejecimiento?», *Temas*, n° 100-101, *Longevidades*, La Habana, oct. 2019 - marzo 2020, p. 104-110.
- Destremau, B. (2021). *Viellir sous la révolution cubaine. Une ethnographie*. París: Éditions de l'IHEAL.
- Dubois, H. (2013). «Le travail après la retraite dans l'Union européenne». *Retraites et société*, n. 65, febrero, 155-60. Disponible en <<https://bit.ly/2NjOYbf>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Durán Gondar, A. (2013). «Algunas características de las adultas mayores en Cuba». *Caudales 5*, La Habana, CIPS. Disponible en <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/1819DO22.pdf>> [consulta: 23 febrero 2021].
- Durán Gondar, A., Chávez Negrín, E. (2013). «Una sociedad que envejece. Retos y perspectivas». *Caudales 5*, La Habana, CIPS. Disponible en <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/111819CDO24.pdf>> [consulta: 23 febrero 2021].
- Guillemard A. M. (2013). «Le vieillissement actif: enjeux, obstacles, limites. Une perspective internationale». *Ibidem*, 17 -38. Disponible en <<https://bit.ly/3dcAIMu>> [consulta: 13 febrero 2021].
- L'Observatoire des seniors (2016). «À la retraite, c'est la télévision qui occupe le plus de temps », Disponible en <<https://observatoire-des-seniors.com/les-loisirs-prennent-une-place-importante-dans-la-vie-quotidienne-des-retraites/>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Mozère, L. (2004). «Le “souci de soi” chez Foucault et le souci dans une éthique politique du care. Quelques pistes de travail». *le portique*, n. 13-14. Disponible en <<https://bit.ly/3pjzYHM>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Old'up. Disponible en <<https://www.oldup.fr/accueil/72>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Prouteau, L. (2018). *Le bénévolat en France en 2017, état des lieux et tendances*. Universidad de Nantes / Centre de recherche sur les associations (CSA). Disponible en <<https://bit.ly/2Nt9hCY>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Destremau, B.; Verschuur, C. (eds.) (2012). *Féminismes décoloniaux, genre et développement*, *Revue Tiers Monde*, n° 209. enero-marzo. Paris, Armand Colin. Disponible en <<https://bit.ly/3ql3HkL>> [consulta: 13 febrero 2021].
- Sirven, N. y Debrand, T. (2013). «La participation sociale des personnes âgées en Europe. Instrument du “bien vieillir” ou facteur d'inégalités sociales de

santé?». *Retraites et société*, ob. cit, 59-80. Disponible en  
<<https://bit.ly/37byoS1>> [consulta: 13 febrero 2021].

Sirven, N. y Godefroy, P. (2009). «Le temps de la retraite est-il improductif?». *Retraites et société*, n. 57, enero, 75-97.

Spicer, A. (2019). 'Self-care': how a radical feminist idea was stripped of politics for the mass market, *The Guardian*, disponible en <  
<https://www.theguardian.com/commentisfree/2019/aug/21/self-care-radical-feminist-idea-mass-market>> [consulta: 13 febrero 2021].

Tavoillot, P. H. (2017). «Vieillir: pour quoi faire ? À quoi bon ?». En: *Allongement de la vie. Quels défis ? Quelles politiques ?* Guillemard, A. M. y Mascova, E. (eds.), París: La Découverte, 139-51.



## Étude d'opinion des Mauricien.nes sur les maladies mentales pouvant être stigmatisantes en particulier concernant les personnes âgées

Case study of Mauritians on the stigma on people with mental disorders, especially concerning the elderly

**Neelam PIRBHAI-JETHA**<sup>153</sup>

Centre des Humanités Numériques  
Université des Mascareignes, Ile Maurice

<https://orcid.org/0000-0002-9824-4745>

[npirbhajetha@udm.ac.mu](mailto:npirbhajetha@udm.ac.mu)

**Pascal BONCOEUR**<sup>154</sup>

Centre des Humanités Numériques  
Université des Mascareignes, Ile Maurice

<https://orcid.org/0000-0002-4435-9408>

[pboncoeur@udm.ac.mu](mailto:pboncoeur@udm.ac.mu)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4315>

DOI : 10.25965/trahs.4315

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

Résumé : Quelle image nous vient-il à l'esprit lorsque l'on pense à une personne atteinte de troubles neurologiques ? Les stéréotypes abondent : soit c'est une personne qui hurle et fracasse tout autour d'elle, soit c'est une personne, assise, silencieuse, sans voix. Pour le premier cas, on l'appellera un fou ou dans le langage mauricien ou le créole « fouca » ou « pagla » ; et pour le deuxième cas, on pense à un vieux, atteint d'Alzheimer. L'Autre, atteint de démence, est souvent perçu comme ayant une identité fragmentée. Il perd ainsi toute sa dignité humaine lorsqu'il est vu comme un personnage inquiétant ou qui fait honte, et lorsqu'il doit être enfermé ou caché de la société. Déconnecté du monde humain, il devient un mort-vivant. Notre étude, toujours dans un état embryonnaire, a pour objectif à court terme de faire un

---

<sup>153</sup> Les principaux intérêts de Neelam Pirbhai-Jetha résident dans la littérature mauricienne, en particulier pendant la période coloniale. Elle a à son actif quelques publications et a participé à des conférences organisées par Aberystwyth University, University of Delhi et l'université Bourgogne Franche-Comté entre autres. Elle se lance dans la recherche en humanités numériques et a récemment participé à une conférence internationale organisée par University of Western Australia et un séminaire international organisé par Sorbonne Universités, l'université de Maurice et l'institut Français de Maurice.

<sup>154</sup> Maître de conférences avec une dizaine d'années d'expérience dans le développement et la prestation des cours pour différentes universités de l'océan Indien, Pascal Boncoeur a un Master en Systèmes Informatiques. Il souhaite parfaire ses connaissances et son expertise en informatique en appliquant l'intelligence artificielle dans le domaine de l'éducation et les humanités médicales.

état des lieux des personnes âgées atteintes de troubles neurologiques à Maurice. Nous avons contacté les ONG, des chercheurs travaillant sur le sujet et nous avons aussi fait un sondage sur la perception des Mauriciens sur les personnes âgées atteintes de troubles neurologiques. Les résultats et analyses nous amènent à conclure que davantage d'effort doit être fait pour sensibiliser les gens afin de réduire les stigmates et ainsi créer une société plus inclusive.

Mots clés : démences, troubles neurologiques/mentaux, humanités médicales, responsabilité sociale, personnes âgées, île Maurice

Abstract: What comes to our mind when we think of someone with neurological disorders? Stereotypes abound : either it is someone screaming and smashing everything around him/her, or it is a person, sitting, silent, speechless. For the first case, we will call him/her "mad" or in the Mauritian language or Creole "fouca" or "pagla"; and in the second case, we think of an old person suffering from Alzheimer. The Other, suffering from dementia is often perceived as someone with a fragmented identity. People with mental disorders tend to lose their human dignity, especially when their presence worries and brings shame, and they are locked up and hidden from society. Disconnected from the human world, they become the living dead. Our study, still in an embryonic state, aims, in the short term, to look into neurological disorders of the elderly in Mauritius. We contacted NGOs, researchers working on the subject and also launched a survey on the perception of Mauritians on elderly people with neurological disorders. Our results and analysis lead us to conclude that more effort must be made to raise awareness in order to reduce the stigma and thus create a more inclusive society.

Keywords: dementia, neurological/mental disorders, medical humanities, social responsibility, elderly people, Mauritius

## Introduction

“Who is it who can tell me who I am ?”  
Shakespeare, *King Lear*, Acte 1, scène 4

Quelle image nous vient-il à l'esprit lorsque l'on pense à une personne atteinte de différences/troubles neurologiques ? Les stéréotypes abondent : soit c'est une personne qui hurle et fracasse tout autour d'elle, soit c'est une personne, assise, silencieuse, sans voix. Pour le premier cas, on l'appellera un fou ou dans le langage mauricien ou le créole « fouca » ou « pagla » ; et pour le deuxième cas, on pense à un vieux, atteint d'Alzheimer. La revue de littérature a tendance à considérer la démence ou les troubles neurologiques uniquement chez les personnes âgées et, le plus souvent, à partir du point de vue des aides-soignants et des membres de la famille du patient.

Notre étude construite sur l'opinion d'une tranche de la population mauricienne sur les personnes âgées souffrant de maladies mentales, est toujours dans un état embryonnaire. Nous avons remarqué des lacunes dans les recherches, car très peu de travaux prennent en considération la voix du patient atteint de troubles neurologiques. Certes, les patients dit « crieurs » (Michel, 2019 : 195-199) sont incompris et communiquer avec eux semble impossible car ils sont en décalage avec leur environnement. Mais, selon M. Grosclaude (2019 : 200-208), même leur cri a du sens et révèle un besoin. Toutefois, tous les patients atteints de démence ont-ils un souci pour s'exprimer ? La recherche d'Ellis et d'Astell (2018) sur l'interaction adaptative montre qu'il y a un moyen de communiquer sans les mots. C'est d'ailleurs l'humiliation et la honte d'être différents, car atteints d'une maladie dite taboue, qui amènent les patients à réduire leur désir de communiquer.

La société mauricienne semble déjà catégoriser et stigmatiser les personnes d'après leurs aptitudes, et les patients atteints d'un trouble neurologique deviennent l'Autre. Avec une identité fracturée et la perte de dignité humaine, l'Autre atteint de démence, inquiète et fait honte : on l'enferme et on le cache de la société. Déconnectés du monde humain, ces êtres deviennent des morts-vivants. Notre objectif à court terme est de faire un état des lieux des troubles neurologiques dont souffrent les personnes âgées pour montrer comment elles sont traitées par la société. Nous avons contacté les ONG<sup>155</sup> et des chercheurs travaillant sur le sujet et aussi fait un sondage auprès des Mauriciens-ne-s de plus de 18 ans afin de connaître leurs perceptions sur les personnes âgées atteintes de troubles neurologiques. Toutefois, cette étude a été écourtée en raison de la situation pandémique, et nous avons uniquement pu faire un sondage en ligne. Une étude qualitative des perceptions des personnes atteintes de démence sera faite ultérieurement.

## I- Revue de littérature brève

### I.1. Les troubles neurologiques

Dans son article sur « Les troubles mentaux », disponible sur son site web, l'Organisation Mondiale de la santé, définit les troubles neurologiques comme englobant plusieurs types de démences telles que :

L'épilepsie, la maladie d'Alzheimer et d'autres démences, les maladies cérébro-vasculaires, y compris l'accident vasculaire

---

155 Global Rainbow Foundation, Anglo Mauritian Disability Link, VisioNew et Fondation George Charles.

cérébral, la migraine et autres céphalées, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, les infections du système nerveux, les tumeurs du cerveau, les troubles traumatiques du système nerveux tels que les traumatismes crâniens, et les troubles neurologiques liés à la malnutrition ». Plusieurs infections bactériennes peuvent aussi avoir un effet néfaste sur le système nerveux (World Health Organisation, 2016).

La mémoire, consciente et inconsciente, a une fonction essentielle et permet à une personne de se connecter à elle-même et au monde qui l'entoure. Elle a pour fonction de « saisir, [d'] encoder, stocker et rappeler consciemment ou inconsciemment quelque chose que l'on a appris antérieurement » (Lefebvre des Noettes, 2019 : 251). Le fait d'oublier ou de perdre la mémoire, comme dans le cas de quelqu'un atteint d'Alzheimer, donne le sentiment de la perte de l'existence car tout devient « brouillé, confus, vague, morcelé » et on a l'impression « que la mémoire est aussi trouée de « blancs », que son esprit s'exprime par fragments » (Lefebvre des Noettes, 2019 : 252).

Les maladies neurodégénératives, difficiles à diagnostiquer ou guérir, ont donc un impact sur la mémoire et provoquent des changements chez l'être humain, en altérant « l'être, le langage, la communication, le jugement et le raisonnement » (Lefebvre des Noettes, 2019 : 251). Se reconnaître ou reconnaître l'autre devient aussi difficile – on fait référence ici à la maladie d'Alzheimer. Toutefois, en citant Leibniz, philosophe du XVII<sup>e</sup> siècle, Lefebvre des Noettes fait aussi référence aux « petites perceptions », qui sont « logées dans l'âme » et qui permettent de comprendre que « la conscience s'épanouit au-delà des multiplicités sous-jacentes de l'inaperçu » (Lefebvre des Noettes, 2019 : 252).

Ainsi, c'est « en construisant pas à pas une éthique des petites perceptions » que « renaît » un sujet (Lefebvre des Noettes, 2019 : 253). Les personnes, quelles qu'elles soient, jeunes ou moins jeunes, atteintes de troubles neurologiques communiquent, mais à leur rythme et leur manière. La poétesse, Susana Howard a publié *Living Words*<sup>156</sup> et a pu montrer qu'il est possible de rédiger un recueil de poème avec la collaboration des patients atteints d'Alzheimer du service hospitalier réservé aux personnes âgées de l'hôpital St Thomas à Londres (Akbar, 2013). Toutefois, malgré l'avancée scientifique sur le sujet, cela ne signifie pas que les perceptions dévalorisantes sur les personnes souffrant de troubles mentaux aient disparues.

## I.2. La stigmatisation

Dans son étude, *Written Off – Mental Health Stigma and the Loss of Human Potential*, Philip T. Yanos, analyse comment la stigmatisation autour des démences ou de la maladie mentale a un effet sur les personnes qui ont un antécédent psychiatrique. La personne souffrant de troubles neurologiques garde pour l'éternité cette étiquette (« label ») même si elle se comporte 'normalement' dans la société. Les stéréotypes demeurent et les différences entre eux (personnes souffrant de troubles neurologiques) et nous (personnes dites normales) augmentent. Le regard de la société amène à son tour un effet sur le comportement social et l'image/la perception qu'a la personne d'elle-même. Ce processus (étiquette – stéréotype – objectivation/altérité – perte de position sociale – discrimination) renvoie aux étapes de stigmatisation.

---

156 Voir le site web de Living Words (2016) à l'adresse <http://livingwords.org.uk/>

La peur d'être étiqueté à vie fait aussi que plusieurs personnes évitent les soins (Yanos, 2018 : 10). Cela pourrait alors empêcher les personnes de bien vivre en société et de bien vieillir comme le souligne Katarzyna Urbańska, Dorota Szcześniak et Joanna Rymaszewska dans « The stigma of Dementia » (2015). Selon cette recherche et un rapport du World Health Organization and World Psychiatric Association (Saraceno et al, 2002), les personnes âgées atteintes de maladies mentales subissent une double stigmatisation. Tout d'abord, elles doivent faire face à des stéréotypes ou connotations négatives qui sont déjà associées au vieillissement normal telle que la dépendance (Urbańska, 2015 : 227) ; ensuite un diagnostic de démence chez une personne âgée est susceptible d'entraîner davantage de stigmatisation sociale telle que la victimisation, la violence et la négligence (Saraceno et al, 2002) :

People with dementia experience a double stigmatisation. The elderly form a stereotypical group, which may be stigmatised. They feel stigmatised and discriminated against, unwanted. They have low self-esteem and experience disrespect due to their age [1, 32]. The stereotypes that are associated with old age also include dependency, social, sexual limitations and lack of autonomy [32]. Negative connotations are associated with the term 'normal aging' [17], which makes the diagnosis of dementia all the more likely to lead to social stigma [17, 33]. (Urbańska et al., 2015 : 227)

Les maladies mentales des personnes âgées existent depuis toujours et dans toutes les sociétés. Dans son historique sur les malades mentaux et la stigmatisation envers ceux souffrant de ces troubles, Yanos montre que l'exclusion sociale est rare chez certains peuples, en particulier dans des tribus ou chez les peuples anciens. Chaque peuple a tendance à traiter les malades différemment : tandis que dans certaines tribus la démence est acceptée, chez d'autres (Grèce ancienne, ancien Israël), les moqueries sont omniprésentes. En Chine (ancienne), le nom de la famille en souffrait si on venait d'apprendre qu'un des membres de la famille avait un trouble mental (Yanos, 2018 : 20-21).

En citant Müller (1996), Finzen relate les histoires du Roi David (approximativement 1004-965 avant JC) et la haine envers les aveugles et les personnes avec des handicaps. Même le philosophe, Platon, insiste sur le fait que les criminels, mendiants et personnes porteuses de maladies incurables doivent être exterminés afin d'avoir une société pure et saine (Finzen, 2017 : 32). En Europe médiévale (après la chute de l'empire romain) et dans quelques régions islamiques de cette période tels que le Moyen Orient et l'Afrique du Nord, les actes de démence sont souvent liés à des explications surnaturelles (malédiction des dieux, sorcellerie...) (Yanos, 2018 : 22-23)<sup>157</sup>. Toutefois, les malades sont exonérés de toute faute même s'ils devaient souvent se faire exorciser (Yanos, 2018 : 22)<sup>158</sup>. En outre, de la même manière qu'on différenciait les criminels et les lépreux par des signes spécifiques sur leur corps, une marque en forme de croix était aussi tatouée sur la tête des malades mentaux (Finzen, 2017 : 32).

---

157 C'est d'ailleurs toujours le cas dans certaines régions en Afrique (Brooke & Ojo, 2019).

158 Selon Yanos, plusieurs personnes croyaient que des pratiques comme l'exorcisme pouvaient mener à la guérison. En conséquence, il y avait un certain nombre de sanctuaires qui étaient considérés comme des endroits où la folie pouvait être guérie (2018: 22).



Le XVIII<sup>e</sup> siècle, quant à lui, attribue la folie au diable, « au péché et à la damnation » (Giordana, 2010 : 11). Vers la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, les explications surnaturelles sont moins favorisées, et des explications faisant davantage appel à la biologie sont avancées. Mais, tout comme les pauvres, les fous sont rejetés de la société et souvent enfermés. Au XIX<sup>e</sup> siècle, apparaissent les asiles, espaces inhumains qui augmentent « l'exclusion sociale » des malades mentaux, « privés de liberté » (Giordana, 2010 : 12). La maladie mentale devient signe de faiblesse et la marque d'une civilisation en décadence. Philip Yanos<sup>159</sup> cite par exemple le psychiatre Henry Maudsley, qui avance que l'insanité est incurable et qu'elle est liée à la dégénérescence morale et à la criminalité (Yanos, 2018 : 25).

La fin du XIX<sup>e</sup> siècle et le début du XX<sup>e</sup> siècle voient apparaître l'eugénisme, terme créé par Francis Galton<sup>160</sup>, pour décrire la philosophie morale qui prône la sélection génétique des individus pour améliorer la race humaine. C'est ainsi qu'a lieu la stérilisation forcée des criminels et des personnes atteintes de maladies mentales, dans 40 des 48 états en Amérique en 1935 (Yanos, 2018 : 25) et l'Allemagne d'Hitler commence à éliminer des personnes souffrant de troubles neurologiques car elles sont considérées comme un poids pour la société (Yanos, 2018 : 16). Ce n'est qu'après la Seconde Guerre Mondiale, dans les années 50 et 60 qu'un changement optimiste<sup>161</sup> et positif est perçu : le traitement des personnes souffrant de troubles neurologiques commence avec la médication et la désinstitutionnalisation (Yanos, 2018 : 26).

Toutefois, même si les études de Schomerus et Angermeyer (2017 : 157-158), par exemple, montrent un changement dans la connaissance de la provenance des troubles neurologiques, cependant les stéréotypes continuent à être les mêmes (Yanos, 2018 : 28 ; Renwick, 2016 : 68 ; Werner, 2016 : 18 ; Sheehan et Ali, 2016 : 105) et les personnes atteintes de troubles neurologiques sont souvent considérées dangereuses, imprévisibles, peu productives, et doivent être retirées de la société (Yanos, 2018 : 28). Les personnes âgées, quant à elles, font face non seulement aux stéréotypes mentionnés ci-dessus, mais elles sont aussi marginalisées dans le processus de traitement, en particulier si leurs fonctions cognitives se détériorent (Urbańska et al, 2015 : 228 ; Liu et al., 2008).

Bref, le processus de stigmatisation est une notion complexe (Koschorke et al., 2017 : 69), qui ne demeure guère statique (Schomerus & Angermeyer, 2017 : 157) et lorsqu'elle est liée aux maladies, elle peut amener des explications conflictuelles de la part des personnes qui sont partagées entre des notions scientifiques et culturelles (Koschorke et al., 2017 : 69). Elle englobe trois grandes structures socio-cognitives : des stéréotypes (opinions ou croyances sur un groupe, comme par exemple, les personnes qui ont des troubles neurologiques sont dangereuses), des préjugés (les réactions émotionnelles ou affectives liées au fait qu'on accepte ces stéréotypes, par

---

159 Psychologue clinicien et Professeur à John Jay College of Criminal Justice (New York). Voir : <https://www.jjay.cuny.edu/faculty/philip-t-yanos>

160 Francis Galton (1822-1911). Voir : <https://embryo.asu.edu/pages/francis-galton-1822-1911>

161 Yanos utilise le terme 'optimiste' afin de montrer une évolution dans les recherches scientifiques sur les troubles mentaux et la prise en charge des personnes souffrant de troubles neurologiques. Voir l'extrait ci-dessous tiré de Yanos (2018 : 26) :

"The 1950s and early 1960s were a time of great change and optimism with regard to the treatment of people with severe mental illnesses, as new medications that might successfully manage symptoms became available (beginning with the discovery of chlorpromazine, commercial name Thorazine, in 1952), and as a gradual reversal of the practice of mass long-term hospitalization began ("deinstitutionalization")."

exemple, la peur d'être face à une personne affectée d'un trouble neurologique) et la discrimination (comportement négatif – tel que le refus de louer un appartement ou de donner un travail à une personne ayant un trouble neurologique) (Sheehan et al, 2017 : 44-46). Les stigmatisations envers les personnes, jeunes et âgées, atteintes de troubles neurologiques persistent encore dans plusieurs pays et cultures (Koschorke et al, 2017 : 75), malgré « la propagation des concepts biogénétiques » sur les maladies mentales (Angermeyer, 2010 : xiii). La stigmatisation se fait aussi sentir à tous les niveaux dans la société : niveau micro (famille, amis...) ; niveau intermédiaire (soignants, médecins) et niveau macro (société en générale, les lois, les médias) (Loch & Rossler, 2017 : 113)<sup>162</sup>.

Notre objectif est d'analyser les attitudes à l'égard de la maladie mentale à l'île Maurice et voir si cette étude se montre en faveur d'une moindre stigmatisation et d'une plus grande tolérance de la population mauricienne envers les personnes âgées. Une stigmatisation envers ces dernières, atteintes de troubles neurologiques pourrait d'ailleurs avoir un effet néfaste à la longue, en particulier sur leur prise en charge et leur bien-être.

## II- Méthodologie de recherche

Afin de répondre à notre objectif de recherche, et étudier les perceptions sur les personnes âgées souffrant de troubles neurologiques, nous avons choisi une méthode de recherche mixte, à la fois qualitative et quantitative, afin d'user des avantages des deux méthodes – qualitatives pour donner libre voix aux répondants – et quantitative afin d'avoir une plus grande taille de l'échantillon. Dans cette étude exploratoire, qui a débuté en 2020, et qui a pris du retard en raison de la pandémie de Covid-19, et des divers confinements, nous essaierons de découvrir les thématiques récurrentes autour de notre question (perceptions sur les troubles neurologiques). Des entretiens semi-dirigés en face à face ont dû être annulés mais un questionnaire a été créé sur MS Teams et le lien et le code QR ont été envoyés à des habitants de Maurice, de plus de 18 ans, à des collègues universitaires, des organisations non-gouvernementales telles que Global Rainbow Foundation, Anglo Mauritian Disability Link, VisioNew et Fondation George Charles et nos contacts sur les réseaux sociaux tels que LinkedIn et Facebook. Les réponses étaient anonymes.

L'île Maurice compte une population de 981,085 personnes de plus de 15 ans. 13 % de la population mauricienne a plus de 60 ans ; 17 % d'entre elles ont des handicaps et 2,100 personnes vivent dans des institutions spécialisées d'après le recensement de 2011<sup>163</sup>. Il a été estimé que 30 % de la population aura plus de 60 ans en 2050 (Ministry of Finance and Economic Development, 2011). En nous basant sur le logiciel Raosoft, avec une précision de 5 % (« margin of error ») et 95 % pour le

---

162 Dans leur étude, Loch & Rossler (2017 : 113-119) citent les recherches menées au Canada, en Nouvelle Zélande, Angleterre et en Amérique entre autres pour expliquer comment les médias, par exemple, peuvent véhiculer des informations erronées sur les personnes souffrant de troubles mentaux, incitant ainsi une grande partie de la société à intégrer certains stéréotypes. Ces perceptions négatives au niveau macro sont aussi perçues au niveau intermédiaire, qui englobe les étudiants en médecine, des psychiatres et des professionnels de la santé. Ces derniers cultivent eux aussi des préjugés envers les personnes avec des troubles mentaux et leurs attitudes néfastes peuvent d'ailleurs influencer la perception de la population, augmentant l'exclusion des personnes atteintes de troubles mentaux. C'est ainsi que le niveau micro, qui comprend les membres de la famille, les amis et même la personne souffrant de troubles mentaux, contribue à son tour à faire véhiculer les stigmates sur les malades mentaux.

163 A noter que le dernier recensement officiel date de 2011.

seuil de confiance (« confidence level »), un échantillon de 384 réponses était attendu. Toutefois, uniquement 209 personnes, dont 133 femmes et 71 hommes, ayant accès à internet et connectées aux réseaux sociaux, ont répondu à notre questionnaire. 5 répondants ont préféré ne pas donner de détails sur leur genre/sexe. 92,3 % de nos répondants étaient âgés de 18 à 45 ans (101 répondants avaient entre 18-25 ans ; 60 entre 26-35 ans ; 32 répondants entre 36-45 ans). Uniquement 16 répondants étaient âgés de plus de 46 ans (11 répondants étaient âgés de 46-55 ans ; 5 de 56-65 ans). Aucun répondant de plus de 66 ans n'a répondu à notre questionnaire en ligne. Une étude de 2016-2018 (Statistics Mauritius, 2018) montre qu'environ 70 % des Mauriciens ont un smartphone et un accès à internet. Toutefois, comme l'indique le tableau ci-dessous, les personnes de plus de 50 ans n'y ont pas tous accès à un smartphone ou à internet :

Tableau 1 : Personnes âgées utilisant les technologies numériques

Personnes âgées de	Possédant un smartphone	Ayant accès à Internet
50-59 ans	35 %	41 %
plus de 60 ans	18 %	21 %

Source : Statistics Mauritius (2018)

De plus, les informations reçues dans notre dernière question « Autre commentaire sur le sujet » démontrent que l'un de nos répondants a été patient(e) schizophrène. 93,8 % des répondants avaient la nationalité mauricienne. Les étrangers sur le sol mauricien venaient de Madagascar (9), Burundi (2), Afrique du Sud (1) et Seychelles (1) et 3 personnes n'ont pas précisé leurs nationalités.

Nous avons créé le questionnaire, revu et adapté au contexte mauricien, en nous basant sur la revue de littérature existante sur les attitudes envers les personnes souffrant de troubles mentaux. Les seules questions personnelles posées étaient centrées sur l'âge, le genre et la nationalité des répondants. Les autres questions, ouvertes (7) et fermées (9) de format Likert, ont permis de cerner trois grands thèmes : i) les connaissances ou plutôt le manque de connaissance sur les différents types de troubles neurologiques, les services de santé/traitements/informations/campagnes de sensibilisation disponibles pour les personnes souffrant de troubles neurologiques ; ii) les perceptions et attitudes envers les personnes âgées atteintes des troubles neurologiques ; iii) les expériences personnelles des répondants. Nous allons lier les deux dernières parties (perceptions et expériences) dans notre analyse.

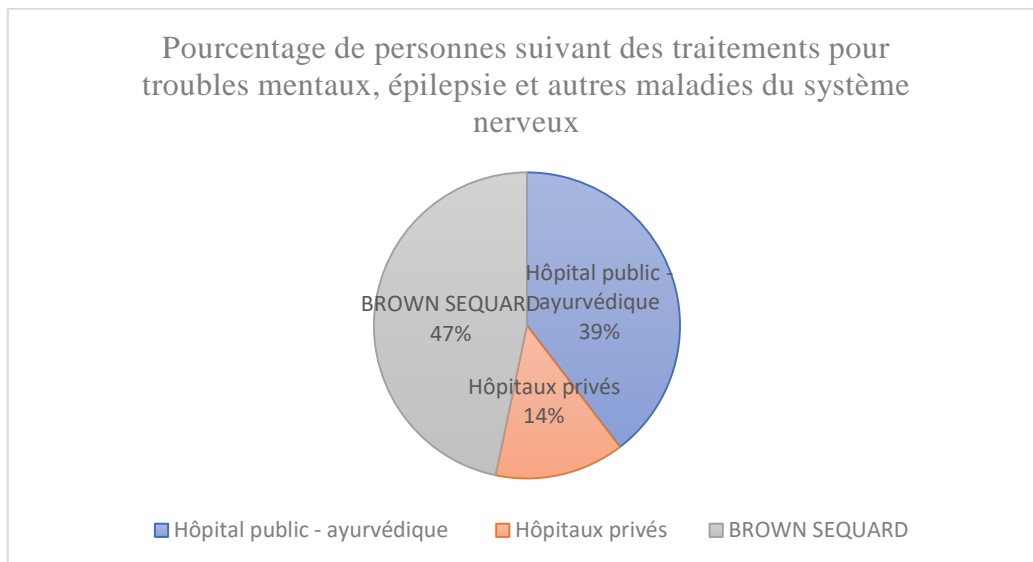
### III- Analyse et Discussion

#### III.1 La prise en charge des troubles neurologiques à l'île Maurice

Des questions abondent, en particulier, dans le contexte mauricien, car peu de données détaillées ont été trouvées sur le nombre de personnes âgées atteintes de troubles mentaux sur l'île. Dans le rapport du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie (2019), quelques chiffres sont disponibles sur le nombre de ceux/celles souffrant de troubles mentaux, épilepsie et autres maladies du système nerveux. Ces données proviennent plus particulièrement de l'hôpital public ayurvédique (le seul

à notre connaissance qui se situe dans le nord de l'île) et les hôpitaux privés (voir Figure 1). Toutefois, uniquement l'hôpital psychiatrique de Brown Sequard (qui se situe dans la ville de Beau Bassin/Rose-Hill) a des données détaillées sur le nombre de personnes ayant eu un suivi pour différents types de troubles mentaux.

Figure 1 : Personnes suivant des traitements pour troubles mentaux

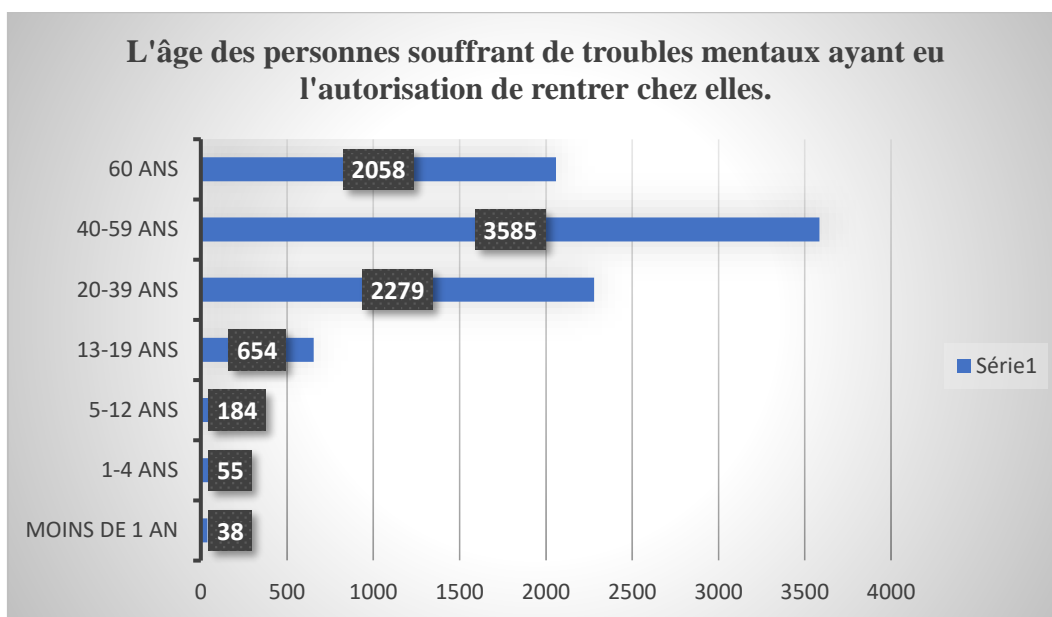


Source : Rapport du 'Ministry of Health and Quality of Life' (2019)

Pour être plus explicite, le camembert ci-dessus montre que 2635 personnes suivent un traitement pour les troubles mentaux dans l'hôpital public ayurvédique ; 911 dans les hôpitaux privés et 3108 à l'hôpital psychiatrique de Brown Sequard (Ministry of Health and Quality of Life, 2019).

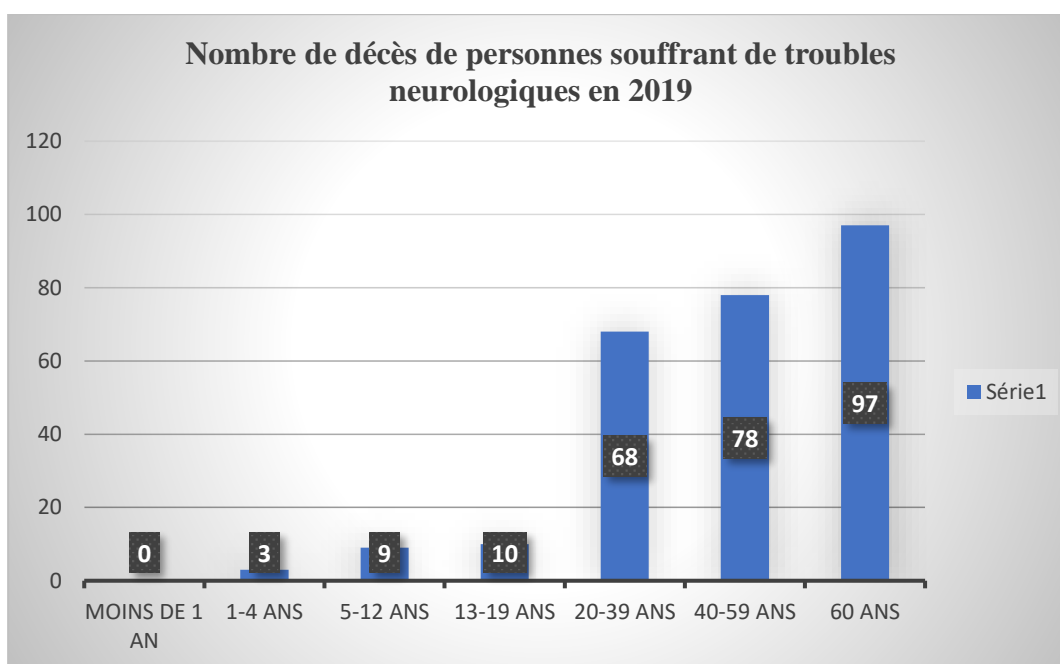
En outre, en 2019, les personnes ayant eu une première visite médicale dans les centres de santé communautaire et hôpitaux entre autres concernant les troubles mentaux s'élèvent à 11,038 et pour les maladies du système nerveux à 13,249 (Ministry of Health and Wellness, 2019 : 81). Le même rapport donne aussi quelques informations sur l'âge des personnes souffrant de troubles mentaux, qui ont eu l'autorisation de rentrer chez elles après avoir suivi des traitements dans les hôpitaux (voir figure 2) et les âges des personnes avec des troubles qui sont décédées (voir figure 3). Les causes de la mort n'ont pas été précisées.

Figure 2 : L'âge des personnes souffrant de troubles mentaux



Source : Rapport du 'Ministry of Health and Quality of Life' (2019 : 75)

Figure 3 : Décès des personnes souffrant de troubles mentaux



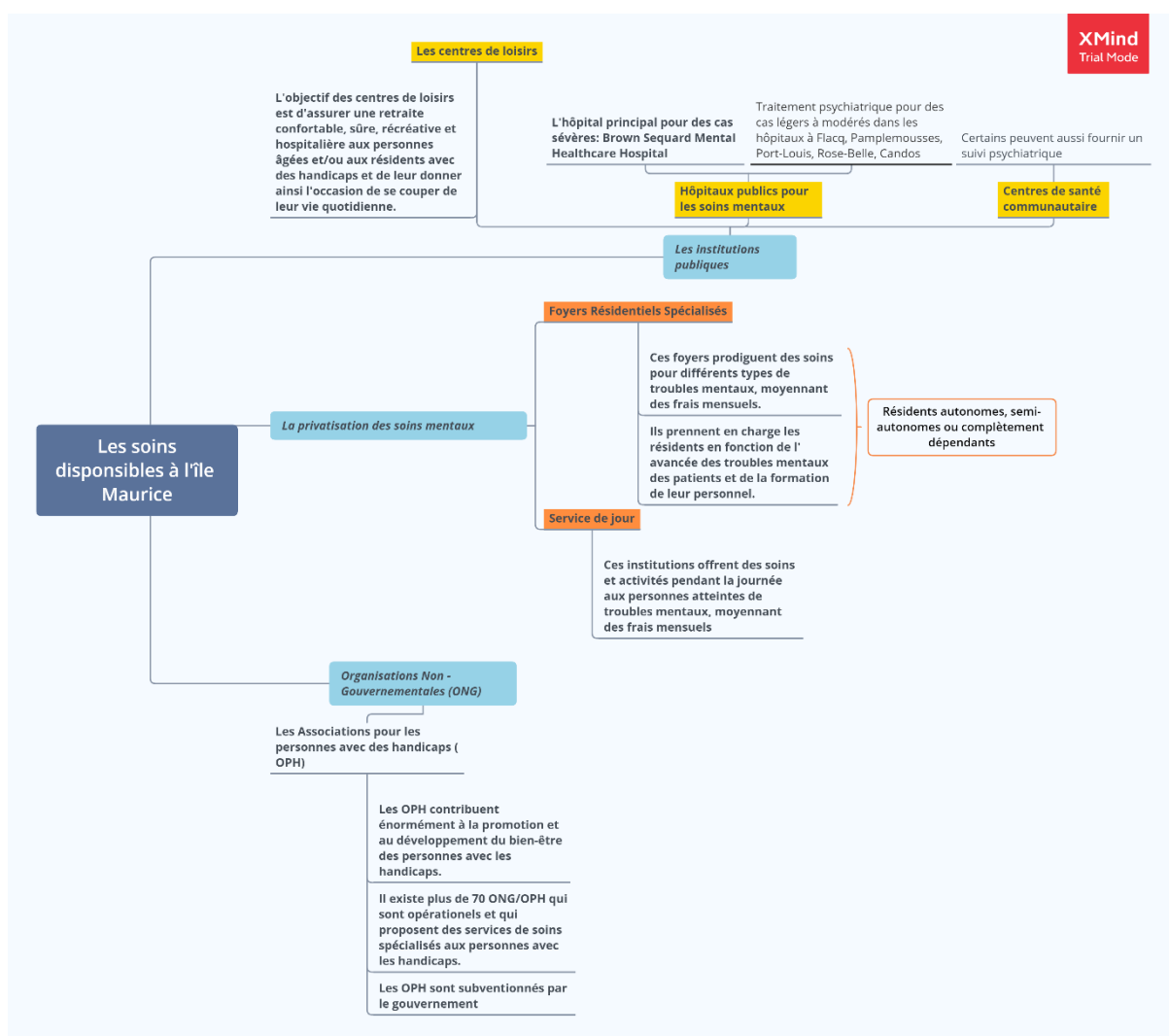
Source : Rapport du 'Ministry of Health and Quality of Life' (2019 : 100)

Avant d'entamer l'analyse des données suite à notre sondage, il est aussi important de connaître les services qui prennent en charge les personnes atteintes des troubles neurologiques à Maurice. L'assistance aux personnes souffrant de troubles mentaux relève du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie, qui fournit de l'aide à travers un hôpital public spécialisé en santé mentale, des centres de loisirs et des soutiens financiers aux ONG.

Le gouvernement mauricien a également adopté la loi No 8 de 2003-21 Août 2004 (Legal Supplement to the Government Gazette of Mauritius, 2003 ; Government

Notice, 2006) sur les foyers de soins résidentiels. Cela a permis aux acteurs privés d'entrer dans le domaine des services de santé mentale en fournissant différents services aux personnes, jeunes et âgées, atteintes de maladies mentales. En nous basant sur plusieurs sources (Ramphul, 2018 ; Naga, 2007 ; Ministry of Health and Wellness, 2019, Ministry of Social Integration, Social Security and National Solidarity), nous avons créé le schéma ci-dessous afin de faire une synthèse des soins disponibles à Maurice :

Figure 4 : Les soins disponibles à l'île Maurice

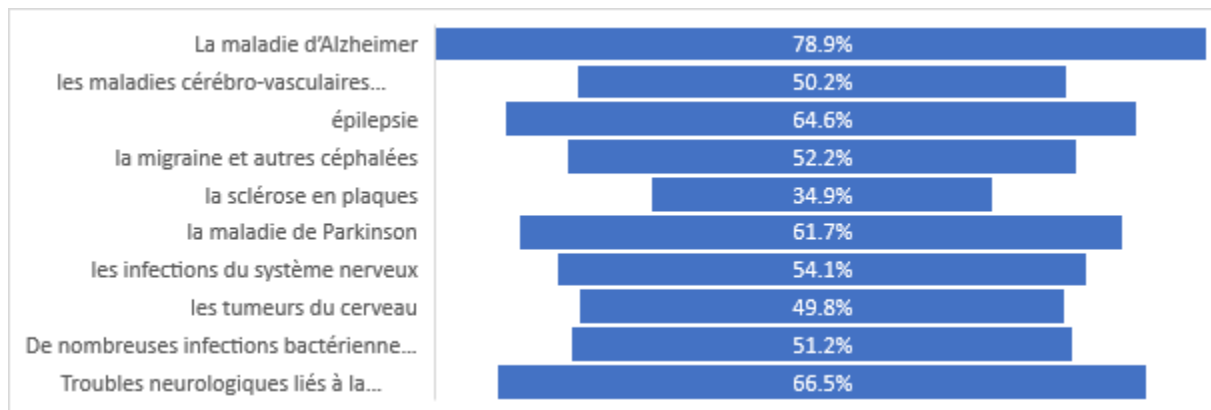


Source : Pirbhai-Jetha & Boncoeur, 2021 (schéma créé d'après les informations tirées de Ramphul, 2018 ; Naga, 2007 ; Ministry of Health and Wellness, 2019, Ministry of Social Integration, Social Security and National Solidarity...)

Cette première recherche nous a amené à rédiger et poser quelques-unes de nos questions qui étaient axées sur la connaissance des répondants sur les troubles neurologiques et les soins et campagnes disponibles sur le sujet. En nous basant sur la définition donnée par l'OMS, nous avons voulu savoir si les répondants pensaient que les termes ci-dessous (voir Tableau 2) faisaient partie des troubles neurologiques. La question voulant porter sur les connaissances générales des répondants sur les maladies mentales, nous n'avons pas cibler une tranche d'âge spécifique des personnes pouvant être atteintes de ces maladies. Le tableau indique le nombre de participants ayant répondu positivement (« oui ») aux choix proposés.

Cela montre, qu'en général, les participants ne sont pas bien informés sur les troubles neurologiques puisqu'ils ne savent pas que toutes les maladies de la liste ci-dessous font partie des troubles neurologiques dont peut souffrir une personne, qu'elle soit jeune ou âgée :

Tableau 2 : Connaissance sur les différents types de troubles neurologiques



Source : Pirbhai-Jetha & Boncoeur, 2021 (Résultats du sondage de cette étude)

Malgré le nombre d'instituts et d'associations qui s'occupent des personnes atteintes des troubles neurologiques, il semblerait que la majorité des répondants semblent lier uniquement quelques maladies à des troubles neurologiques (la plus connue étant la maladie d'Alzheimer). Ce manque de connaissance est d'ailleurs perçu lors de leurs réponses sur des effets des troubles neurologiques, les informations sur le traitement ou les campagnes de sensibilisation disponibles pour les personnes souffrant de troubles neurologiques. 110 répondants (53 %) ne connaissent pas les effets des troubles neurologiques. Sur les 91 personnes ayant cité les effets des troubles, une dizaine de personnes n'a sûrement pas compris la différence entre la « maladie » et les « effets » / symptômes d'une maladie. Ces répondants ont mis uniquement Alzheimer, maladie de Parkinson, inflammation du cerveau, schizophrénie, épilepsie pour expliquer les effets des troubles mentaux.

Les autres réponses reçues mentionnent comme effets : « oubli, perte de mémoire, de la notion du temps et des sensations, manque de sommeil, stress, panique, anxiété, peur, parler seul, la dépression, violence, colère, agressivité, irritabilité, se retirer de la société, manque de confiance en soi, préfère la solitude, vomissement, problème de sommeil, trouble de la vision, faire des grimaces, comportement bizarre, enfantin, regret du passé, incompréhension et incapacité de prendre soin de soi, perte de la notion du bien et du mal et trouble de la personnalité, tremblements, convulsions, perte des notions (direction, orientation), instabilité émotionnelle et hallucinations ».

Les effets des troubles neurologiques sont, en effet, variés mais quelques réponses nous interpellent : « enfantin », « violent » et « incompréhension et incapacité de prendre soin de soi ». Certes, dans cette question ouverte, les répondants n'ont pas précisé dans quel cas ou plutôt à quel trouble neurologique ils font référence. Mais nous reviendrons sur ces termes dans la section « Perceptions sur les personnes avec des troubles » car les stéréotypes et préjugés habituels tournent autour de ces termes.

De plus, 187 personnes (90 %) n'ont jamais vu/entendu parler des campagnes de sensibilisation sur les troubles neurologiques, que ce soit pour les jeunes ou les

personnes âgées, à Maurice<sup>164</sup>. 173 répondants (83 %) ont répondu ne pas connaître l'existence des instituts/associations qui aident les personnes atteintes de troubles neurologiques, et selon 172 répondants, il n'y a pas suffisamment de soins médicaux/d'aides médicales pour ces malades. En effet, à notre connaissance, aucune ligne d'urgence gouvernementale (hotline) n'est dédiée pour conseiller les membres de la famille ayant des personnes âgées souffrant de troubles mentaux et les guider vers les institutions concernées. Ce que l'on peut déduire de ces résultats c'est qu'il y a un manque de connaissance sur les troubles neurologiques et leur prise en charge à Maurice. Il est assez alarmant de noter qu'une société vieillissante comme Maurice, avec environ 30 % de sa population ayant plus de 50 ans (Statistics Mauritius, 2019), n'est pas au courant des maladies neurologiques qui peuvent les affecter. Pour le bien-être de la population vieillissante, il est temps pour les pouvoirs publics et de santé d'agir et de revoir leurs priorités envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Serait-il donc plus judicieux de s'engager, par exemple, à éduquer la population, dès son plus jeune âge sur le sujet ? En effet, bien que l'expérience directe soit considérée comme ayant un plus grand effet sur la réduction des stigmates, éduquer les jeunes et les personnes âgées permettrait de réduire les caricatures et stéréotypes autour des stigmates (Yanos, 2017 : 70-71). Citant plusieurs chercheurs<sup>165</sup>, Aller et al. (2021) expliquent que la littératie ou l'enseignement des troubles mentaux permettrait d'avoir des connaissances sur le sujet afin de les reconnaître, les gérer et les prévenir. Selon Jorm (2012 : 231) :

... mental health literacy is not simply a matter of having knowledge (as might be conveyed in an abnormal psychology course). Rather it is knowledge that is linked to the possibility of action to benefit one's own mental health or that of others (cité dans Aller et al, 2021 : 1).

Eduquer sur les troubles neurologiques semble important car d'après des données d'Abolfotouh et al., 70 % des personnes ne recherchent pas de l'aide par manque de connaissance sur la nature et les effets de la démence et les soins disponibles (Abolfotouh et al., 2019 : 51). D'ailleurs, notre recherche montre que 96 % de nos répondants (201) pensent que des cours/chapitres sur les troubles neurologiques doivent être intégrés dans le curriculum scolaire/universitaire. Selon les répondants, l'information et l'éducation sont indispensables à une « société saine et responsable » et permettent de « vivre ensemble normalement ». Plusieurs ont mis l'accent sur le développement de « l'empathie », « l'humanité », « la tolérance », « la compassion » et « le désir d'aider », de réduire, voire faire disparaître les « stigmates », « tabous », « préjugés », la « violence », les sentiments de « honte » et « la discrimination ». Autres termes récurrents reçus suite à cette question

---

164 Ceux qui ont déjà entendu/vu des campagnes menées par le Ministère de la santé et par plusieurs ONG ont cité les ONGs suivants : « OpenMind, Friends in Hope, AIESEC Réduit, OASIS, Global Rainbow Foundation (GRF), Alzheimer Association Mauritius, Centre de Dr Idrice Goomany, Edycs Group - Epilepsy, APDH, AMDL, Befrienders, APEIM, Lifecare Residential Carehome, Joie de Vivre Universelle Recreational Centre ». Les répondants ont aussi parlé de « la journée internationale de l'autisme ».

165 Dahlberg, K. M., Waern, M., & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample- Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health*, 8(1), 8-18. DOI: 10.1186/1471-2458-8-8 ;  
Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. DOI: 10.1037/a0025957  
O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scalebased measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511-516. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.05.064.



ouverte pour justifier de l'importance de l'enseignement sur le sujet sont : la compréhension des maladies mentales et les remèdes disponibles pour soi et pour les personnes âgées qui souffrent et l'acceptation et l'intégration de l'Autre. Un répondant a même ajouté que la sensibilisation par un enseignement auprès des jeunes pourrait créer une « différence entre » envoyer quelqu'un « dans un institut mental et [trouver] une autre alternative ». Cela pourrait ainsi réduire les stigmates envers les personnes âgées souffrant de troubles neurologiques.

Il est important de noter que plusieurs répondants réalisent que « tout le monde peut être atteint » de troubles mentaux, et une dizaine de remarques tournaient autour du fait que les troubles neurologiques existent aussi « dans le milieu scolaire », et « auprès des jeunes ». Dans une question ouverte qui demandait aux répondants de justifier leur réponse suite à la question sur l'importance d'intégrer des cours sur les troubles mentaux, seulement 9 de nos répondants pensent qu'uniquement les personnes âgées sont touchées. En effet, dans le rapport du Ministère de la Santé et de la Qualité de Vie, il est mentionné que lors des 'dépistages' en 2019, 18 enfants du pré-primaires et 84 enfants des écoles primaires ont des troubles mentaux (2019 : 58).

La question que l'on se pose est : quand faut-il commencer à réfléchir à la vieillesse, aux personnes âgées et le concept de « bien vieillir » ? Autrement dit, si rien n'est fait sur la question de troubles mentaux maintenant, que fera-t-on dans le futur avec les personnes âgées souffrant de ces troubles ? En bref, il semblerait que l'éducation et la sensibilisation (destinée aux jeunes et personnes âgées) pourrait aider à « détecter », « gérer », « prévenir » et créer une « société inclusive » et égalitaire.

### III.2 Perceptions/Stigmates sur les personnes âgées atteintes de troubles neurologiques

La stigmatisation a toujours été omniprésente dans une société qui a tendance à catégoriser les gens, et s'est répandue là où les personnes subissent des pressions et sont dévalorisées et exclues de la société pour des raisons culturelles, ethniques, ou celles liées à des maladies (Finzen, 2017 : 40-41). En citant Jo Phelan, Bruce Link et John Dovidio, Philip Yanos avance qu'il existe trois raisons essentielles à la stigmatisation : l'exploitation et la domination afin d'asservir les gens, le renforcement des normes sociales pour faciliter la conformité et le besoin d'éviter certaines maladies contagieuses (Yanos, 2018 : 31).

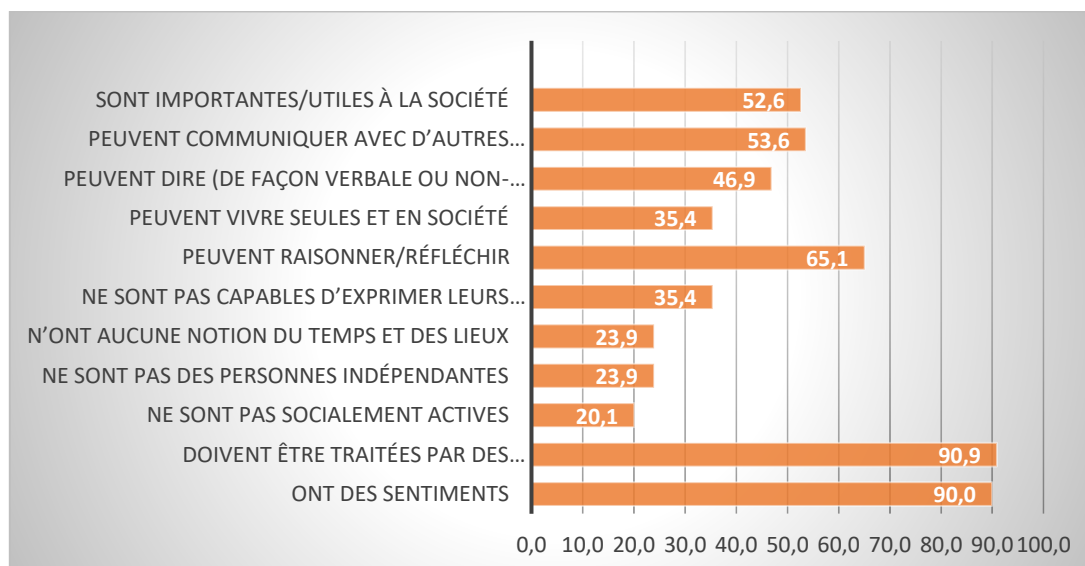
La majorité des répondants de cette étude trouvent qu'il existe des stigmates envers les personnes souffrant de troubles neurologiques ; et malgré cela, nous voyons une utilisation inconsciente de l'adjectif démonstratif « ces » dans « ces gens » dans leurs énoncés ou réponses aux questions ouvertes. Il semblerait que nous ayons besoin de faire une différence entre « eux » et « nous » ; malgré notre intention, louable d'être tolérant et juste, de ne pas faire de différence entre le Moi et l'Autre. Et, en contraste avec les jeunes, les personnes âgées souffrant de troubles mentaux portent un double fardeau qui renforce leur altérité : elles sont marquées à la fois par la vieillesse et par la maladie mentale (Urbańska et al, 2015 : 228 ; Liu et al., 2008).

Les questions ouvertes de cette étude ont permis d'analyser les stéréotypes qui y sont véhiculés envers les personnes âgées. On peut reprendre les quelques termes utilisés lorsque l'on a demandé aux répondants ce qu'ils savent des effets des troubles neurologiques des personnes âgées : attitude infantine, incapacité à être indépendant et de s'occuper de soi, et agressivité. Ces termes renvoient aux stéréotypes qui sont souvent associés aux personnes, qu'elles soient jeunes ou âgées,

souffrant de démences et troubles neurologiques dans la revue de littérature (Sheehan et al., 2017 : 46). Perdre la tête veut donc dire perte de contrôle de soi et cela signifie forcément que la personne âgée, souffrant de démence, est « imprévisible » (Angermeyer, 2010 : xiv) et elle peut donc devenir violente ou est incapable d'être indépendante. Il semblerait que, tout comme « la quasi-totalité des enquêtes<sup>166</sup> menées avec la population générale » dans le passé, ces mêmes caractéristiques sont toujours mentionnées : le malade mental est dangereux et a « une perception infantile du monde » et est « en quelque sorte, le benêt, l'idiot du village » (Giordana, 2010 : 9). Dans notre dernière question « Autre Commentaire sur le sujet », un répondant a ajouté qu'il faut avoir une cellule nationale, responsable de faire des contrôles mensuels au domicile des personnes âgées souffrant de troubles neurologiques afin de voir si « la personne est bien traitée » ou si « elle représente un danger pour les autres, autour d'elle ».

Notre étude sur les personnes âgées atteintes de troubles neurologiques révèle aussi que les répondants semblent pris entre des attitudes ambivalentes :

Tableau 4 : Perceptions sur les personnes atteintes de troubles neurologiques



Source : Pirbhai-Jetha & Boncoeur, 2021 (Résultats du sondage de cette étude)

Bien que les répondants (90 %) acceptent que les personnes âgées ayant des troubles neurologiques ne sont pas dans un état végétatif et ont des sentiments, seulement 65,1 % pensent qu'elles peuvent réfléchir, 52,6 % d'entre eux considèrent qu'elles ont une importance dans la société, 53,6 % estiment qu'elles sont capables de

166 Voir quelques rapports cités par l'auteur (Giordana, 2010) :

Thornicroft G., Brohan E., Rose D., Sartorius N., Morven L. (2009). "Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey", [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). L'étude Indigo (International Study of Discrimination and Stigma Outcomes) a impliqué divers centres répartis dans 27 pays différents.

Roelandt J.-L., Caria A., Angius M., et al. (2003). « La Santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'Information Psychiatrique*, n° 79, p. 867-878, <http://www.epsm-lille-metropole.fr>.

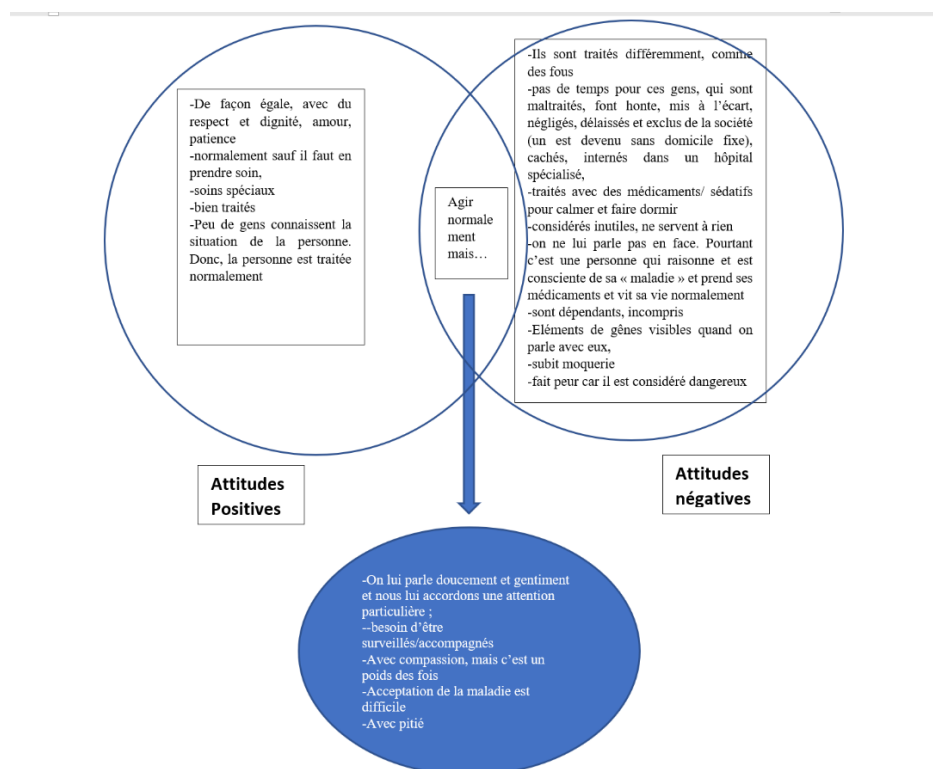
Piel E., Roelandt J.-L. (2001). « De la psychiatrie vers la santé mentale », Rapport de mission remis au ministre de l'Emploi et de la Solidarité au Ministre délégué à la santé.

Canadian Mental Health Association, Ontario Division. (1994). "Final Report, Mental Health Anti-Stigma Campaign Public Education Strategy".

communiquer, 35,6 % croient qu’elles peuvent vivre seules et en société et 90,9 % disent qu’elles doivent suivre un traitement par des médecins ou spécialistes. Ce regard négatif semble affirmer que la société a du mal à accepter les personnes âgées souffrant de troubles, et leur invisibilité acceptée indique que cette « population d’exclus » est « rejetée si loin de notre univers mental et de nos frontières spatiales qu’elle en est devenue hors de notre portée, hors de notre ligne d’horizon, hors de notre pensée... (Xiberras, 1993) » (cité dans Sider et al., 2015 : 145).

Notre sondage montre aussi que 93 répondants connaissent des personnes âgées ayant des troubles neurologiques et 84 d’entre eux ont détaillé leurs expériences et interactions avec elles. Le schéma ci-dessous, qui reprend les énoncés des répondants, fait une synthèse des trois façons dont les personnes âgées atteintes des troubles sont traitées : attitudes positives, attitudes négatives et attitudes ambivalentes, à la fois positives et négatives. Il nous dévoile que dès qu’une personne âgée est incapable « de satisfaire [des] exigences sociales », la société lui colle une étiquette ou un « signe d’infériorité », et de là s’élèvent des barrières et « une certaine forme de ségrégation ». En nous basant sur les études précédentes sur la stigmatisation, nous constatons que « les images dévalorisantes » qui sont données aux personnes âgées souffrant de troubles neurologiques ajoutent à son « identité dénaturée » et les réduisent « à un individu dangereux, imprévisible et irresponsable. Son identité est par-là même faussée, voire abîmée (Goffman, 1975) » (Sider et al. 2015 : 144).

Figure 5 : Les différentes attitudes envers les personnes souffrant de troubles neurologiques



Source : Pirbhai-Jetha et Boncoeur, 2021 (Résultats du sondage de cette étude)

## Conclusions et Recommandations

D'après les données sur le site web des Nations Unies, « d'ici 2050, une personne sur six dans le monde aura plus de 65 ans » et l'île Maurice n'échappera pas à ce phénomène mondial. Le vieillissement de la population apportera des transformations dans plusieurs sphères de la société et il est crucial de mettre l'accent sur l'inclusion des personnes âgées :

Le degré d'intégration sociale des personnes âgées est communément mesuré à l'aune de leur participation plus ou moins importante aux activités de la vie sociale et communautaire. De nombreux auteurs mentionnent ainsi qu'une personne âgée est socialement insérée lorsqu'elle participe activement à diverses associations ou institutions à caractère récréatif, éducatif, ou politique. [...] Dans cette perspective, l'intégration est conçue comme une caractéristique strictement individuelle, une variable dont la valeur dépend du nombre et de la fréquence des relations interpersonnelles (Chambon, 2005 : 125).

Malgré une politique de santé mentale à Maurice, il semblerait que les troubles neurologiques soient toujours un sujet sensible voire tabou et très peu évoqué et les soins disponibles demeurent inconnus pour une grande partie de la population. Il semblerait que la culture de la population ait un rôle à jouer. En effet, les attitudes et perceptions envers les personnes âgées atteintes des troubles neurologiques varient d'une culture à une autre. Selon Giordana (2010 : 14-15), il semblerait que les pays les moins développés ont un seuil de tolérance plus élevé pour s'occuper de leurs aînés que les pays industrialisés car le socle qu'est la famille joue un rôle très important.

Ainsi, il semblerait que, dans les sociétés où les valeurs familiales traditionnelles sont toujours importantes, l'intégration des personnes âgées souffrant de troubles neurologiques pourrait être moins difficile. Selon McCleary & Blain (2013), par exemple, les valeurs familiales dans certaines sociétés obligent l'individu à prendre soin d'un parent âgé tel que s'occuper de sa santé, lui offrir un soutien financier, répondre à ses besoins en matière de logement et voire même respecter l'autorité parentale (p. 182). Pourtant, selon Dein & Huline-Dickens (1997 : 118), assumer que la personne âgée appartenant à une cellule familiale étendue soit toujours mieux entourée qu'une personne vivant en solitude peut faire qu'on ne lui prodigue pas des soins nécessaires à temps.

Dans notre sondage, 90,9 % des répondants souhaitent être informés s'ils ont un trouble neurologique, afin de « prendre les dispositions nécessaires, chercher les soins médicaux, et préparer les proches » et « savoir les étapes à suivre ». Toutefois, il semblerait que les informations sur les aides et soutien et accompagnement à la famille et aux malades ne sont pas suffisantes. Notre première recommandation serait que les autorités revoient la question de politique-publique et de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles neurologiques. Il est aussi important de développer la responsabilité sociale des jeunes et des personnes âgées, en créant des formations et des sessions de sensibilisation obligatoires, dédiées aux troubles neurologiques pour les Mauriciens.

Cela permettrait ainsi d'améliorer le regard de la société, qui a pris pendant trop longtemps, un rôle de juge et de bourreau. Parler ouvertement sur le sujet peut devenir un moyen de sensibiliser les personnes, réduire les stigmates, voire clarifier les malentendus autour de la question et ainsi détecter plus rapidement ces troubles.

Dans certaines régions en Europe (Hollande, Angleterre, France)<sup>167</sup>, des communautés favorables/amicales à la démence ont été créées (Darlington et al, 2020) afin de montrer cette « interdépendance » (Raineri & Cabiati, 2015 : 10) entre chaque membre de la communauté. En citant le travail de Kitwood (2002), Maria Luisa Raineri et Elena Cabiati (2015) montrent qu'il faut reconfigurer notre image de la démence, car les personnes âgées atteintes de maladies mentales sont très sensibles aux humeurs et sentiments de ceux qui les entourent et elles recherchent des opportunités pour être socialement engagées. Ainsi l'interdépendance, non seulement entre les personnes âgées atteintes de démence, les membres de la famille et les professionnels des soins, mais aussi avec la communauté et la société, est cruciale pour le malade et pourrait créer cette « réciprocité » et lui rendre son individualité (« personhood ») (Raineri & Cabiati, 2015 :10-11).

En bref, cette étude a permis d'analyser les commentaires des répondants mauriciens, âgés de plus de 18 ans sur les personnes âgées ayant des troubles neurologiques. Nous entamerons, dans un deuxième temps, une analyse qualitative avec quelques personnes ayant des troubles neurologiques, autorisées à nous rencontrer et susceptibles de nous répondre afin de mieux connaître leur contexte et leur situation quotidienne lorsqu'elles vivent avec une telle maladie. En effet, il a été noté que les personnes atteintes de démence sont capables de s'exprimer. Ainsi, il n'est pas normal de les exclure ; et les intégrer dans la prise de décision sur leur confort, soins, ou même dans la recherche sur leurs troubles neurologiques (Chen & Lin, 2019 : 2) leur rendrait leur humanité, leur citoyenneté et leurs droits (Raineri & Cabiati, 2015 : 7). Suite à cela, nous envisagerons, dans nos recherches futures, la création des applications mobiles qui répondraient aux besoins des personnes âgées avec des différences neurologiques, afin de faire un pas vers l'intégration sociale et créer un climat de résilience chez elles, les aidant à mieux vivre et à bien vieillir.

## Remerciements

Nous tenons à remercier :

- Professeure Dominique Gay-Sylvestre d'avoir accepté notre proposition de recherche et pour ses commentaires constructifs afin d'améliorer notre article.
- Le comité scientifique
- Les répondants, les collègues, amis et membres de la famille qui ont aidé dans la distribution des questionnaires en ligne.
- Shyama Ramsamy, Docteure en littératures anglophones, pour son soutien lors de ce travail.

## Références

Abolfotouh M.A., Almutairi A.F., Almutairi Z., Salam M., Alhashem A., Adlan A.A. & Modayfer O. (2019). « Attitudes toward mental illness, mentally ill persons, and help-seeking among the Saudi public and sociodemographic correlates ».

---

167 Voir:

Kelsey Campbell-Dollaghan. (20 février 2014). "An Amazing Village Designed Just for People with Dementia". Consulté le 24 juin 2021 à l'adresse <https://gizmodo.com/inside-an-amazing-village-designed-just-for-people-with-1526062373>

Katharine Schwab (20 août 2018). The « city » for people with dementia is the future of memory care". Consulté le 24 juin 2021 à l'adresse <https://www.fastcompany.com/90220683/this-city-for-people-with-dementia-is-the-future-of-memory-care>

- Psychology Research and Behaviour Management*. Volume 12, p. 45-54.  
Consulté le 30 mai 2021 à l'adresse <https://doi.org/10.2147/PRBM.S191676>
- Akbar, A. (23 mars 2013). "Words of dementia sufferers woven into poetry by Susanna Howard". In *Independent*. Consulté le 2 juin 2021 à l'adresse <https://www.independent.co.uk/arts-entertainment/books/news/words-of-dementia-sufferers-woven-into-poetry-by-susanna-howard-8542807.html>
- Aller T.B., Fauth E.B., Seedall R.B. (2021). "Mental Health Awareness and Advocacy (MHAA) for Youth: An evaluation of a college-based mental health literacy curriculum". In *Mental Health & Prevention*. (23), p. 1-8. Elsevier. Consulté le 3 juin 2021 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2021.200204>
- Angermeyer, M. (2010). « Préface ». In Giordana, J-Y. (2010). *Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Brooke, J. & Ojo, O. (2019). "Contemporary Views on Dementia as witchcraft in sub-Saharan Africa: A systematic literature review". *Journal of Clinical nursing*. 29(1-2), p. 20-30. Consulté le 28 juin 2021 à l'adresse <https://doi.org/10.1111/jocn.15066>.
- Chambon, M. (2005) « Entre âgéisme et sagéisme : les orientations relatives à l'intégration sociale des personnes âgées ». *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 3-4 (67-68), p. 125-136. Consulté le 3 août 2021 à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2005-3-page-125.htm>
- Chen, M-C. & Lin, H-R (2019). *The lived experiences of elderly dementia patients in Taiwan*. *International Journal of Mental Health Nursing*. Consulté le 3 août 2021 à l'adresse doi :10.1111/inm.12583
- Darlington, N., Arthur, A., Woodward, M., Buckner, S., Killett, A., Lafortune, L., Mathie, E., Mayrhofer, A., Thurman, J. & Goodman, C. (2020). "A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community". Sage Journals. Consulté le 2 juin 2021 à l'adresse <https://doi.org/10.1177/1471301220965552>
- Dein, S., & Huline-Dickens, S. (1997). "Cultural aspects of aging and psychopathology". *Aging & Mental Health*. 1(2), p. 112-120. Consulté le 3 août 2021 à l'adresse DOI : 10.1080/13607869757209
- Ellis, M. & Astell, A. (2018). *Adaptive Interaction and Dementia: How to Communicate without Speech*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Finzen, A. (2017). "Stigma and Stigmatization Within and Beyond Psychiatry". In Gaebel, W., Rössler, W., Sartorius, N. (Eds), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* p. 29-42. Switzerland: Springer International Publishing.
- Giordana, J-Y. (2010). *Stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Government Notice. (2006). *Residential Care Homes Amendment Regulations 2006* (G.N. No 231 of 2006) Consulté le 10 mai 2021 à l'adresse [http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p\\_lang=en&p\\_isn=76980&p\\_country=MUS&p\\_classification=15](http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=76980&p_country=MUS&p_classification=15)
- Grosclaude, M. (2019). « Démence, cri, stéréotypie : du souffle vers la parole ». In *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 19(112), p. 200-208. Elsevier.

Consulté le 2 mai 2021 à l'adresse  
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.05.005>

Kitwood, T. (2002). "Malignant Social Psychology". In *Understanding Care, Welfare and Community*. London and New York: Routledge.

Koschorke, M., Evans-Lacko, S., Sartorius, N. et Thornicroft, G. (2017). "Stigma in Different Cultures". In Gaebel, W., Rössler, W., Sartorius, N. (Eds), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* p. 67-82. Switzerland: Springer International Publishing.

Lefebvre des Noettes, V. (2019). « Alzheimer, que reste-t-il à faire quand il semble qu'il n'y a plus rien à faire ? L'éthique à l'écoute des petites perceptions ». In *Gériatrie* (19), p. 250-255. Consulté le 20 mai 2021 à l'adresse  
<https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.06.004>

Legal Supplement to the Government Gazette of Mauritius. (2003). *Residential Care Homes Act 2003 (Act No 8 of 2003)*. Consulté le 10 mai 2021 à l'adresse  
[https://www.sencico.org/docs/Residential-Care-Homes\\_Act2003.pdf](https://www.sencico.org/docs/Residential-Care-Homes_Act2003.pdf)

Liu, D., Hinton, L., Tran, C., Hinton, D. & Barker J.C., "Re-examining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers". *Journal of cross-cultural gerontology*, 23(3), 283-299. Consulté le 27 juillet à l'adresse <https://doi.org/10.1007/s10823-008-9075-5>

Loch A.A. & Rössler, W. (2017). « Who Is Contributing? » In Gaebel, W., Rössler, W., Sartorius, N. (Eds), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* p. 111-122. Switzerland : Springer International Publishing.

Michel, J.M. (2019). « Une prise en soins d'un patient crieur d'évolution défavorable ». In *Gériatrie* (19), p. 195-199. Consulté le 21 mai 2021 à l'adresse <https://doi.org/10.1016/j.npg.2019.03.001>

McCleary, L. & Blain, J. (2013) "Cultural Values and Family Caregiving for Persons with Dementia", *Indian Journal of Gerontology*, 27(1) : 178-201.

Ministry of Finance and Economic Development, Statistics Mauritius. (2011). *Housing and Population Census – Analysis Report, Volume III: Population Ageing and the Old Persons in Mauritius*. Consulté le 15 mai 2021 à l'adresse  
[https://statsmauritius.govmu.org/Documents/Census\\_and\\_Surveys/HPC/2011/HPC\\_AR\\_Vol3\\_Pop\\_Ageing\\_Yr11.pdf](https://statsmauritius.govmu.org/Documents/Census_and_Surveys/HPC/2011/HPC_AR_Vol3_Pop_Ageing_Yr11.pdf)

Ministry of Health and Wellness (2019). *Health Statistics Report 2019*. Consulté le 17 mai 2021 à l'adresse  
[https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH\\_%20STATISTICS\\_%20REPORT\\_%202019.pdf](https://health.govmu.org/Documents/Statistics/Health/Mauritius/Documents/HEALTH_%20STATISTICS_%20REPORT_%202019.pdf)

Ministry of Social Integration, Social Security and National Solidarity, "Recreation Centres". Consulté le 2 mai 2021 à l'adresse  
<https://socialsecurity.govmu.org/Pages/Department/Recreation-Centres.aspx>

Ministry of Social Integration, Social Security and National Solidarity. "The National Council for the Rehabilitation of Disabled Persons (NCRD)". Consulté le 2 mai 2021 à l'adresse  
<https://disability.govmu.org/Pages/Boards/NCRD.aspx>

Ministry of Social Integration, Social Security and National Solidarity. "National Policy Paper and Action Plan on Disability". Consulté le 2 mai 2021 à

l'adresse [https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/10/Mauritius\\_National-Policy-Paper-and-Action-Plan-on-Disability.pdf](https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/10/Mauritius_National-Policy-Paper-and-Action-Plan-on-Disability.pdf)

- Naga, M.S. (2007). "Mental healthcare services in Mauritius". In *International Psychiatry*. 4 (3). Consulté le 10 mai 2021 à l'adresse [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/CF7F5CC9F20DB621CC088A419A8F32EF/S1749367600001934a.pdf/mental\\_healthcare\\_services\\_in\\_mauritius.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/CF7F5CC9F20DB621CC088A419A8F32EF/S1749367600001934a.pdf/mental_healthcare_services_in_mauritius.pdf)
- Nations Unies, « Les personnes âgées ». Consulté le 24 juin 2021 à l'adresse <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Raineri, M.L., & Cabiati, E. (2015). « Kitwood's thought and relational social work ». *European Journal of Social Work*, p. 1004-1020. Consulté le 13 juin 2021 à l'adresse DOI : 10.1080/13691457.2015.1074549.
- Ramphul K. (2018). "Mauritius needs to address mental illness, starting in schools", *Correspondence* - [www.thelancet.com/psychiatry](http://www.thelancet.com/psychiatry), vol. 5. Consulté le 6 mai 2021 à l'adresse [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(18\)30304-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(18)30304-3.pdf)
- Renwick, R. (2016). "Rarely Seen, Seldom Heard: People with Intellectual Disabilities in the Mass Media". In Scior, K. & Werner, S. (Eds.), *Intellectual Disability and Stigma Stepping Out from the Margins*, p. 61-76. London: Palgrave Macmillan.
- Saraceno, B., Chiu, E. & De Mendonça Lima C.A. (2002). "Reducing Stigma and Discrimination against Older People with Mental Disorders – A Technical Consensus Statement". Geneva : World Health Organisation and World Psychiatric Association. Consulté le 21 juillet 2021 à l'adresse : [https://www.who.int/mental\\_health/media/en/499.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/499.pdf)
- Schomerus, G., et Angermeyer, M.C. (2017). "Changes of Stigma over Time". In Gaebel, W., Rössler, W., Sartorius, N. (Eds), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* p. 157-172. Switzerland: Springer International Publishing.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P.W. (2017). "Structures and Types of Stigma". In Gaebel, W., Rössler, W., Sartorius, N. (Eds), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* p. 43-66. Switzerland : Springer International Publishing.
- Sheehan, R. & Ali, A. (2016). "Self-stigma in People with Intellectual Disabilities". In Scior, K. & Werner, S. (Eds.), *Intellectual Disability and Stigma Stepping Out from the Margins*, p. 91-110. London : Palgrave Macmillan.
- Sider, C., Kacha, F., Benradia, I., Roelandt & J-L., Mouchenik, Y. (2015). « De la stigmatisation à l'exclusion de la personne désignée comme malade mentale en Algérie ». In *Perspectives Psy.* 54(2), p. 142-147. Consulté le 10 juin 2021 à l'adresse DOI 10.1051/psy/201542142.
- Statistics Mauritius (2018). "Persons using Computers and Internet by Age Group (2016-2018)". Consulté le 24 juin 2021 à l'adresse [https://statsmauritius.govmu.org/Documents/Statistics/ESI/2019/EI1464/ICT\\_Yr18.xls](https://statsmauritius.govmu.org/Documents/Statistics/ESI/2019/EI1464/ICT_Yr18.xls)
- Statistics Mauritius (2019). "Population and Vital Statistics 2019". Consulté le 24 juin 2021 à l'adresse



[https://statsmauritius.govmu.org/Pages/Statistics/ESI/Population/Pop\\_Vital\\_Yr19.aspx](https://statsmauritius.govmu.org/Pages/Statistics/ESI/Population/Pop_Vital_Yr19.aspx)

- Urbańska, K., Szcześniak, D. et Rymaszewska, J. (2015). « The stigma of dementia ». In *Advances in Psychiatry and Neurology*, 24(4), p. 225-230. Consulté le 21 juillet 2021 à l'adresse DOI 10.1051/psy/2015542142.
- Werner, S. (2016). "Measurement Methods to Assess Intellectual Disability Stigma". In Scior, K. & Werner, S. (Eds.), *Intellectual Disability and Stigma Stepping Out from the Margins*, p. 15-28. London : Palgrave Macmillan.
- World Health Organisation. "OMS|Qu'est-ce que les troubles neurologiques ». Consulté le 2 janvier 2020 à l'adresse <https://www.who.int/features/qa/55/fr/>
- Yanos, P.T. (2018). *Written Off Mental Health Stigma and the Loss of Human Potential*. Cambridge: Cambridge University Press.



## La transmission du patrimoine à l'épreuve de la dépendance de la personne âgée

The transmission of heritage in the test of old age dependency

**Gulsen YILDIRIM**<sup>168</sup>

CREOP  
Université de Limoges  
Limoges, France

[gulsen.yildirim@unilim.fr](mailto:gulsen.yildirim@unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4305>

DOI : 10.25965/trahs.4305

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Avec l'allongement de la durée de la vie, l'âge de la transmission successorale d'un patrimoine est de plus en plus tardif, retardant d'autant le transfert intergénérationnel et la capacité des générations suivantes à utiliser ce patrimoine. L'anticipation successorale, en d'autres termes, la possibilité de transmettre avant l'heure ses biens, devient ainsi une préoccupation des aînés d'aujourd'hui. Cette évolution doit néanmoins se conjuguer avec la crainte de ne pas être en capacité de faire face à la perte d'autonomie en raison du vieillissement. L'anticipation successorale et la transmission d'un patrimoine doivent donc prendre en considération la protection du disposant face à sa propre dépendance mais aussi la maintenance de son partenaire de vie en cas de décès. Un équilibre doit être trouvé entre l'aspiration légitime de nos aînés à profiter de leur patrimoine, la protection face aux risques de spoliation ou de dépendance et cette équité intergénérationnelle. À cet effet, le droit successoral français comporte de multiples techniques, parfois peu explorées, qui doivent permettre de satisfaire cette ambition, tout en respectant la limite de la réserve héréditaire bénéficiant notamment aux descendants.

**Mots clés :** patrimoine, succession, anticipation, dépendance, protection

**Abstract:** With the lengthening of the lifespan, the age of inheritance of a heritage is increasingly late, further delaying the intergenerational transfer and the ability of subsequent generations to use this heritage. Succession anticipation, in other words, the possibility of handing over one's assets before time, is thus becoming a concern of seniors today. This development must nevertheless be combined with the fear of not being able to cope with the loss of autonomy due to aging. The anticipation of inheritance and the transmission of an estate must therefore take into consideration the protection of the beneficiary against his own dependence but also the maintenance of his life partner in the event of death. A balance must therefore be found between the legitimate aspiration of our elders to benefit from their heritage, protection against the risks of spoliation or dependence and this intergenerational equity. To this end, French inheritance law includes multiple techniques, sometimes little explored, which must make it possible to meet this

---

<sup>168</sup> Maître de conférences en droit privé habilitée à diriger les recherches. Directrice exécutive du CREOP (Centre de recherches sur l'entreprise, les organisations et le patrimoine). Responsable du Master Mention Droit du patrimoine à l'Université de Limoges.

ambition, while respecting the limit of the hereditary reserve benefiting in particular the descendants.

Keywords: patrimony, succession, anticipation, dependence, protection

## Introduction

### 1. « *Le mort saisit le vif* »

En avançant en âge, notre probabilité de quitter ce monde est plus grande, même si la mort peut nous saisir à tout instant. A cette ultime échéance, la transmission d'un avoir permet la perpétuation de l'être, de nier sa finitude, de conjurer la peur d'une mort certaine, en d'autres termes, d'assurer sa survie par ses biens et par les siens. Cette recherche d'éternité est une consolation mystique qui crée une solidarité entre les vivants et les morts. Ne dit-on pas que « *le mort saisit le vif* » pour signifier qu'à son décès, les biens d'une personne passent automatiquement à ses héritiers en fonction d'une dévolution organisée par la loi. De même, le testament demeure lié à une certaine idée d'immortalité, un pouvoir de décider du sort de ses biens d'outre-tombe.

Cependant, les évolutions sociales et sociétales ont bouleversé notre rapport à l'héritage. La volonté de conserver les biens dans la famille d'origine a laissé place à des préoccupations de maintenance du survivant âgé ou de paix dans une famille qui se veut de plus en plus recomposée. Avec l'allongement de la durée de la vie, l'âge de l'héritage en France est de plus en plus tardif, retardant d'autant le transfert intergénérationnel et la capacité des générations suivantes à utiliser ce patrimoine. Des retraités héritent de retraités alors que la génération plus jeune est parfois la plus nécessiteuse.

### 2. Anticiper la transmission

L'anticipation successorale, en d'autres termes, la possibilité de transmettre ses biens avant l'heure, devient une préoccupation des aînés d'aujourd'hui. Cela a conduit le législateur à mettre en place une stratégie nouvelle où l'individu peut cantonner ses droits, y renoncer ou sauter une génération. Les lois successives<sup>169</sup> marquent le couronnement de la volonté individuelle et un recul certain de l'ordre public en matière successorale. Elles augmentent ainsi le pouvoir d'anticipation grâce à une réforme profonde des libéralités. Cette envie doit néanmoins se conjuguer avec la crainte de ne pas être en capacité de faire face à sa propre dépendance. L'incertitude des retraites et le coût croissant du maintien à domicile ou de l'hébergement dans un établissement de prise en charge des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont autant de facteurs qui n'incitent pas à agir en matière de transmission.

### 3. Respecter la réserve

Cette volonté d'organiser sa propre transmission doit tenir compte d'une institution qui demeure la clé de voute du droit successoral français. En effet, en présence de certains héritiers, la succession se trouve divisée en deux : la réserve, dont la loi assure la dévolution aux héritiers dits réservataires et la quotité disponible, dont le défunt peut librement disposer par des libéralités. Ces deux composantes expriment un point d'équilibre entre la liberté individuelle en lien avec la propriété privée et la famille considérée comme une institution solidaire.

Le droit positif consacre deux catégories d'héritiers réservataires : les descendants et, à défaut, le conjoint survivant. La proportion entre réserve et quotité disponible varie selon la composition de la famille et notamment le nombre d'enfants du défunt. Si le défunt ne laisse qu'un seul enfant, la quotité disponible sera de la moitié des

---

169 Voir la loi n° 2001-1135 du 3 décembre 2001 relative aux droits du conjoint survivant et des enfants adultérins et modernisant diverses dispositions de droit successoral et la loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 portant réforme des successions et des libéralités.

biens ; en présence de deux enfants, elle sera d'un tiers ; en présence de trois enfants ou plus, elle sera d'un quart (art. 913 du Code civil). En l'absence de descendants, l'article 914-1 du Code civil précise que la quotité disponible est de trois quart des biens lorsque l'époux laisse un conjoint survivant, le dernier quart constituant sa réserve héréditaire.

La protection de cette institution est assurée par une action en réduction des libéralités qui est le résultat d'un calcul complexe (Ferré-André et Berre, 2020). Les donations et/ou legs empiétant sur la réserve héréditaire, c'est-à-dire excédant la quotité disponible, sont réduits totalement ou partiellement selon le seuil à partir duquel la réserve est reconstituée. Cette réduction se réalise en valeur et exceptionnellement en nature.

La réserve héréditaire est aujourd'hui une institution controversée<sup>170</sup>. Certains demandent sa suppression au nom d'une liberté revendiquée comme absolue de disposer de ses biens à titre gratuit ; d'autres réclament son évolution en lien avec les mutations sociologiques contemporaines. Elle n'est en aucun cas une spécificité française ; elle est au contraire très répandue dans le monde puisqu'elle existe dans la quasi-totalité des droits de tradition civiliste. Il en va ainsi de nombreux pays d'Amérique latine<sup>171</sup>. D'ailleurs, là où la réserve héréditaire fait défaut, la liberté de disposer gratuitement de ses biens n'est pas absolue. Les droits de Common Law encadrent aussi cette liberté mais ils le font avec d'autres instruments juridiques.

Les données sociologiques montrent néanmoins l'attachement des Français à la réserve héréditaire ainsi qu'aux valeurs qu'elle véhicule. Cette institution assure une égalité minimale entre frères et sœurs. Elle protège aussi la liberté du défunt contre le risque de captation d'héritage, un risque dont le vieillissement de la population ne fait qu'accentuer aujourd'hui la fréquence. Enfin la réserve héréditaire exprime la solidarité familiale entre les générations, une solidarité sur laquelle comptent les pouvoirs publics dans un contexte financier difficile pour la solidarité nationale.

#### **4. Prendre en compte le risque de dépendance**

Les aînés d'aujourd'hui doivent faire face à un nouveau dilemme. Comment transmettre ou espérer léguer un héritage alors que la crainte de la perte d'autonomie et d'avoir à assumer des dépenses de plus en plus lourdes pèse sur les épaules de la personne ? Pourquoi transmettre aux enfants par anticipation si les revenus ne permettent pas de couvrir les charges de la dépendance et que les descendants ne souhaitent plus ou ne peuvent plus assurer la protection de l'aîné ?

Un équilibre doit être trouvé entre l'aspiration légitime de nos aînés à profiter de leur patrimoine, la protection face aux risques de spoliation ou de précarité et cette équité intergénérationnelle (Mathieu, 2014 : 1331 ; Gagnarde et Lécuyer, 2013 : 1043). Il doit être possible de recréer cette solidarité en confiant aux héritiers le patrimoine par anticipation, tout en les associant à la prise en charge de la dépendance future.

#### **5. Protéger le survivant du couple**

Cet équilibre entre anticipation et protection doit aussi tenir compte du devenir du survivant du couple. Le resserrement des liens autour du noyau conjugal, la famille

---

170 Voir le rapport du groupe de travail sur la réserve héréditaire remis à la ministre de la Justice, Garde des Sceaux, le 13 décembre 2019 de C. Pérès et de Ph. Potentier.

171 Voir les cartes sur la réserve héréditaire dans le monde et en Europe, Rapport sur la réserve : 37 et 38.

« nucléaire », a accordé une place essentielle au conjoint ou au partenaire de vie qui n'est plus perçu comme l'étranger dont il faut se méfier mais dont la protection en cas de décès devient une préoccupation majeure.

L'allongement de la durée de vie a eu pour conséquence que les enfants héritent à un âge où ils ont constitué leur patrimoine et ont moins besoin de recueillir un patrimoine pour s'établir. Le conjoint survivant, souvent une veuve (plus de 80 % des conjoints survivants sont des veuves âgées majoritairement de plus 60 ans), est, lui, plus âgé, parfois malade, ce qui augmente considérablement les dépenses qui lui sont nécessaires. Ses revenus sont souvent issus de substitution (pensions de retraite ou de réversion), ce qui peut justifier qu'il soit mieux doté en matière successorale.

**6.** En définitive, anticipation et transmission d'un patrimoine riment désormais non seulement avec la protection du disposant face à sa propre dépendance (I) mais aussi de celle de son partenaire de vie en cas de décès (II). A ce propos, le droit successoral comporte de multiples techniques, parfois peu explorées, qui doivent permettre de satisfaire cette double ambition.

## I – Transmettre en assurant le risque de dépendance du disposant

**7.** Comment transmettre un patrimoine en conservant les moyens de faire face à une dépendance liée à l'âge ? Le droit des successions autorise certaines opérations qui assurent cet objectif (**B**) mais qui doivent se concilier avec l'irrévocabilité spéciale des donations, principe d'ordre public (**A**).

### A – Donner et retenir ne vaut en général

#### **8. L'irrévocabilité spéciale des donations**

Une donation de pleine propriété assortie d'aucune contrainte pour le donataire ne peut concerner que des donateurs âgés disposant d'un patrimoine et des revenus suffisants. À défaut, en cas de perte d'autonomie, ils seront soumis à la bonne volonté des donataires ou contraints d'avoir recours aux dispositions prévues en matière d'obligations alimentaires. Est-il alors possible, de son vivant, d'envisager une transmission tout en permettant à la personne vieillissante de revenir sur sa décision pour faire face à une éventuelle dépendance ?

À la différence du testament qui est révocable *ad nutum* jusqu'au décès, les donations font l'objet d'une irrévocabilité spéciale d'ordre public (art. 894 du Code civil) qui interdit, » pour le donateur, de se réserver dans l'acte, donc par avance et avec l'accord du donataire, le moyen de reprendre, directement ou indirectement, ce qu'il donne » (M. Grimaldi cité par J.-M. Mathieu, *préc.*). Alors que d'ordinaire, la convention peut, sous certaines conditions, stipuler au bénéfice de l'une des parties une faculté de reprise unilatérale ou un droit de repentir, la donation ne le peut aucunement au bénéfice du donateur. C'est la vieille règle « *donner et retenir ne vaut* ». Autrement dit, une fois un bien donné, il ne peut être repris par celui qui a réalisé la donation. L'acte par lequel le donateur se dépossède est en principe irrévocable (à l'exception des donations par contrat de mariage et des donations entre époux, pendant le mariage, qui relèvent d'un régime particulier).

#### **9. Une révocabilité strictement encadrée**

Exceptionnellement, la révocation ultérieure de la donation est possible soit judiciairement (Levillain, 2014 : 607), soit par un nouvel accord.

En cas de dépendance économique, la donation peut être révoquée en justice pour ingratitude si le bénéficiaire refuse des aliments au donateur (art. 955, 3<sup>o</sup> du Code civil). C'est une précaution légale car le donateur n'a pas stipulé le versement de charges ; mais la loi vient à son secours en le protégeant contre son imprévoyance. Certes le texte ne crée pas une dette alimentaire directement exigible mais le refus entraînera l'anéantissement de la libéralité.

De même, rien n'interdit à un donateur et à un donataire de vouloir défaire aujourd'hui ce qu'ils ont voulu faire hier. La convention par laquelle les parties révoquent la donation par un nouvel accord de volontés respecte l'irrévocabilité spéciale qui interdit aux deux de convenir que le donateur pourra la révoquer unilatéralement (Sauvage, 2014 : 605). Toutefois, la révocation amiable d'une donation est tributaire de l'accord du bénéficiaire et a un coût fiscal non négligeable, celui d'une double mutation.

#### **10. La prohibition de certaines clauses**

En dehors de ces hypothèses, le caractère irrévocable des donations justifie l'interdiction de certaines clauses qui auraient pu permettre de concilier transmission et protection contre la dépendance. Ainsi la donation faite sous condition potestative, même simplement potestative, est nulle (art. 944 du Code civil) parce qu'elle institue une condition dont l'exécution dépend de la seule volonté du donateur. De même, en donnant, le donateur peut être tenté de poser une charge de payer ses dettes futures (art. 945 du Code civil) et notamment celles générées par sa perte d'autonomie ou encore de se réserver le droit de disposer de tout ou partie de la chose donnée (art. 946 du Code civil). Là encore, les opérations sont prohibées en raison de leur contradiction avec l'irrévocabilité des donations. Toutefois ce principe n'est pas d'application stricte puisque la loi elle-même autorise certains montages juridiques qui assurent un équilibre entre cette volonté de transmettre et le souci de se protéger.

## **B – Donner et retenir vaut dans certains cas**

**11.** Malgré la prohibition, il est possible de recréer cette solidarité intergénérationnelle en confiant aux héritiers un patrimoine par anticipation tout en l'incitant ou en l'obligeant à participer à la protection future du donateur (Mazeron, 2013 : 1042).

#### **12. Le démembrement de la propriété**

Le démembrement de propriété est souvent utilisé pour concilier ces deux impératifs. La donation avec réserve d'usufruit au profit de la personne âgée donatrice constitue le montage le plus fréquent. Elle permet à l'individu qui bénéficie de la réserve d'usufruit, de pouvoir utiliser le bien et d'en percevoir les revenus en principe jusqu'à son décès. Elle porte souvent sur le logement, lui assurant ainsi la possibilité de se maintenir dans son cadre de vie tout en transmettant la nue-propriété à ses proches.

Dans l'hypothèse d'un placement en établissement, le bien peut être loué pour percevoir des loyers qui compléteront la pension de retraite et ainsi faire face aux nouveaux frais d'hébergement. La conversion de l'usufruit en rente viagère peut être prévue dans l'acte de donation. L'abandon de l'usufruit d'un bien non occupé garantira ainsi un revenu à la personne dépendante sous forme de rente.

La personne aînée, qui s'est réservée l'usufruit, peut aussi avoir pour objectif d'assurer le cadre de vie d'un proche en cas de décès. C'est souvent la protection du conjoint qui justifie l'insertion d'une clause de réversion d'usufruit. Au décès du

premier usufruitier donateur, l'usufruit se poursuit sur la tête du bénéficiaire de la réversion. Grâce à ces deux usufruits successifs, le conjoint survivant aura la possibilité de rester dans son logement ou de le louer pour percevoir des revenus. Cette réversion est soumise aux droits de mutation par décès mais le conjoint ou le partenaire sera exonéré puisque la taxation aura lieu lors de l'ouverture de l'usufruit successif.

Cette solution n'est pas sans entraîner certaines difficultés. En effet, l'usufruitier peut être dans l'incapacité de gérer le bien ou encore son maintien à domicile peut nécessiter des travaux pour adapter le logement. Sauf disposition contraire, l'article 605 du code civil opère une distinction entre les réparations d'entretien à la charge de l'usufruitier et les grosses réparations à la charge du nu-propiétaire. L'acte de donation peut prévoir la prise en charge d'une partie de ces travaux par le nu-propiétaire et par là-même constituer un moyen de financer ces travaux pour l'usufruitier vieillissant. Il faudra cependant être vigilant à ce que le montant des travaux ne soit pas excessif car le risque est que l'administration fiscale invoque la qualification de l'opération de donation indirecte.

### **13. La donation avec charges**

Dans un acte de donation, le donateur peut imposer aux donataires ce que l'on appelle des charges. Celui-ci est dans l'obligation d'accomplir d'une prestation à la condition que la charge n'absorbe pas la valeur du bien donné. Dans ce cas, l'acte risque de perdre son caractère de libéralité. Certaines clauses sont prohibées (*supra* n° 9) mais le disposant bénéficie d'une marge de manœuvre pour stipuler des charges lui assurant une prise en charge ou une économie. Par exemple, la donation d'un bien appartenant à la personne vieillissante peut être assortie d'une obligation de soins. L'objectif est de prodiguer des soins au donateur lorsque ce dernier ne sera plus en mesure de le faire lui-même. Ces charges doivent être détaillées avec précision dans l'acte de donation. La vigilance s'impose car le poids de la charge peut s'alourdir avec le temps avec l'aggravation de l'état de santé du donateur. Le notaire pourra conseiller l'insertion d'une clause permettant la transformation de la charge en rente viagère si le donataire est dans l'incapacité physique ou matérielle de soigner la personne. La charge peut aussi consister en le versement d'une rente indexée par le donataire pendant la durée de vie du donateur ou pour une durée plus courte.

Dans toutes ces hypothèses, la sanction prévue en cas d'inexécution de la charge est la révocation de la donation demandée en justice par le donateur (art. 954 du Code civil).

**14.** D'autres techniques juridiques comme les donations dites atypiques (donation à terme ou donation à charge de transmettre) existent mais elles sont peu utilisées en pratique en raison d'une complexité civile et fiscale (Vancleemput, Fabre et Grimond, 2017 : 27 et s.). De plus, elles se concilient mal avec l'autre préoccupation de l'aîné, à savoir la préservation des vieux jours de son partenaire de vie survivant.

## **II – Transmettre en assurant le risque de dépendance du « partenaire » survivant**

### **15. Un couple « pluriel »**

Le sort du conjoint survivant au moment du décès est l'une des principales préoccupations du couple âgé. Il l'est aujourd'hui d'autant plus que les divorces sont fréquents. Conséquence, les familles recomposées se multiplient, avec un risque de



tensions accrues lors des successions entre un beau-parent et les enfants d'une première union du disparu.

Le couple est désormais « *pluriel* » (Sagaut, 2010 : 7) dans son expression. Mariage, pacte civil de solidarité (PACS créé par la loi n° 99-944 du 15 novembre 1999) et concubinage font partie des possibles en matière de conjugalité (Lemouland, 1997 : 133). En droit civil, ces modèles alternatifs de vie commune possèdent des finalités distinctes : si le concubinage demeure un simple fait juridique, le PACS est d'essence contractuelle et le mariage crée un statut.

Ces différences maintiennent des particularismes propres à chaque type d'union. Ainsi en matière successorale, le mariage occupe une place essentielle (A). C'est même peut-être lors du décès qu'il déploie toute sa force et protège efficacement le survivant âgé (Delmas Saint-Hilaire, 2010 : 1319). Au contraire, les concubins et partenaires de PACS sont considérés par la loi, comme des étrangers. Au décès de l'un, le survivant n'a aucun droit sur son patrimoine successoral. L'anticipation devient ainsi primordiale pour assurer la protection du survivant (B).

## A – Un conjoint survivant sécurisé par l'existence d'un mariage

16. Le mariage est susceptible de remplir le rôle, au moment du décès, d'une « assurance-décès » au profit du conjoint survivant âgé (Delmas Saint-Hilaire, 2010 : 1319). En effet, la loi reconnaît un vrai statut au conjoint survivant tout en permettant aux époux de moduler ces règles par le choix du régime matrimonial et par des libéralités qui leur paraissent les mieux adaptées à leur situation (voir aussi *supra* n° 12).

### 17. Renforcement des droits légaux du conjoint survivant

La loi de 2001 et, dans une moindre mesure, celle de 2006 opèrent un tournant dans la protection du conjoint survivant en lui accordant un vrai statut successoral (Grimaldi, 2002 : 48). En cas de décès d'un époux, le survivant est non seulement un héritier à part entière, mais il est de plus exonéré de droits de succession. Si le couple était marié sous le régime légal de la communauté aux acquêts (qui s'applique par défaut et qui concerne plus de 80 % des époux), le conjoint survivant récupère alors la moitié des biens communs qui lui revient et exerce ses droits successoraux sur l'autre moitié, ainsi que sur les biens propres du défunt.

### 18. En présence de descendants

Ces droits légaux varient en fonction de la composition des héritiers. Si les époux ont eu des enfants ensemble, le survivant peut opter soit pour un quart de la succession en pleine propriété, les enfants se partageant les trois quarts par parts égales, soit pour la totalité en usufruit, les enfants se partageant la nue-propriété.

Le choix entre propriété et usufruit dépendra de l'âge du survivant, du contexte familial et notamment de l'existence de tensions entre le conjoint et ses enfants. L'usufruit du conjoint pourra être converti en rente viagère, s'il le souhaite ou si un héritier le demande. Toutefois, l'accord du conjoint survivant sera toujours nécessaire pour convertir l'usufruit portant sur sa résidence principale ainsi que sur le mobilier le garnissant.

Si l'époux défunt avait eu au moins un enfant non commun, le conjoint survivant a droit à un quart de sa succession en pleine propriété. Les trois autres quarts sont partagés entre les enfants du défunt par parts égales, quelle que soit l'union dont ils sont nés.

### **19. En l'absence de descendants**

Si le défunt ne laisse pas de descendants, le conjoint bénéficie d'un rang privilégié, y compris en présence d'héritiers par le sang très proches. Ainsi s'il a toujours ses père et mère, il recueille la moitié des biens, et ses beaux-parents l'autre moitié à raison d'un quart chacun. Si le défunt ne laisse que son père ou sa mère, le conjoint survivant reçoit alors les trois quarts des biens, et son beau-père ou sa belle-mère le quart restant.

Si le défunt n'a ni enfant, ni petits-enfants, ni père ni mère, le conjoint survivant hérite de tout, à l'exception toutefois des biens que le défunt avait reçus par donation ou succession de ses ascendants (parents ou grands-parents) et qui existent toujours dans la succession (art. 757-2 du Code civil connu sous le nom de droit de retour légal des collatéraux privilégiés). La moitié de ces biens reviendra aux frères et sœurs du défunt ou à leurs enfants ou petits-enfants. Par ailleurs, en l'absence de descendants, le conjoint revêt en plus la qualité d'héritier réservataire, ce qui le protège alors d'une exhérédation de son époux. Ainsi cette « primauté reconnue au conjoint sur les ascendants autres que les père et mère et sur les frères et sœurs est un signe fort que, désormais, ménage passe lignage » (M. Grimaldi, *préc.*).

### **20. Les droits légaux sur le logement**

Le maintien du conjoint survivant âgé dans son cadre de vie est une priorité notamment lors de cette période difficile du veuvage. Il est assuré par une jouissance gratuite du logement occupé à titre de résidence principale et du mobilier le garnissant pendant un an à compter du décès (art. 763 du Code civil). Si le conjoint survivant est locataire de ce logement, les loyers sont à la charge de la succession. Par ailleurs, sauf volonté contraire du défunt exprimée dans un testament notarié, le conjoint survivant a, jusqu'à son décès, un droit d'habitation sur le logement occupé à titre de résidence principale dépendant de la succession ainsi qu'un droit d'usage sur le mobilier le garnissant (art. 764 du Code civil). C'est une autre manifestation, et même la principale, de son droit au maintien de son cadre de vie.

Exceptionnellement, si le logement n'est plus adapté à ses besoins, le conjoint survivant peut le louer à un usage autre que commercial ou agricole afin de dégager les ressources nécessaires à une autre solution d'hébergement (maison de retraite par exemple). Ce droit d'usage et d'habitation vient en déduction de sa part de succession recueillie. Si la valeur de ce droit est inférieure à sa part, il a droit à un complément. Dans le cas contraire, le conjoint survivant en conserve tout le bénéfice et ne doit rien aux autres héritiers. Enfin, le conjoint survivant peut réclamer une pension aux héritiers, en principe dans l'année du décès, s'il est dans le besoin (art. 767 du Code civil).

### **21. Amélioration par des avantages matrimoniaux**

Outre ses droits légaux, la protection du conjoint survivant peut être renforcée par anticipation grâce aux avantages matrimoniaux qui découlent d'un contrat de mariage ou d'une convention de changement de régime matrimonial. Ainsi le couple peut opter pour le régime de la communauté universelle avec attribution intégrale de la communauté au survivant. Cette solution lui permet de récupérer la totalité des biens du couple hors succession. La présence d'un enfant non commun complique cependant la liquidation puisque ce dernier a la possibilité d'exercer l'action en retranchement qui n'est rien d'autre qu'une action en réduction pour préserver ses droits d'héritier réservataire (Vareille, 2018 : 42).

En vertu de la liberté des conventions matrimoniales, d'autres aménagements peuvent être envisagés comme la clause de préciput portant sur le logement ou une

clause de partage inégal. Il faut donc doser l'avantage matrimonial pour éviter son retranchement.

## **22. Amélioration par des donations entre époux**

Avec l'instauration d'une quotité disponible spéciale entre époux, le législateur a voulu favoriser les libéralités entre époux en présence d'enfants, issus ou non du mariage. En pratique, cette quotité disponible spéciale permet de compenser l'absence de qualité d'héritier réservataire reconnue au conjoint survivant, laquelle n'est conférée à celui-ci qu'en l'absence d'enfants. Par exemple, la donation au dernier vivant qui a la particularité de ne prendre effet qu'au décès du donateur est une solution adaptée lorsqu'il y a des enfants d'un premier mariage (Levillain, 2018 : 374).

En vertu de l'article 1094-1 du Code civil et en l'absence de volonté particulière du défunt, le conjoint survivant dispose de la possibilité de recevoir par libéralité soit la quotité disponible ordinaire, soit la totalité des droits en usufruit, soit le quart en pleine propriété et les trois quarts en usufruit. Ces aménagements qui se combinent avec des droits sociaux comme la réversion de la pension de retraite du défunt au conjoint font du mariage une institution protectrice du survivant âgé contrairement aux autres couples.

## **B – Un survivant fragilisé par l'absence de mariage**

**23. Dans le PACS et le concubinage**, la protection *mortis causa* du survivant ne peut relever que d'une démarche purement volontaire et anticipatrice, initiée par chaque membre du couple, à l'adresse de l'autre.

### **24. Protection relative du PACS**

Le PACS est défini par l'article 515-1 du Code civil comme « un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune ». Toutefois les partenaires ne sont pas héritiers l'un de l'autre. Dès lors, s'ils souhaitent se protéger, ils doivent le prévoir expressément de leur vivant. A cet effet, les partenaires rédigent généralement un testament en même temps que leur convention de PACS. Comme pour l'époux survivant, les legs que peuvent se consentir les partenaires sont exonérés de droits de mutation à cause de mort. Cependant ce testament doit respecter la réserve héréditaire d'éventuels enfants du défunt.

Les partenaires peuvent également se consentir des donations de leur vivant, ou encore opter pour l'indivision. Quant au logement du couple, il peut être occupé gratuitement par le survivant pendant un an. Contrairement aux concubins, les partenaires ont la possibilité d'opter pour le régime conventionnel d'indivision d'acquêts qui permet de constituer une masse indivise avec les biens acquis durant le PACS à l'exception de certains (art. 515-5-1 du Code civil), masse qui aura vocation à se partager par moitié au décès de l'un des partenaires.

### **25. Précarité du concubinage**

Le concubinage est défini par l'article 515-8 du Code civil comme « une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». A la différence du mariage et, dans une moindre mesure, du PACS, l'union libre ou concubinage n'offre pas de protection au concubin survivant âgé. La fiscalité ne lui est pas non plus favorable : étant des non-parents, les concubins sont taxés à 60 % pour les donations ou testaments rédigés en faveur l'un de l'autre. Dans ces

conditions, ils n'ont guère le choix que d'utiliser des solutions contractuelles pour protéger le survivant.

## **26. Indivision ou SCI**

Lorsque le couple non marié souhaite acheter en commun, la création d'une société civile immobilière (SCI) peut se révéler être une solution plus avantageuse que l'achat en indivision. Chaque concubin sera ainsi propriétaire du bien en proportion de ses apports, et au décès de l'un d'entre eux, sa transmission à l'autre pourra être facilitée. Pour cela, les concubins devront inscrire dans les statuts de la société, une clause d'agrément qui permettra au survivant d'empêcher les autres héritiers survivants de devenir propriétaires des parts du défunt, en les rachetant.

## **27. Tontine**

La clause de tontine ou d'accroissement est une clause qui peut être insérée en marge d'un acte d'achat, permettant de transmettre un bien à un tiers non héritier. Le survivant en est propriétaire directement et de plein droit depuis l'origine. Les héritiers de la personne décédée n'ont donc aucun droit sur le bien. L'acquéreur survivant devra néanmoins payer des droits de succession, calculés en fonction du degré de parenté avec le défunt et de la valeur de la part qu'il recueille. À ce principe, il existe toutefois une exception. Quand le bien constitue la résidence principale des acquéreurs au moment du décès et que sa valeur est inférieure à 76 000 €, le survivant ne paie que des droits de mutation à titre onéreux (art. 754 A alinéa 2 du CGI).

## **28. Conclusion d'un contrat d'assurance vie**

Les concubins (ou les époux et les partenaires) ont la possibilité de souscrire un contrat d'assurance vie dont ils désignent l'autre bénéficiaire en cas de décès. L'article L132-12 du Code des assurances prévoit que « le capital ou la rente stipulés payables lors du décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers *ne font pas partie de la succession de l'assuré* ». Le défunt n'a donc pas à respecter les droits des éventuels héritiers réservataires, et le bénéficiaire n'aura pas à payer de droits de succession sur le capital perçu.

Les sommes versées par le contractant à titre de primes pourront cependant être réintégrées à l'héritage si les autres héritiers prouvent que ces primes sont manifestement excessives (art. L132-13 du Code des assurances). L'appréciation du caractère excessif dépendra des revenus, du capital financier, de la situation patrimoniale et familiale du souscripteur.

## **29. Pour conclure : anticiper malgré tout**

Prévenir sa dépendance tout en transmettant ou transmettre en prévenant la dépendance de celui qui a partagé sa vie pendant de nombreuses années. Voilà l'exigence à laquelle sont confrontés les aînés d'aujourd'hui ! L'idée est de préparer et d'anticiper la transmission, en optimisant par ailleurs la fiscalité, tout en conciliant les risques de dépendance matérielle ou économique. Pour y parvenir, il n'existe pas de solutions ou de libéralités idéales sachant que les formules adoptées et les schémas envisagés peuvent aussi avoir des effets sur les aides sociales tant dans leur perception qu'à travers des recours sur la succession du disposant ou du bénéficiaire (Bahurel, 2018 : 23). Toutefois prendre connaissance de ces diverses options auprès d'un professionnel avant la survenance du conflit ou du risque reste la solution la plus sage.

Anticiper n'a jamais fait tomber dans la dépendance !

## Références

- Bahurel C. (2018). *La récupération des aides sociales sur la succession*, Revue Defrénois 21 juin 2018, n° 137c4.
- Delmas Saint-Hilaire Ph. (2010). *Les défis de la vie à deux*, Revue Defrénois 30 juin 2010, n° AD2010DEF1319N1.
- Ferré-André S., Berre S. (2020). *Successions et libéralités*. Paris : Hypercours, Dalloz, 6<sup>ème</sup> édition.
- Gagnarde J.-L. et Lécuyer H. (2013). *Transmission anticipée du patrimoine et allongement de la durée de la vie. Comment concilier l'inconciliable ?*, Revue JCP N 2013, n° 9.
- Grimaldi M. (2002). *Droits du conjoint survivant : brève analyse d'une loi transactionnelle*, Revue AJ fam. 2002.
- Lemouland J.-J. (1997). *Le pluralisme et le droit de la famille, post-modernité ou pré-déclin ?*, Revue Dalloz.
- Levillain N. (2014). *Dossier Donations : La révocation des donations : cas légaux*, Revue AJ Famille.
- Levillain N. (2018). *La « donation au dernier vivant » et la famille recomposée*, Revue AJ Famille.
- Mathieu J.-M. (2014). *Le financement de la dépendance à travers les libéralités ou comment transmettre en protégeant*, Revue JCP N.
- Mazeron H. (2013). *Retenir pour donner mieux*, Revue JCP N 2013, n° 9.
- Perès, C., Potentier Ph. (2019). *Rapport du groupe de travail sur la réserve héréditaire remis à la ministre de la Justice, Garde des Sceaux*.
- Sagaut J.-F. (2010). *L'ère du droit pluriel de la conjugalité*, Revue Defrénois 2010, AD2010HSA0007N1.
- Sauvage F. (2014). *Dossier Donations : La révocation amiable d'une donation*, Revue AJ Famille.
- Vancleemput F., Fabre L. et Grimond E. (2017). *La transmission patrimoniale par la personne vieillissante*, Revue Droit et patrimoine, juillet 2017, n° 271.
- Vareille B. (2018). *Avantages matrimoniaux et action en retranchement*, Revue Defrénois 19 avril 2018, n° 135q5.

# Dépendance, autonomie, les aidants

## Dependence, autonomy, caregivers



## La mutualité : agir pour l'autonomie<sup>172</sup>

Mutuality: to act for autonomy

**Guénaëlle HAUMESSER<sup>173</sup>**

Directrice adjointe  
Direction de l'offre de soins, de l'autonomie et des  
parcours  
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)  
Paris, France

[Guenaelle.HAUMESSER@mutualite.fr](mailto:Guenaelle.HAUMESSER@mutualite.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4135>

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Historiquement, les mutuelles entendent contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres à et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Cette ambition d'un égal accès au bien-être, inscrite dès les premières lignes du code de la Mutualité, trouve une traduction quotidienne, dans tous les territoires, notamment sur la question du grand âge. Sur ce sujet, comme sur d'autres, le mouvement mutualiste occupe un positionnement particulier.

Les mutuelles sont les seules actrices présentes sur l'ensemble de la chaîne de la perte d'autonomie : prévention, soins, accompagnement, financement.

En assurance santé, une très large majorité des plus de 65 ans font confiance aux mutuelles. La Mutualité est également le premier opérateur en assurance dépendance. Sans compter la gestion des 221 EHPAD ; de résidences autonomie, de plus de services et antennes de soins et d'accompagnement à domicile ; Acteurs et militants de la cause de l'âge, l'engagement mutualiste donne lieu à une mobilisation importante et à la mise en place de réponses diversifiées et innovantes sur les territoires. A ce titre, la Mutualité pilote depuis un an, une expérimentation nationale qui vise à mettre en place sur 11 territoires des dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile : véritable réponse de soutien à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie. »

**Mots clés :** autonomie, mutualité, parcours, accompagnement, prendre soin

**Abstract:** Historically, FNMF's mutuals contribute to the cultural, moral, intellectual and physical development of their members and to the improvement of their living conditions. The ambition to provide an equal access to well-being, is daily reflected at regional and local level, especially as regards ageing. FNMF's mutuals act during the whole care pathway of people losing their autonomy: prevention, healthcare, support and financing. Mutuals provide a number of different services and they constantly evolve their offer to ensure they meet at best both the needs of people

---

<sup>172</sup> Conférence magistrale présentée par Guénaëlle Haumesser lors du IV Congrès du réseau international ALEC sur « Les Aînés dans le Monde au XXI<sup>e</sup> siècle. Vivre ensemble » du 6 au 8 septembre 2021, à la Faculté des Lettres et des Sciences Humaines (FLSH) de l'Université de Limoges, France.

<sup>173</sup> Guénaëlle HAUMESSER occupe la fonction de directrice adjointe depuis janvier 2019. Spécialiste du secteur médico-social, elle est également économiste de la santé ; elle co-pilote l'animation et la représentation des gestionnaires mutualistes dans le domaine social, médico-social et sanitaire.

and of caregivers.

Demographic, economic and societal challenges... What are the actions and proposals of Mutualité française to achieve them?

Keywords: autonomy, mutualism, care pathway, support, taking care





## CONFERENCE PLENIERE

### 7 SEPTEMBRE 2021 - Limoges

**Guénaëlle HAUMESSER**

Directrice adjointe – Direction de l’offre de soins, de l’autonomie et des parcours.

**Fédération Nationale  
de la Mutualité Française (FNMF)**  
[guenaelle.haumesser@mutualite.fr](mailto:guenaelle.haumesser@mutualite.fr)



## Plan de la présentation

### 1. Présentation de la Mutualité

- Place successive de la Mutualité dans la protection sociale en France
- La Mutualité française aujourd’hui
- Mutualité et vieillesse : forte implication dès les années 1960

### 2. L’accompagnement mutualiste pour l’autonomie aujourd’hui

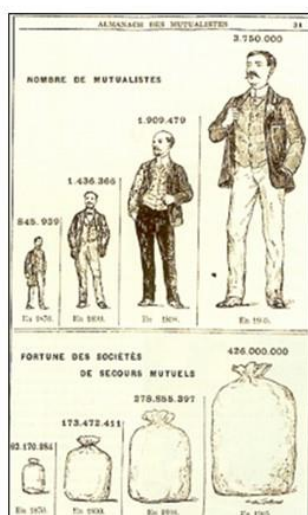
- La prévention et promotion de la santé
- L’offre de services avec 2 zooms :
  - > Dispositif Renforcé de Soutien à Domicile
  - > Habitat inclusif
- L’offre assurantielle

### 3. Grand âge et autonomie : les propositions actuelles de la Mutualité Française





## 1. Place de la Mutualité dans la protection sociale en France



- Au 19<sup>e</sup> siècle, la protection sociale en France était principalement organisée par des sociétés de secours mutuels, ancêtres des mutuelles. Ces sociétés proposaient à leurs sociétaires
  - des indemnités journalières,
  - le remboursement de soins
  - et les obsèques.
- Parallèlement, ces sociétés de secours mutuels commencent à créer pour leurs adhérents
  - des pharmacies, des dispensaires, des cliniques, des bains-douches, des orphelinats...
- Elles créent en 1902 la Fédération Nationale de la Mutualité Française pour les représenter.



## 1. Place de la Mutualité dans la protection sociale en France

Exemple d'œuvre sociale créée par la Mutualité : la pharmacie mutualiste de Troyes (région Champagne-Ardenne)





## 1. Place de la Mutualité dans la protection sociale en France



- **En 1930**, un régime obligatoire d'assurance est mis en place par l'Etat pour protéger les employés du commerce et de l'industrie contre les conséquences financières de la maladie, de la maternité, du handicap, de la vieillesse et du décès.

Ce nouveau régime était **géré par les mutuelles** ou les organismes publics et financé par les employeurs et les salariés.



## 1. Place de la Mutualité dans la protection sociale en France

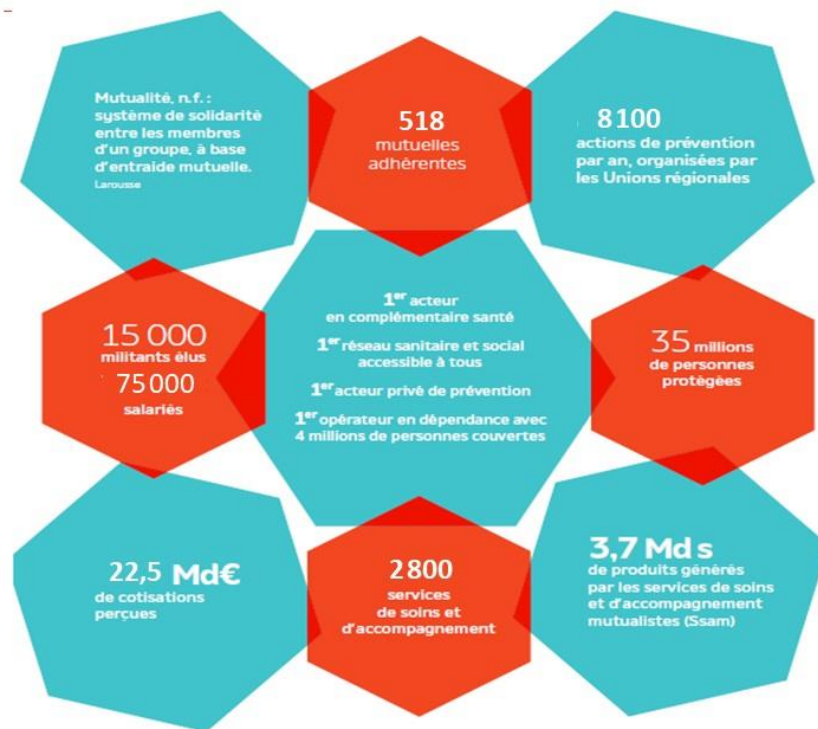


- **Après la Seconde guerre mondiale**, le système de Sécurité Sociale actuel est établi. Les mutuelles en sont exclues; elles proposent alors des assurances complémentaire santé et continuent le développement de leurs œuvres sociales.
- **Dans les années 60** : face au développement de l'offre sanitaire, libérale et publique, les œuvres sociales mutualistes se diversifient, se structurent et investissent des domaines mal couverts: optique, dentaire, handicap, personnes âgées, loisirs, services d'aide à domicile...





## 2. La Mutualité française aujourd'hui



## 2. La Mutualité française aujourd'hui

Les mutuelles, composantes du Mouvement social en France



- Acteurs majeurs de l'Economie Sociales et Solidaire (ESS) se distingue des assureurs par leurs valeurs et leurs fonctionnement démocratique.
- Ce sont de sociétés de personnes à but non lucratif.
- Leurs excédents sont réinvestis en faveur de leurs adhérents, sans rémunération d'actionnaires.
- Acteurs du système de santé, les mutuelles sont présentes dans les instances de l'Assurance Maladie et de la démocratie sanitaire tels que les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie.



## 2. La Mutualité française aujourd'hui

### Les 4 métiers des mutuelles

- **Assurance en complémentaire santé**  
Les mutuelles remboursent partiellement ou totalement les frais en santé selon la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- **Gestion du 1<sup>er</sup> réseau et social en France** avec 2 800 services de soins et d'accompagnement : une centaine de gestionnaires mutualistes, présents sur tout le territoire, développent des établissements et des services.
- **Prévention et promotion de la santé** : les mutuelles proposent des actions de prévention et de promotion de la santé pour permettre aux adhérents de faire des choix éclairés et adopter des comportements favorables en matière de santé.
- **Retraite et prévoyance**  
La plupart des mutuelles proposent des garanties de capital décès, des rentes mensuelles au moment de la perte d'autonomie, des produits d'épargne....



## 2. La Mutualité française aujourd'hui

### Zoom sur le premier réseau sanitaire et social en France





## 2. La Mutualité française aujourd'hui

**La Fédération Nationale de la Mutualité française est le principal porte parole des mutuelles en France .**

Ses missions sont de trois natures :

Syndicat professionnel	Fournisseur de services	Acteur du mouvement social
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Défendre les intérêts des mutuelles et promouvoir leurs spécificités</li><li>▪ Etre un partenaire du système protection sociale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Etre un opérateur de services mutualisés</li><li>▪ Accompagner les mutuelles par des conseils et services</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Promouvoir le modèle mutualiste</li><li>▪ Animer le réseau de mutuelles et de militants</li><li>▪ Renforcer l'influence de la FNMF en intervenant dans le débat public</li></ul>



## 3. Mutualité et vieillissement : forte implication dès les années 1960

### Éléments de contexte

- Longtemps oubliés des politiques publiques, les « vieillards » font l'objet d'une attention grandissante à partir des années 1960.
- En 1962, le **rapport « Laroque »** pose les bases de la politique française en matière de « troisième âge », qui repose sur l'intégration, avec une priorité pour le maintien à domicile et la prévention des effets du vieillissement.



Mais les évolutions démographiques remettent rapidement en cause les fondements de cette politique : l'augmentation inédite de l'espérance de vie entraîne une progression de la dépendance en passe de devenir un véritable enjeu de santé publique.

Dans un contexte de crise économique, il faut pourtant attendre la fin du XX<sup>e</sup> siècle pour que des mesures soient adoptées, sans pour autant suffire à venir à bout du problème : après la Prestation spécifique dépendance (devenue APA en 1997), est créé le statut d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 1999.





### 3. Mutualité et vieillissement : forte implication dès les années 1960

De leur côté, les mutualistes se préoccupent très tôt de ce que l'on n'appelle pas encore « le troisième âge », par la mise en œuvre d'établissements d'accueil dignes et humains, rompant avec la misère des hospices :

- c'est le cas de la **maison de retraite de la Mutuelle nationale des artistes**, fondée en **1905** à Couilly Pont-aux-Dames,
- ou de la fondation Dranem à Ris-Orangis de la Société de secours mutuels des artistes lyriques en **1911**.

A l'époque, de telles réalisations demeurent rarissimes, et témoignent d'une attention particulière de ces communautés professionnelles à leurs « vieux » à travers l'action de leurs mutuelles.



### 3. Mutualité et vieillissement : forte implication dès les années 60

Si la notion de dépendance n'existe pas dans les années 1950, les manifestations en sont pourtant déjà perçues par les gestionnaires mutualistes, confrontés à un vieillissement accéléré des résidents, accompagné d'une aggravation des pathologies.



Pour y faire face, des structures médicalisées sont mises en place de manière empirique, à l'image de la clinique d'Ennery, près de Pontoise, dans la région parisienne, fondée par la Fédération mutualiste de la Seine en 1959, qui associe un centre gériatrique à une clinique diététique pour ceux que l'on nomme alors les « impotents ».





### 3. Mutualité et vieillissement : forte implication dès les années 60



Il faut cependant attendre **les années 1980** pour que **le thème de la dépendance prenne place dans les débats mutualistes.**

En 1985, le congrès de la FNM de Lyon affirme le devoir pour la mutualité de « se préoccuper de la situation des personnes âgées dépendantes ».

Ainsi, de nombreux procédés innovants qui bénéficient du soutien du fonds de prévention de la FNM : parmi eux, **l'expérience pilote « de soutien à domicile pour l'an 2000 » de la mutualité aveyronnaise.**



Lancé en 1983 à partir de son réseau de services à domicile, ce dispositif pionnier conduit à l'ouverture de **diverses structures de domicile alternatif** pour personnes âgées dépendantes et aux premières réalisations mutualistes dans le domaine de **soins palliatifs.**



### 3. Mutualité et vieillissement : forte implication dès les années 60

En vertu de cette expérience, **la mutualité s'affirme comme une force de proposition dans le débat sur la dépendance** qui émerge timidement dans la société à la fin des années 1980.

Une mission est confiée en 1988 au président de la FNM par le secrétaire d'Etat aux personnes handicapées sur les stratégies de maintien à domicile des personnes à mobilité réduite.

Parmi les solutions préconisées, figurent

- la mise en œuvre d'offices départementaux et d'un fonds nationalisé d'aide à domicile ou d'un risque dépendance intégré à l'Assurance maladie.

Ces propositions, qui signent la capacité d'anticipation de la mutualité, seront progressivement affinées :

- **en 1991, le congrès mutualiste de Grenoble se pose en faveur d'une « politique des âges ».**

- Trois ans plus tard, lors du Congrès de Bayonne, la FNM, renouvelle la **revendication d'une prise en charge totale de la dépendance, et l'urgence d'une prestation spécifique.**



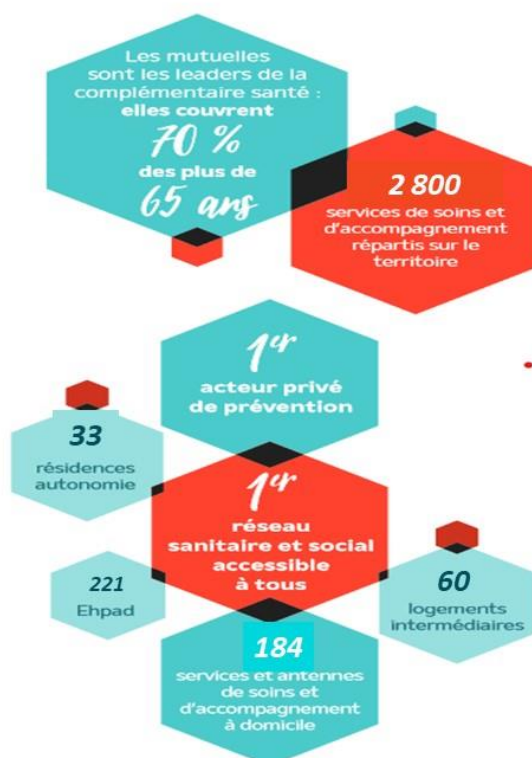




## PARTIE 2

# L'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTE POUR L'AUTONOMIE AUJOURD'HUI

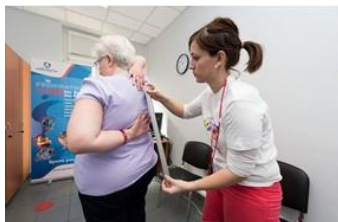
1. La prévention et promotion de la santé
2. L'offre de services avec 2 zooms
  - Dispositif Renforcé de Soutien à Domicile
  - Habitat inclusif
3. L'offre assurantielle





## 1. Prévention et promotion de la santé

### Les actions de prévention et promotion de la santé destinées aux personnes âgées



Centre de santé René Laborie du groupe Audiens à Paris.  
Action de prévention

- La Mutualité Française consacre chaque année plus d'un tiers de son activité prévention aux personnes âgées et au Bien Vieillir.
- Ainsi, en 2019, **plus de 3 000 actions** de prévention (soit 38% de l'activité) sont déployées par les acteurs mutualistes sur l'ensemble du territoire, le plus souvent dans le cadre de partenariats associatifs et institutionnels.
- Ces actions de sensibilisation et de prévention primaire ont pour principaux objectifs :
  - **le maintien en bonne santé des personnes vieillissantes,**
  - **la limitation des conséquences de la perte d'autonomie**
  - **et le maintien du lien social.**



20



## 1. Prévention et promotion de la santé

### 2 axes d'actions

#### 1. Des actions dédiées au maintien en bonne santé (adultes – tout public)

- Des journées de repérage ouvertes à tous (public adulte) sont mises en œuvre sur l'ensemble du territoire dans les domaines de l'audition (« Rester à l'écoute de ses oreilles »), de la vision (« Longue vie à la vue ») et de la glycémie-tension (« Votre santé sur mesure »)
- Une action dédiée à la préparation à la retraite
- Une action sur les aidants « Prenons soin de ceux qui aident »
- Actions au sein du collectif de lutte contre la dénutrition
- Les actions du bien vieillir déployées avec l'inter-régime.



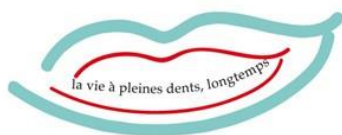
11/11/2021

21



## 1. Prévention

2. Limiter les conséquences de la perte d'autonomie (public : professionnels de santé et personnes âgées) avec plusieurs programmes nationaux mutualistes :



- **La vie à pleines dents longtemps :** programme de santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD et/ou dans les services à domicile
- **Défi Sens :** Ce programme de formation-action vise à former les professionnels en établissements d'hébergement pour personnes âgées sur les déficiences sensorielles (vue et audition) afin d'améliorer la qualité de vie des résidents au quotidien.



11/11/2021

22



## 1. Prévention

2. Limiter les conséquences de la perte d'autonomie (public : professionnels de santé et personnes âgées) avec plusieurs programmes nationaux mutualistes :



- **L'atelier des familles.** Un programme spécifique d'accompagnement des familles ayant un proche en établissement Animé par un psychologue et des professionnels de l'établissement, « L'Atelier des Familles » permet de mettre en place un espace d'écoute et d'expression pour mieux comprendre la vie en Ehpad. Ce programme permet de prévenir les tensions et les conflits qui peuvent survenir entre familles et professionnels et de redonner du sens au triptyque familles, résidents et professionnels.



11/11/2021

23



## 1. Prévention et promotion de la santé



- La majorité (75%) est mise en œuvre en lien avec des structures d'offre de soins, en particulier mutualistes (résidences autonomie, EHPAD, services de soins à domicile...).
- En 2019, près de 1300 actions spécifiquement dédiées au « Bien vieillir » sont déployées dans le cadre de partenariats.
- Parallèlement, plus de 1500 actions ont été déployées par le réseau prévention mutualiste dans le cadre de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

La Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie est le dispositif qui a pour objectif de coordonner dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune.



11/11/2021

24



## 2. L'offre mutualiste pour l'accompagnement médico-social des personnes âgées

- 50 gestionnaires répartis sur 65 départements
- 498 structures dont
  - 60 logements intermédiaires
  - 33 résidences autonomie
  - **221 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**
  - 47 services à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées et personnes en situation de handicap
  - 137 services de soins infirmiers à domicile dont 20 % de places dédiées aux personnes en situation de handicap
- Près de 40 000 professionnels
- 1<sup>er</sup> réseau privé non lucratif d'établissements



● Implantation sur territoires favorisés ● Implantation sur territoires à surveiller  
● Implantation sur territoires défavorisés

Source : annuaire des SAM 2021 / Base de données des réseaux  
Typologies socioéconomiques des territoires (IDES 2019) - Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé



11/11/2021

25



## Zoom sur 2 actions mutualistes

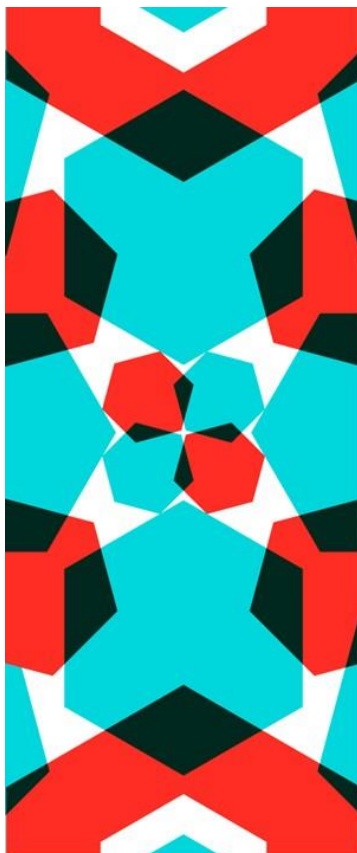
**Le dispositif renforcé de  
soutien au domicile des  
personnes âgées : DRAD**



**Le développement de  
l'habitat inclusif**

11/11/2021

26

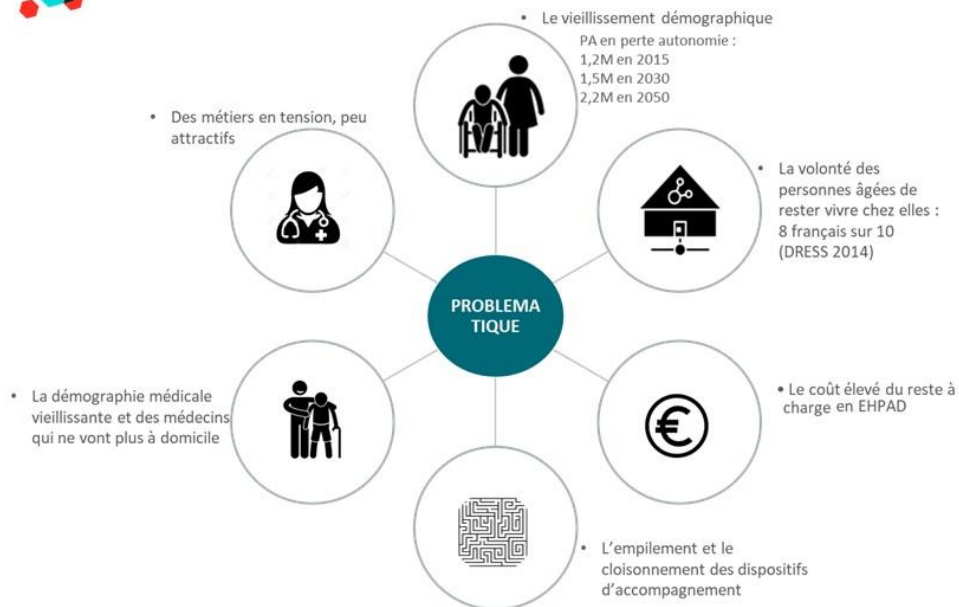


**PRESENTATION DU DRAD :  
LE DISPOSITIF RENFORCÉ DE  
SOUTIEN AU DOMICILE DES  
PERSONNES ÂGÉES**





## DRAD : la problématique



04/12/2020 28



## DRAD : son ambition



Une personne âgée satisfaite d'avoir trouvé une alternative à l'EHPAD, se sentant protégée et en sécurité à domicile, un aidant soulagé et rassuré.



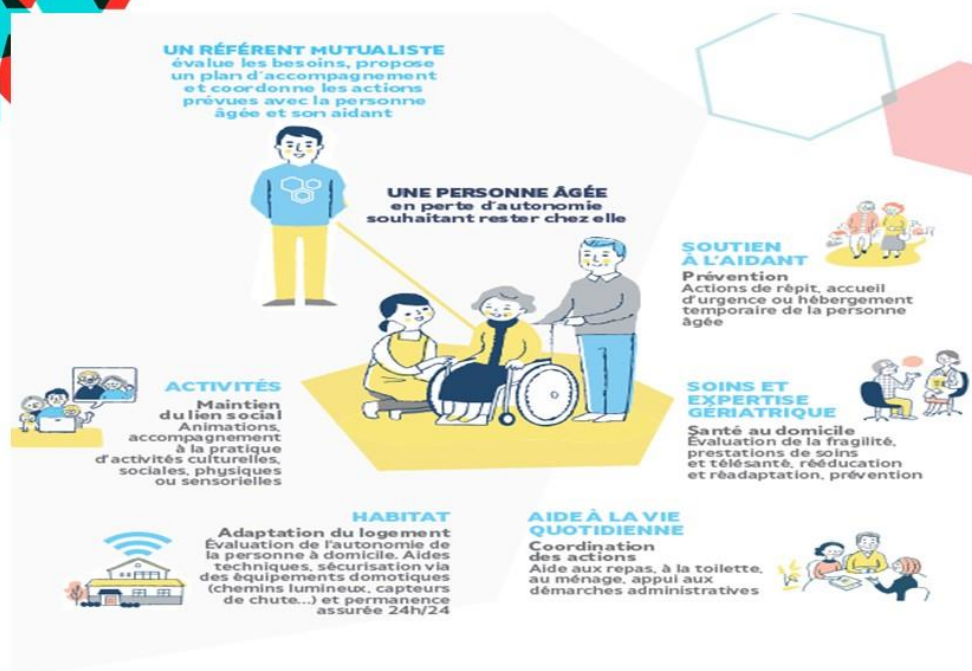
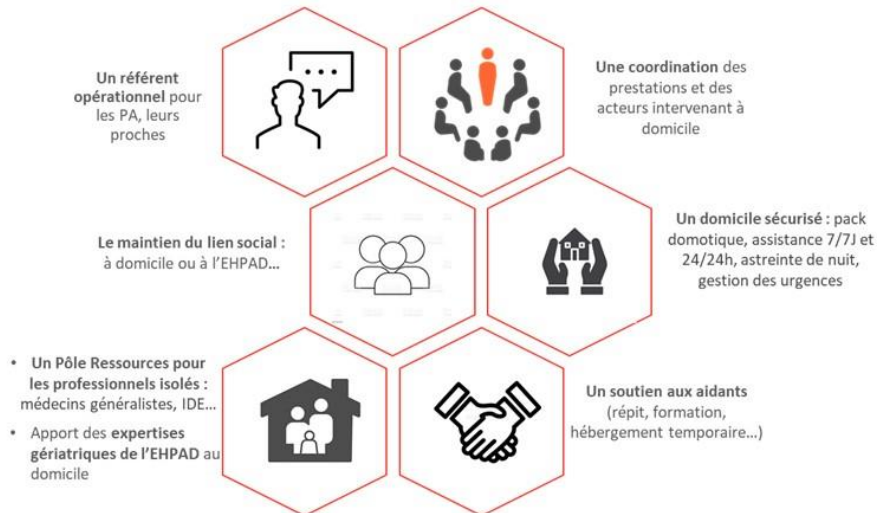
DRAD = une solution alternative entre l'EHPAD et le soutien à domicile classique, à un coût juste pour tous.



11/11/2021 29



## DRAD : une proposition de services





## DRAD : les bénéfiques

### Pour les bénéficiaires :



- une personne âgée satisfaite d'avoir trouvé une alternative à l'EHPAD, se sentant protégée et en sécurité à domicile, à un coût acceptable
- un aidant soulagé et rassuré.

### Pour la collectivité :



- objectiver les conditions d'un nouveau modèle et offrir une alternative face au défi du vieillissement
- une solution alternative entre le domicile et l'EHPAD, au coût le plus juste, en accompagnant personnes âgées et aidants grâce à un guichet unique et une offre de services complète, opérationnelle

### Pour la mutualité :



- expérimenter un dispositif innovant
- collaborer avec de nouveaux partenaires en interne/externe
- anticiper les transformations de l'offre médico-sociale et en particulier :
  - l'EHPAD demain (diversification de l'offre, ouverture territoriale...)
  - Les modèles économiques des services à domicile SAAD, SSIAD, SPASAD
  - le virage numérique
  - l'évolution des métiers/leur attractivité



11/11/2021

32



## LES AXES D'INNOVATION DU DRAD

**INNOVATION ORGANISATIONNELLE** : transformation de l'offre médico-sociale avec le développement des services proposées à l'EHPAD ou en SSIAD proposant une coordination des services opérationnels

**INNOVATION TECHNOLOGIQUE** : mise en place de nouvelles technologies/domotique à domicile, le déploiement de la téléassistance, le développement des SI pour la coopération entre acteurs



**INNOVATION PARTENARIALE** : ouverture des EHPAD sur leur territoire, lien des SSIAD avec de nouveaux partenaires, notamment avec les dispositifs d'appui à la coordination des parcours (DAC)



**INNOVATION ECONOMIQUE** : utilisation d'un forfait dérogatoire de l'expérimentation faisant l'objet d'une évaluation comprenant le financement de la coordination, de la sécurisation de la personne dans son environnement 24/7)



**INNOVATION METIERS** : possibilité de développer des métiers en diversifiant le travail entre domicile/EHPAD ou en favorisant la montée en compétences pour une prise en charge globale de la personne dans son environnement



11/11/2021

33





## DRAD : en résumé

- Financement : **forfait dérogatoire** de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un projet expérimental (dit article 5).
- 3 Porteurs dont la Mutualité Française avec
- 10 Régions
- **23 expérimentations dont 11 mutualistes**
- **600 personnes âgées** touchées / leurs proches aidants
- **20 millions d'euros** via un **forfait dérogatoire** de prise en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'un projet expérimental (dit article 51)
- 3 ans



Les étapes : Conception, consolidation : septembre 2018 – janvier 2020  
Lancement : janvier 2021  
Suivi : janvier 2021 – décembre 2023  
Evaluation nationale : mars 2022 + juin 2024



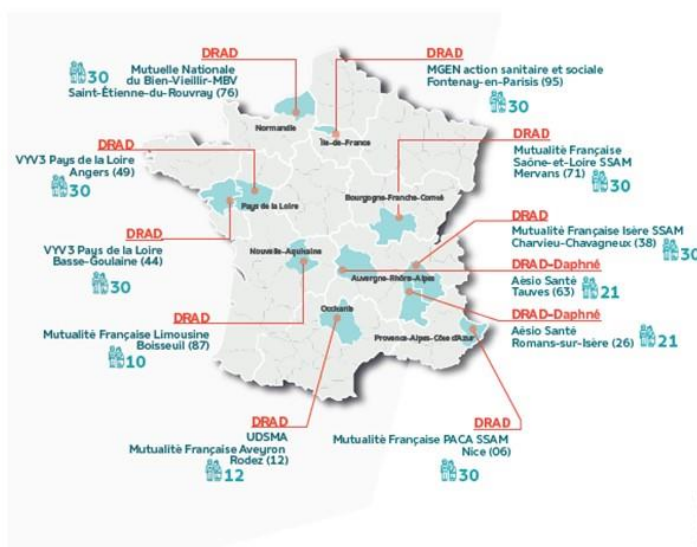
Rôle du porteur : aider les expérimentateurs, faciliter la co-construction, leur collaboration et leurs partenariats, échanger des bonnes pratiques, élaborer des solutions, apporter des expertises...

11/11/2021

34



## Les expérimentateurs mutualistes : 9 gestionnaires sur 11 territoires



11/11/2021

35



## Sources

---

[1] Charlotte Siney-Lange, *La Mutualité, grande semeuse de progrès social*, Paris, La Martinière, 2018.

[2] *Revue de la mutualité* n° 122, juillet-août 1985.

[3] « Aveyron : département pilote », *Revue de la Mutualité* n° 143, juin 1991.

[4] « Aide à domicile : l'âge d'or en Côte d'Or », *Revue de la Mutualité* n° 143, juin 1991.



## Transitions biographiques du grand âge et remaniements de l'espace de vie : une lecture du « devenir conjoint aidant ».

Biographical transitions in old age and reshaping the living space: a reading of "becoming a carer wife/husband"

**Marie-Hélène JACQUES<sup>174</sup>**

Faculté des Lettres et Sciences humaines  
Laboratoire FrED (EA 6311)  
Université de Limoges, France  
[marie-helene.jacques@unilim.fr](mailto:marie-helene.jacques@unilim.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4285>

DOI : 10.25965/trahs.4285

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** Lorsque survient un événement fatidique d'ordre sanitaire, qui affecte l'autonomie de la personne âgée, l'« espace de vie » est remanié, en particulier lorsque le.la conjoint.e endosse le rôle d'aidant. Ce bouleversement est objectif : le quotidien est transformé : les repères routiniers (temps, espaces, relations), les activités, les rôles sociaux, l'intégration d'un nouveau cadre normatif et moral avec un dispositif d'aide à domicile. La fonction d'aidant (avec de nouvelles tâches assumées, le partenariat avec des organismes professionnels) est jalonnée par un planning de soins et d'aides, et par les évolutions pathologiques. Elle occasionne la fréquentation d'espaces et de personnes dédiés à l'accompagnement et au soin. L'aidant abandonne alors certaines activités de loisirs et de sociabilité et connaît un surinvestissement domestique, qui se ré-inverse au placement du conjoint en établissement médico-social.

Cette transition biographique du « devenir conjoint aidant » se manifeste aussi par des modifications subjectives, avec un processus réflexif de délibération sur ses choix, un renouvellement du récit de soi, une modification des représentations d'avenir. L'aidant connaît aussi des transformations socio-cognitives en développant des apprentissages expérientiels, des changements de représentations sur la vie domestique et sociale.

Pour franchir une telle transition biographique, tous les sujets ne disposent pas des mêmes ressources sociales, matérielles, cognitives et affectives : les entretiens biographiques conduits avec des sujets âgés devenus aidants de leur conjoint malade d'Alzheimer pointent la manière différentielle de surmonter cette épreuve et soulèvent la question cruciale des formes que peut prendre l'accompagnement des aidants, pour compenser ces inégalités.

**Mots clés :** transition, aidant, statut, réflexivité, narrativité

**Abstract:** When a fateful health event occurs that affects the autonomy of the elderly person, the "living space" is reshaped, particularly when the spouse takes on the role of carer. This upheaval is objective : daily life is transformed : routine reference

---

<sup>174</sup> Professeure des Universités en Sciences de l'éducation et de la formation.

points (time, space, relationships), activities, social roles, but the integration of a new normative and moral framework with a home help system. The carer's function (with new tasks taken on, partnership with professional organisations) is marked by a schedule of care and assistance, and by pathological changes. It entails frequenting spaces and people dedicated to support and care. The carer then abandons certain leisure and social activities and experiences domestic over-investment, which is reversed when the spouse is placed in a medico-social institution.

This biographical transition of 'becoming a spouse carer' also manifests itself in subjective changes, with a reflexive process of deliberation on one's choices, a renewal of the self-narrative, and a modification of future representations. The carer also undergoes socio-cognitive transformations by developing experiential learning and changes in representations of domestic and social life.

In order to overcome such a biographical transition, not all subjects have the same social, material, cognitive and affective resources : the biographical interviews conducted with elderly subjects who have become carers for their spouse with Alzheimer's disease point to the different ways of overcoming this ordeal and raise the crucial question of the forms that support for carers can take to compensate for these inequalities.

Keywords: transition, caregiver, status, reflexivity, narrativity

## Introduction

Tous les segments de l'existence sont marqués par des changements de statuts qui peuvent être clairement identifiés parce qu'institutionnalisés dans les sphères familiale, scolaire ou professionnelle (de lycéen à étudiant ; d'étudiant à salarié ; de célibataire à marié par exemple) ; mais qui peuvent s'avérer plus subreptices quand ils relèvent de la sphère personnelle (devenir propriétaire ; se mettre « en couple » ; devenir militant). Le grand âge n'échappe pas à ces charnières, qu'elles revêtent un caractère officiel ou plus discret (ex : le passage d'actif à retraité ; de marié à veuf ; d'autonome à dépendant ; de « passif » à « bénévole » ; devenir grand parent, etc..). Or, tout changement de statut induit par un événement biographique normal, inattendu ou exceptionnel, constitue le signal d'une transition psychosociale, d'ampleur variable selon le degré de contamination des différentes sphères de l'existence. Colin Murray Parkes (1971 : 102) définit la transition psychosociale comme « des changements d'ordre majeur dans l'espace de vie, qui ont des effets durables, qui se produisent dans un espace de temps relativement court et qui affectent de manière déterminante la représentation du monde ». Nancy Schlossberg (2005 : 85) précise cette définition en insistant sur les ruptures, les discontinuités et les modifications induites par l'événement vécu. Pour elle, une transition est « tout événement ou manque d'un événement attendu, qui a pour conséquence de transformer les relations, les routines, les croyances et les rôles ». Elle évoque trois types de transitions : les transitions anticipées (ex : la retraite – Cavalli & Lalive d'Epina, 2007), imprévues (ex : une maladie ou un accident – Puijalon, 2007) et « par manque d'événement » (ex : la naissance espérée de petits enfants, qui ne se produit pas, alors qu'on se représentait un rôle social de grand parent – Pin, 2001). Au final, tout événement biographique qui « modifie les représentations de soi et du monde » (Guichard et Huteau, 2006 : 214) peut être assimilé à une transition psychosociale. En insistant sur les remaniements des grands paramètres de l'identité sociale (les temporalités, les espaces physiques et sociaux, les relations, les activités) nos travaux convoquent plutôt la notion de « transition identitaire », au sens d'« un temps de vie perturbé, de durée variable, dans lequel le quotidien est transformé, entre deux états de (relative) stabilité et de (relative) sécurité objective et subjective » (Jacques, 2020 : 96).

Ce texte met la focale sur une transition particulière, à savoir celle vécue par un sujet âgé confronté à la maladie d'Alzheimer<sup>175</sup> de son conjoint : dans cette phase de vie où le statut d'« aidant »<sup>176</sup> totalise l'existence, cet article interroge les remaniements identitaires qui s'opèrent chez le sujet, qu'ils soient objectifs

---

175 La maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative d'évolution progressive. Elle est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et le motif principal d'entrée en institution. Elle commence bien avant le stade démentiel par l'apparition de troubles cognitifs diversement associés et éventuellement de troubles du comportement ou de la personnalité. L'évolution se fait sur plusieurs années avec l'apparition d'une dépendance progressive avec retentissement sur les activités de la vie quotidienne (toilette, habillage, alimentation, déplacement) et sur l'entourage. La maladie d'Alzheimer est la première étiologie des syndromes démentiels et en représente au moins les deux tiers des cas. Les autres causes fréquentes de syndrome démentiel sont : la démence vasculaire ; la démence à corps de Lewy ; la démence compliquant la maladie de Parkinson ; la dégénérescence lobaire fronto-temporale (Source <https://www.has-sante.fr> Haute autorité de santé consulté le 22 juin 2021).

176 Le proche aidant ou aidant familial ou aidant d'un proche est une personne (femme ou homme), non professionnel qui par défaut ou par choix, vient en aide de façon occasionnelle, récurrente ou permanente à une personne dépendante, en déficit d'autonomie de son entourage (Source <https://www.gouvernement.fr/proches%20aidants> consulté le 22 juin 2021).

(routines, rôles sociaux, activités) ou subjectivement exprimés (les décisions, les représentations de soi, par exemple). Au-delà, ce texte interroge l'impact d'un « événement fatidique » (Javeau, 2006) sur l'identité du sujet âgé.

## 1. Cadre conceptuel et méthodologique

### 1.1. Une approche narrative de la transition biographique

Lorsqu'un sujet adulte est sollicité pour « revisiter » son parcours, lors d'entretiens biographiques, il met plus particulièrement l'accent sur des moments où certaines linéarités s'infléchissent, où des situations relevant d'une certaine permanence (parfois relative) se modifient objectivement ou sont subjectivement perçues comme des phases de changement. Ces sujets reconstituent la temporalité (en matière de moment et de durée) de ces phases de vie : ils situent un « point d'origine » (de Coninck et Godard, 1989 : 39) qui « fait événement » en ce qu'il modifie ou incite à modifier son parcours de vie.

Or, Ricoeur postule que l'événement « ne devient partie intégrante de l'histoire que compris après coup, une fois transfiguré par la nécessité en quelque sorte rétrograde qui procède de la totalité temporelle menée à son terme » (1990 : 170). Les recueils empiriques conduits par entretiens auprès de personnes âgées dont le conjoint est atteint de la maladie d'Alzheimer confirment clairement que certains jalons « font événement » : ils déclenchent une série d'actions « mise en intrigues » (ibid.) et racontée par les enquêtés, qui participe, de ce fait, de la reconfiguration de leur identité narrative (en l'occurrence, les premiers symptômes perçus comme alarmants, le diagnostic, le placement en institution sont des exemples de ces événements déclencheurs). Plusieurs auteurs confirment que, dans les approches méthodologiques biographiques où des sujets sont invités à se raconter et où ils composent leur identité narrative, ces derniers identifient des points temporels spécifiques (événements, situations, faits institutionnels, etc.) à partir desquels ils « ne sont plus les mêmes qu'avant » (Darmon, 2010 : 105) : parmi ces points spécifiques, Voetgli (2004), Bidart (2006) ou Javeau (2006) repèrent respectivement les « incidents », les « imprévus » ou les « moments fatidiques » qui font rupture comme autant de points d'entrée d'une nouvelle narration de soi, comme événements déclencheurs qui affectent le récit de soi.

En ce qu'il recueille ces reconfigurations, le récit de soi (par des entretiens biographiques portant sur des séquences particulières liées au parcours sanitaire et social du couple victime de la maladie d'Alzheimer) constitue une « médiation privilégiée » (Ricoeur, 1990 : 138) pour saisir les transitions biographiques qui s'opèrent. Ces fonctions de la narration assurent une « recherche de cohérence » (Ricoeur, 1985 : 307) : (1) discerner, en l'occurrence identifier précisément des faits, des états, des situations, des conditions, jugés comme significatifs des changements vécus ; (2) expliquer, c'est-à-dire élaborer des liens logiques pour offrir une cohésion à des faits conjoncturels ou personnels, pour permettre d'intégrer les changements au sein d'une trame qui « rassemble »<sup>177</sup>.

Quelques exemples de ces impacts événementiels sont décrits dans la littérature, notamment en ce qui concerne l'autonomie du sujet âgé. Les récits qui en sont faits discernent bien les facteurs déclencheurs de modifications de soi et de son espace social ; ils restituent aussi le sens donné par les sujets aux conséquences de ces

---

177 « Il faut que la vie soit rassemblée pour qu'elle puisse se placer sous la visée de la vraie vie. » (Ricoeur, 1990 : 190).

événements : se retrouver veuve dans un lieu isolé alors que son conjoint était le seul à conduire (Billé, 2007 ; Caradec, 2007) ; s'engager bénévolement pour une cause qui va rythmer et stimuler l'activité quotidienne (Burlot et Lefevre, 2009) ; devenir retraité alors que toute l'existence reposait sur l'engagement professionnel (Caradec, 2009) ; avoir des petits enfants dont on va devoir s'occuper (Pin et al., 2001 ; Lalive d'Épinay, 2006), etc.

On le voit, certains événements ont un effet bénéfique sur l'espace de vie et l'autonomie (ex : le dynamisme nécessaire pour s'occuper de ses petits-enfants, pour assumer un bénévolat) et d'autres entraînent un effet délétère sur l'existence (une maladie suivie d'une perte fonctionnelle, un isolement, par exemple.) En ce sens, notre proposition part de l'idée que l'apparition, le diagnostic puis les conséquences de la maladie d'Alzheimer constituent pour le couple un « événement fatidique » (Javeau, 2006 : 227) défini comme « une situation ou un épisode pouvant être lourd de conséquences pour les personnes [...], en affectant leur système de sécurité ontologique. »

## 1.2. Phases et seuils du « devenir conjoint aidant d'un malade d'Alzheimer »

Les matériaux empiriques qui étayent les analyses qui suivent sont issus d'entretiens longs de type compréhensif, conduits avec huit personnes âgées dont le conjoint ou la conjointe est atteint.e de la maladie d'Alzheimer<sup>178</sup>. Le corpus sélectionné a permis de documenter la confrontation aux trois phases de la maladie (l'annonce, l'aide à domicile par le conjoint, puis le placement en institution) telles que décrites dans la littérature (Bercot, 2003). En effet, au-delà de l'événement fatidique qui marque les biographies, les couples concernés sont confrontés à un processus transitionnel long et « triphasé » avec diverses épreuves qui rappellent les processus anthropologiques de « rites de passage » tels que les a étudiés Arnold Van Gennep (1909) : l'arrivée de la maladie marque une étape que tous les sujets enquêtés identifient comme un marqueur de vieillissement et un changement de statut social (devenir dépendant ; devenir « aidant »).

Trois phases sont alors distinguées : la phase préliminaire « avant le seuil » correspond à la période où le diagnostic est à la fois attendu et redouté, dont la durée peut étirer cette liminalité et accroître une phase d'incertitude ; la phase liminaire « sur le seuil » où conjoint aidant et malade traversent les épreuves du vivre à domicile avec la maladie ; puis la phase postliminaire « après le seuil », correspond au placement du conjoint devenu trop lourdement dépendant en institution, période qui marque la fin du statut d'aidant et où, comme le dit un enquêté, il est « veuf sans l'être ». Ce processus ne correspond pas aux temporalités normatives et calibrées des phases transitionnelles institutionnelles : il comporte des incertitudes liées aux évolutions de la maladie et de l'usure de l'aidant : « le sujet est en transition pendant un temps plus ou moins long, dans une situation spéciale : il flotte entre deux mondes » (Lesourd, 2009 : 54).

Quelle qu'en soit sa durée, ce segment transitionnel est bien caractérisé par trois phases dont nous empruntons la dénomination à Nancy Schlossberg (2005 : p. 87) : l'entrée (« moving in ») comme intégration progressive à un nouvel espace social et un cadre normatif et moral inédit, à savoir celui de la gestion médico-sociale

---

178 Migeon, L. (2012). *Le vécu du conjoint de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer*. Mémoire de recherche de Master 2 Intégration des personnes handicapées et en difficulté, université de Poitiers, sous la direction de Marie-Hélène Jacques.

de la maladie et de ses conséquences, avec ses procédures bureaucratiques, ses dispositifs et ses structures ; le parcours (« moving through »), avec un dispositif institutionnel d'aide à domicile et ses réglementations sociales, qui entérine la fonction d'aidant, formalise les tâches assumées en partenariat avec des organismes professionnels et jalonne un planning de soins et d'aides, de modalités de répit, de rendez-vous conditionnés par les évolutions pathologiques : il occasionne la fréquentation d'espaces et de personnes dédiés à l'accompagnement, mais aussi la confrontation à la question des « bonnes pratiques » ; la sortie (« moving out ») correspond à l'arrêt de la fonction d'aidant lorsque le conjoint malade est placé à temps plein en institution médico-sociale (en général un EHPAD avec une unité de vie spécifique aux résidents souffrants de dégénérescences cognitives).

### 1.3 De la transition biographique du « devenir aidant » vers un processus de « transition identitaire »

Nous partons de l'idée que l'apparition de la maladie d'Alzheimer dans un couple constitue bien une transition biographique, au sens défini par Hinault et Kaddouri :

Notre biographie est pleine de transitions, prévues ou imprévues, qui n'introduisent pas nécessairement une rupture dans la trajectoire, contrairement à la transition biographique qui introduit de la cassure, une rupture. [...] et engage toute la personne dans les différentes facettes de son identité et réinterroge son projet de vie (2014 : 16).

Au-delà, nos propres travaux (Jacques, 2020) caractérisent les manifestations qui se produisent dans une phase transitionnelle et les effets qu'elles ont sur l'identité : (1) Du point de vue objectif, on constate un changement d'occupation se traduisant par une modification significative d'activités. Les repères routiniers (espaces physiques et sociaux, organisation et rapport au temps, relations), les habitudes, les rôles sociaux sont modifiés. Ces modifications induisent un engagement dans un nouveau cadre de référence dans lequel le sujet apprend, agit et décide. (2) Du point de vue subjectif, le sujet opère des délibérations sur soi, en lien avec le regard d'autrui (les enfants, l'entourage direct), mais aussi à ses valeurs et ses promesses, notamment le fait de garder le conjoint malade le plus longtemps possible au domicile. Son adaptation au nouveau contexte, se produit par imitation, par conformisation et régulation, selon une réflexion comparative avec des autrui significatifs (en particulier, les autres conjoints présents aux groupes de paroles et les espaces de répit où les aidants se rencontrent et échangent). S'engage alors une réflexivité (l'évaluation de la situation, comment le rôle est assumé, les modifications de soi identifiées) qui se nourrit des formes plus ou moins marquées de reconnaissance perçues dans ce nouveau contexte. Enfin, les sujets aidants élaborent des représentations d'avenir (la durée de l'aide, les modalités du placement, la vie sans le conjoint) qui oscillent entre désirs (préserver l'autonomie du malade, se ménager des répits pendant la durée de l'aide, ne pas l'éloigner lors du placement, etc.) et contraintes (financières, géographiques, matérielles, sociales, psycho-affectives).

Au final la traversée du processus triphasé d'accompagnement du conjoint malade d'Alzheimer constitue bien une transition identitaire en ce qu'elle génère une recomposition des repères psychosociaux (définitions de soi, appartenances), comme produit croisé de faits subjectifs (représentations, délibérations, décisions, adaptations, anticipations) et de structures objectives (contextes, espaces, temporalités, relations, activités, statuts, normes).



## 2. Devenir aidant : quelles caractéristiques de cette transition identitaire ?

L'analyse des matériaux empiriques, couplée au modèle conceptuel de la transition identitaire que nous avons développée dans nos travaux permet de pointer quatre indicateurs des remaniements identitaires qui s'opèrent chez un conjoint aidant face à la maladie d'Alzheimer.

### 2.1. Les effets de l'événement fatidique sur l'espace de vie

Dans les propos des enquêtés, l'expression subjective de « l'événement fatidique » révèle à la fois la progressivité de la survenue de la maladie d'Alzheimer, au gré de la perception des symptômes et des diagnostics, mais aussi sa brutalité dans l'impact qu'il a sur l'existence.

« J'ai vu d'abord l'écriture, bon après y'avait des pertes un p'tit peu d'mémoire mais pff... sans plus » (M. CHARLES).  
« On était allé voir le viaduc de Millau, pi arrivée là-bas elle dit « Beh c'est le viaduc de Millau ? Oh beh j'ai déjà vu ça » [...] pi j'lui ai dit « Beh tu peux pas l'avoir vu parce qu'il était pas fait ! » (M. SIMON) ; « Je pense que... on voulait pas trop l'savoir » MME LILIANE ; « Je savais le pourquoi du comment et... j'savais bien que... (rire), j'pensais que... j'savais qu'ça finirait comme ça mais j'pensais pas que ce serait aussi rapide quoi ! C'est là que ça a fait le clash quoi » (M. JEAN).

Le désarroi et l'impuissance se mêlent alors à des manifestations d'émotions très négatives qui affectent le conjoint aidant :

« Oh pff... y'a des moments où ça me mettait en colère ou... ou... j'me r'tenais » (M. SYLVAIN) ; « Parc'que j'me mettais en pétard et pi après je pleurais... » (M. CHARLES) ; « Quand je commençais à m'énerver ça... ça allait pas du tout. » (M. JEAN) ; « Ah beh moi je vivais plus, ah non non, j'peux pas c'était un drame qui se préparait » (M. SIMON)

Outre ce « drame », devenir aidant modifie profondément les « routines », terme employé par Nancy Schlossberg (2005 : 85), pour indiquer des « modalités habituelles d'existence ou d'action », ou « la linéarité, les permanences dont jouissait le sujet » (Javeau, 2006 : 227) autour de trois dimensions fondamentales qui structurent « l'espace de vie » (Parkes, 1971), décrites par Christian Lalive d'Epinay (1990) : le temps, l'espace et le social. Les routines sont en effet inscrites dans des temporalités, des lieux physiques ou sociaux et des interactions qui relèvent d'une certaine permanence dans les pratiques, les rôles, les relations, les façons de penser et les usages comme un « ensemble de croyances, valeurs, normes et modèles qui orientent le comportement » (p.40).

Ce « système de sens » (ibid. : 39) qui guide l'action s'organise autour de ces trois dimensions fondamentales et interdépendantes, dont les modifications ont été recueillies dans les matériaux biographiques : (a) la dimension temporelle (comment l'individu perçoit-il le temps ou le cycle de vie où il se situe, comment perçoit-il le temps de la société et sa propre historicité dans ce temps social ?) ; (b) la dimension spatiale qui se décline en quatre caractéristiques : quels sont pour l'individu les espaces physiques et sociaux familiers (où il se sent à l'aise, ayant sa place), les espaces exclus (qu'il s'interdit symboliquement ou qu'on lui interdit objectivement), les espaces traversés (dans lesquels il passe sans que cela fasse sens

pour lui) ou les espaces imaginaires (issus du passé et chargés de nostalgie ou rêvés et sources de désir pour le futur) ? (c) la dimension sociale : elle comprend le je-je (ou relation à soi et à son corps), le je-tu (ou relation aux personnes avec qui le sujet a un lien direct) et le nous-eux (sous formes de groupes sociaux auxquels le sujet se réfère ou dont il se démarque).

Ainsi, les aidants perçoivent un « temps de sa vie » qui accélère leur vieillissement et les coupe du temps de la société, dans lequel le « je-je » corporel est altéré « Ah, ça m'a fatigué tout ça ! [...] Ca m'fait vieillir encore plus vite, parc'qu'autrement j'étais encore costaud moi, mais... » (M. GERARD) ; « On a pu une vie si, si... euh... on communique plus quoi ! » (M. SYLVAIN). Certains espaces auparavant traversés deviennent familiers, comme ceux dédiés au soin et à l'accompagnement ; ils sont parfois l'occasion de nouer de nouvelles relations régulières qui deviennent des « je-tu » :

« J'étais à France Alzheimer bien avant qu'ça existe dans l'département. [...] Toutes les réunions tout ce qui pouvait y avoir euh... j'les faisais quoi ! Mais bon si voulez... c'est le sentiment dès l'départ de garder pour moi, parc'qu'au début j'voulais pas en parler, de savoir qu'il y avait aucune guérison si vous voulez. A France Alzheimer, on peut parler » (M. CHARLES) » ; « Chez l'docteur L., quiétait à N. à cette époque-là, et c'était un neurologue... [...] qui m'a été d'un GRAND secours ! [...] je me suis confié à lui bien des fois. [...] comme si ça avait été mon confesseur si vous voulez » ;

a contrario, certains espaces familiers deviennent interdits, par les effets même de la maladie ou par contrainte pécuniaire, comme un domicile inadapté ou un lieu social qu'on ne peut plus fréquenter :

« Avant on habitait à Saint-P. Avec des grandes pièces, des étages ; c'était plus loin de l'hôpital aussi [...] Entre les soins euh... en plus, comment dire, de la configuration de la maison, j'ai donc ramené N. ici et en fait... j'ai fait tout ça pour six mois. » (M. JEAN) ;

d'autres espaces exclus de l'existence antérieure sont désormais traversés, voire familiers : c'est notamment le cas de la plateforme de répit ou de l'établissement dans lequel le conjoint est finalement placé :

« Oh beh oui, elle s'y plaisait, tout à fait au début ; elle était pas encore rendue comme maintenant... [...] parce qu'elle a toujours parlé... elle y'allait de bon cœur ». (M. SYLVAIN) » Mon épouse est là-bas à FB [...] C'est les enfants qui ont géré ça, ils l'ont mis où qu'il fallait, secteur fermé [...] Là- bas elles sont huit et deux filles qui s'en occupent [...] Alors elles les appellent par leur prénom, ou leur nom, enfin c'est selon la volonté du patient, elles font la soupe, plient le linge, mettent la table [...] On mange ensemble, les résidents et le personnel, ils font la cuisine ensemble » (M. SIMON).

Enfin, les sociabilités sont reconfigurées pendant le temps de l'aide, voire après le placement, avec une altération des fréquentations électives, parfois vécue âprement, mais qui connaît aussi des formes de revivification après le placement du malade ; pendant le temps de l'aide, les relations avec les professionnels peuvent aussi tenir lieu de « je-tu », par la régularité des contacts et certaines formes d'intimité qui se nouent :

« Vous savez quand ces trucs-là sont décelés après... ben on... comment dirais-je ? Ben on compte ses amis sur les doigts d'une main. [...] Cette maladie fait peur... » (M. CHARLES) ; « Les gens peuvent pas se rendre compte de la vie qu'on peut mener, et à l'association, on se rend compte qu'il y a un point commun pour tout le monde. » (MME LILIANE) « Vous savez comme on dit « petite maladie rapproche les amis, mais grande maladie les éloigne » ! » (M. GERARD) ; « Euh beh l'entourage figurez-vous, quand on est deux on s'occupe de vous mais quand on est seul beh on vous laisse tomber » (M. SIMON). « J'appelle ça la troisième personne » [...] Mais en général quand y'a un problème la troisième personne arrive, faut dire que ces personnes sont formées pour ça aussi [...] beh ça soulage puis ça me permet de la liberté » (M. BERNARD) ; « Faut dire que le taxi était très gentil [...] Et les personnes qui venaient, bon ils étaient habitués à ... à promener des gens comme ça [...] Donc euh ils étaient vraiment très gentils » (MME LILIANE). « Depuis que mon épouse est en maison d'retraite là, mon fils de Paris vient tous les mois, mais bon c'est pas obligatoire mais il le veut [...] Et puis ... je vois l'autre aussi régulièrement ... il vient déjeuner avec moi une fois ou l'autre » (MR RAYMOND).

Ces indicateurs des modifications concrètes qui s'opèrent dans l'espace de vie de l'aidant, sur une période de durée indéterminée, génèrent objectivement une « situation anxiogène », avec une altération des repères identitaires, caractérisée par une « perte d'ancrage psychosocial » (Lesourd, 2009).

## 2.2. Une modification du système des activités

Le système des activités comprend l'ensemble des activités effectivement réalisées (ce que le sujet fait), la manière dont ces activités sont accomplies (volume, moment, ordre, durée, degré de fractionnement) et les relations qui existent entre les activités constitutives de ce système (Curie et al., 1990) dans lequel chaque activité fournit des bénéfices matériels (revenus, réponses aux besoins, etc.) et immatériels (informationnels, cognitifs, affectifs...). Or, l'individu dispose de ressources temporelles et énergétiques limitées et l'engagement dans une activité constitue une contrainte pour le développement des autres. Aussi, deux facteurs influencent globalement le système des activités d'un individu : (a) l'interdépendance entre contraintes et ressources (par exemple, maintenir un emploi senior augmente les revenus mais diminue le temps disponible pour s'occuper du conjoint) ; (b) les analyses personnelles de la réalité, les délibérations du sujet, les arbitrages qu'il opère selon ses valeurs notamment, selon les contradictions auxquelles il est confronté, mais aussi selon ses conditions objectives d'existence ( vendre le domicile pour financer le placement, « tenir » le plus longtemps possible avant le placement pour tenir une promesse conjugale ou familiale sont des exemples régulièrement recueillis).

Les travaux de Vincent Caradec (2004) montrent que l'expérience du vieillissement avec les événements qui la jalonnent (Dorange, 2007) induit, en termes d'activités, des engagements et des désengagements assortis parfois de réengagements : (1) soit la personne va s'engager dans de nouvelles activités qu'elle ne faisait pas auparavant et que l'événement ou la nouvelle situation l'oblige ou lui permet d'accomplir maintenant, l'engagement étant alors un stimulant de l'autonomie (par exemple, se

remettre à conduire ; voyager grâce au temps libre ; faire du jardin suite à une installation à la campagne ; etc.) ; (2) soit se désengager de certaines activités qu'elle ne peut plus réaliser (par exemple, l'incapacité à faire son jardin suite à une perte fonctionnelle ; ne plus s'occuper quotidiennement de ses petits enfants qui ont déménagé loin ; etc.), éléments révélateurs d'une perte d'activité engendrant une perte d'autonomie que Caradec (2004) ou Morrone (2005) qualifient de « déprise » ; (3) soit la personne se réengage : elle compense la perte de certains rôles antérieurs par la sélection, l'intensification et l'optimisation d'autres rôles (par exemple, s'investir assidûment dans une association suite à sa retraite, comme le décrivent Prouteau et Wolff, 2007) ; autant d'indicateurs d'une aptitude à préserver son autonomie (à décider, à agir, à formuler des projets) malgré les événements qui en modifient les paramètres et malgré le « fardeau de l'aidant » (Novais, 2018).

Les témoignages recueillis attestent combien devenir aidant de son conjoint malade d'Alzheimer entraîne pour l'individu une réorganisation profonde de son système des activités, mais aussi des engagements et des désengagements contraints qu'elle implique. Cette réorganisation est scandée par les trois phases précédemment évoquées. En particulier, la phase liée à l'annonce de la maladie montre un envahissement du système des activités par les rendez-vous médicaux, les démarches administratives et la coordination des intervenants qui scandent le quotidien ;

« Et comme c'est une maladie qui se décèle par des tests... donc on a attendu, on a trainé et beh après y'a quelqu'un qui m'avait indiqué un docteur qui soignait ces choses- là [...] On y est allé pendant deux ans, puis bon... j'suis r'tourné chez l'docteur L., qu'était à N. à cette époque- là, et c'était un neurologue... » (M. CHARLES). « Alors après j'reçois des trucs faut envoyer au conseil général Ah beh oui !!! Facture de ci faut payer, facture de ça et ... ah beh... les prélèvements ! » (M. SYLVAIN) ; « Parce que là je payais le taxi pour M., bon il y a une partie d'un peu remboursée mais le taxi bon on avait quand même cherché le taxi le moins cher, parce que le taxi c'est cher. » (MME LILIANE).

Lorsque la maladie se manifeste par une plus forte dépendance, l'aidant abandonne certaines activités de loisirs, certaines pratiques de sociabilité :

« Oh beh... y'a beaucoup j'faisais, comme le jardin j'arrivais encore un peu à le faire mais enfin tout en surveillant... tout en la surveillant parc'qu'on n'savait jamais si... » (M. CHARLES) ; « Ah oui, toutes les activités de sport j'étais obligé de laisser... de laisser tomber pas mal de choses. Bon de toute façon, petit à petit je voyais bien que je ne pouvais plus m'absenter. » (M. JEAN) ; « Je joue aux cartes... oh beh j'y vais presque plus ; alors autrefois j'allais partout, j'allais ... on va jusqu'en Vendée là-bas... mais tout ça c'est du passé ! J'ai arrêté toute activité » (M. GERARD) ; « Ah les activités oui, parce que jamais beaucoup le jardinage mais je pouvais plus l'faire » (M. SIMON).

L'aidant connaît un surinvestissement domestique, avec le sentiment d'être arrimé au domicile pour « surveiller » le conjoint et prévenir les risques (de fugue, de blessure, de gestes dangereux) :

« Elle commençait à partir euh... bon après elle allait se plaindre chez les voisins, mais bon, ils étaient un p'tit peu au courant donc ils la calmaient, ils la ramenaient euh... quelques fois de plus loin sur la route, c'était quand même dangereux mais... de toute façon moi, dans ces moments-là, moi j'pouvais pas la gérer ! » (Mr SYLVAIN) « J'avais quand même peur que ... on habite à proximité d'un village à 300 mètres quoi. Avec un ch'min qui aboutit à la rivière avec un chemin en bordure de canal. » (M. BERNARD). « Par exemple aux enterrements j'y allais pas à cause de ça [...] parce que j'avais peur qu'elle soit partie ... » (M. SIMON) ; « Elle s'en allait chercher le journal ici aux B., et ça allait... mais un beau jour elle est pas revenue ! [...] Elle était partie, on a dû la chercher toute la journée ! » (M. CHARLES).

La gestion de l'état psycho-affectif du malade nécessite aussi un fort engagement de l'aidant, avec les désarrois et les abattements suscités par des symptômes parfois très complexes (confusion et agressivité notamment) :

« Tout à l'heure elle encore elle me dit « Beh je viens complètement folle » et ce qu'il y a c'est que quand même elle a des moments de lucidité... comment faire ? » (Mr BERNARD) « Y'a plein de trucs qu'elle faisait qu'j'lui disais même pas, vous savez... elle faisait caca dans l'couloir, des fois... » (Mr SYLVAIN) ; « Ensuite, elle a commencé à taper euh... elle prenait son bâton puis elle tapait » (M. JEAN) ; « Quand il me disait « Beh où elle est ma femme ? Où elle est A. ? » (Mme LILIANE).

Lorsque l'épuisement de la durée de l'aide n'a pas trop altéré son potentiel fonctionnel, l'économie du « système des activités » de l'aidant se ré-inverse quand le placement du conjoint en établissement médico-social est décidé, avec un retour vers certains loisirs et certaines libertés spatio-temporelles, malgré les visites régulières au conjoint :

« Je vais p'tet' aller au banquet des chasseurs à G. , parc'que j'chassais sur trois communes donc euh... y'a au moins deux ans qu'j'ai dit qu'y chasserais plus, mais j'chasse toujours ! » (M. SYLVAIN) ; « Là j'ai... j'ai r'commencé à faire un peu de sport, je suis r'parti à fond dans la danse folk ... [...] Parce qu'avant on le faisait ensemble... Mais euh... donc là disons que dès qu'il y a un truc de folk j'y vais. Disons que je suis allé plusieurs fois au bal comme ça mais... au bout de deux heures dès qu'y a un p'tit moment de... de baisse de tension ... ça m'fous le cafard et je rentre ! » (M. JEAN) ; « J'ai des petites filles qui sont arrivées, des jumelles [...] Elles vont avoir 4 ans elles sont franco-canadiennes car le papa est canadien, c'est mignon les jumeaux. C'est quand même le point positif » (MME LILIANE). Quand il va faire moins froid j'vais retourner à la piscine à P. de temps en temps » (M. RAYMOND).

Ce bouleversement des activités est également marqué par des modifications de certaines représentations sociales chez l'aidant : notamment la division sexuée des tâches domestiques, assez traditionnellement marquée pour la génération enquêtée, mais aussi une évolution du rapport au corps et à la santé, ou aux actes du *care* ;

« Ah beh... (rire) j'ai bien été obligé ! [...] Enfin bon euh... j'aime bien manger, quand même j'arrive à faire quelque chose d'un peu, à peu près potable [...] Y'a plein d'trucs, comme les papiers, avant c'était elle qui faisait les papiers, retirer l'argent, jamais j'ai r'tiré d'argent, j'savais pas comment faire, il a bien fallu que je m'y mette, d'apprendre le code pour retirer d'argent au crédit agricole etcétéra, puis tous les papiers, tout tout tout... maint'nant c'est moi qui fait tout tout tout tout ! » (Mr SYLVAIN) ; « Les activités ménagères tout, tout, tout cela ! Faire la cuisine, voir le linge, tout, tout, tout, avant j'men occupais pas ! [...] ah beh là j'ai été obligé d'm'y mettre ! » (M. CHARLES) ; « Tous les trucs d'intérieur hein ! » (M. JEAN) ; « Si ce que je fais maintenant et bien tous les chèques avant je les faisais jamais, moi je payais avec la carte bleue quand on allait dans les magasins, mais je faisais rarement les chèques hein » (MME LILIANE) ; « La toilette c'était pas question hein : ' Tu t'es pas lavée ? ' Il fallait moi que je la prenne en charge », (M. SIMON) ; « La cuisine, avant je m'occupais jamais de ça, moi avant j'arrivais à une heure moins le quart je mangeais... » (M. BERNARD)

Ce dernier point montre bien en quoi la survenue de la maladie d'Alzheimer peut aussi être une source de réflexivité et de modifications socio-cognitives chez l'aidant que nous proposons de lire dans les deux points suivants comme l'angle « capacitant » de cet événement fatidique dans un couple.

### 2.3. Un processus développemental

Les points précédents ont mis l'accent sur les conséquences délétères de la survenue de la maladie d'Alzheimer dans l'espace de vie et les activités du couple. De manière contre-intuitive et dans une perspective d'« éducation tout au long de la vie », nous proposons désormais de lire chacune de ces phases de la maladie avec une perspective développementale du point de vue du conjoint aidant. Pour ce faire, nous proposons de mobiliser le modèle piagétien du développement mental et de le transférer à l'« épreuve de soi » (Schwartz et Echernacht, 2009) vécue par le conjoint qui devient aidant et qui construit les apprentissages afférents.

Jean Piaget (1964) considère que toute « perturbation » issue d'un changement dans l'environnement déséquilibre le fonctionnement cognitif antérieur : pour « rééquilibrer » ses conduites, le sujet assimile les nouveaux objets (personnes, choses, situations) en les intégrant temporairement aux structures cognitives qu'il a déjà construites, à savoir en convoquant des lectures du phénomène et des solutions déjà éprouvées dans d'autres situations ; puis il accommode ses structures cognitives en les réajustant par la prise en compte du changement vécu : il développe ainsi de nouvelles solutions qui vont enrichir ses structures cognitives et contribuer à un nouvel équilibre. Pour Piaget, les changements dans l'environnement constituent des sources perpétuelles d'ajustements comme autant d'occasions de développement mental, autrement dit d'apprentissages.

Partons de l'idée que, face à la perturbation occasionnée par la confrontation à la maladie d'Alzheimer du conjoint, les nouvelles activités que l'époux.se-aidant met en œuvre pour faire face au changement « font expérience » et modifient les structures socio-cognitives antérieures, en ce qu'elles activent la triade « assimilation, accommodation, rééquilibration ». En effet, affrontés à l'exercice inédit de la fonction d'aidant et conséquemment aux perturbations de

l'environnement domestique, les schèmes de perception et d'action de l'aidant (son habitus, ses dispositions, ses apprentissages antérieurs, ses valeurs, ses « promesses de soi » - Arendt, 1994 : 303 ) agissent comme des instruments d'appréciation pour assimiler les paramètres de la transition (percevoir les codes et usages en présence, saisir les enjeux de la situation, sélectionner les informations pertinentes, etc.), et ce, de manière plus ou moins efficiente. Le sens pratique, par l'ajustement de dispositions, de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être face aux contraintes de la situation permet au sujet de se mettre en action de manière « personnalisée » (Malrieu, 1995) et d'accommoder ses solutions (de façon plus ou moins adéquate) face au problème pris en compte. S'en suit un nouvel équilibre, intégrant l'expérience vécue aux nouveaux schèmes socio-cognitifs de perception et d'action. Nombre de témoignages attestent des tâtonnements et des apprentissages qui ont été opérés pour agir en situation (communiquer, épargner les angoisses du malade, préserver sa réalisation des gestes de la vie courante) :

« Après il a fallu choisir des mots... et répondre quand elle commençait à redire ou à reposer les mêmes questions euh... enfin plus tard quand même, il fallait non seulement répondre, mais répondre la même chose en terme de sibyllin et sans varier. » (M. JEAN). « J'essayais quand le facteur arrivait de... d'y aller et de cacher les lettres qui étaient importantes, je les regardais avant et je savais si je pouvais lui donner » (MME LIANE). « Elle savait plus s'habiller ; elle mettait la culotte par-dessus le pantalon ; alors j'avais trouvé un truc, je mettais les habits dans l'ordre sur le lit » (MR RAYMOND).

Ce développement de savoirs expérientiels, se traduit par des manières de faire face à la maladie de son conjoint et à ses dommages sur le quotidien. Il engendre des solutions inédites et privées face aux épreuves. Lorsque ces solutions se verbalisent voire se formalisent entre aidants ou auprès de professionnels, que ce soit dans les groupes de paroles, ou sur les plateformes de répit<sup>179</sup> ou les MAIA<sup>180</sup>, le conjoint qui les exprime tend vers leur optimisation au titre d'« aidant-expert »<sup>181</sup>.

---

179 Les plateformes d'accompagnement et de répit, apportent du soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie. La notion de répit peut se définir comme la prise en charge temporaire physique, émotionnelle et sociale d'une personne en perte d'autonomie dans le but de permettre un soulagement de son aidant principal et ainsi d'éviter un épuisement qui compromettrait aussi bien sa santé que le maintien à domicile de la personne malade. Les plateformes d'accompagnement et de répit ont été créées au début pour aider les proches accompagnant au quotidien une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer mais aujourd'hui, elles étendent leur soutien à l'ensemble des proches accompagnant une personne âgée en perte d'autonomie quelle que soit sa maladie. Il en existe aujourd'hui plus d'une centaine en France. Elles offrent ainsi toute une palette de formules : accueils de jour, répit à domicile, ateliers de réhabilitation, rencontres d'aidants, activités sociales et culturelles. Elles répondent ainsi à 4 objectifs : du répit pour l'aidant, à domicile ou hors domicile, pour lui donner du temps libre ; du soutien pour l'aidant (qui peut être individuel ou en groupe pour partager les expériences et vécus avec d'autres aidants) ; un accompagnement adapté et stimulant pour la personne malade ; une vie en société pour le couple (source <https://www.francealzheimer.org/> consulté le 23 juin 2021).

180 Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer.

181 Divers travaux développent cette question autour des pairs experts ou des patients experts (Gardien, 2017 ; Garbacz et al., 2015 ; Jourdain, 2015).

## 2.4. Le « retentissement intérieur » du « devenir aidant » : un processus réflexif activé par la situation d'entretien

Face à une transition biographique, en particulier selon le degré de prévisibilité/réversibilité de la situation (Grossetti, 2009 : 147), l'individu est soumis à des alternatives qui génèrent des opérations de sélection et des « délibérations de soi » (Baubion-Broye et Mégemont, 2001 : 16). En ce sens, « l'identité pour soi » (les appartenances revendiquées, les caractéristiques auto-attribuées) et « l'identité pour autrui » (en particulier à travers le regard porté par l'entourage sur la situation du couple) (Dubar, 1991 :118), façonnent les choix qui se présentent. Le diagnostic, le déclenchement de l'aide puis la décision du placement sont les trois phases qui jalonnent les témoignages de ces conjoints : ils y expriment les raisons de leur choix, les dilemmes qui les habitent. Ils manifestent aussi en quoi leurs représentations de soi évoluent lors des différentes phases de l'évolution pathologique (conjoint-e / aidant-e/ personne seul-e /veuf-ve). Le propre de la relation d'enquête sur un sujet aussi intime, conduit les aidants enquêtés à faire de la situation d'entretien une occasion pour reconfigurent leur récit de soi mais aussi pour mettre un haut-parleur sur leur langage intérieur, sur les valeurs et les « promesses de soi » (Arendt, 1994) qui ont structuré leurs actions et leurs décisions :

« J'ai attendu jusqu'à ce que je ne puisse plus ! [...] Aujourd'hui, je suis soulagé comment... soulagé d'une façon mais euh on a toujours un sentiment de culpabilité quoi qu'on fasse ! » (M. JEAN) « Et surtout qu'on propose pas de la (sa femme) ram'ner là, d'abord ce serait une catastrophe [...] Parce que j'ai peur que ça retourne en arrière [...] j'comptais vivre ensemble jusqu'à la fin de nos jours » (M. SIMON). « Beh on a déjà parlé de maison d'retraite, mais j'le r'pousserai aussi longtemps que j'pourrai ! Tandis que j'pourrais m'occuper d'elle y'a pas d'problème, mais la journée que j'pourrais pu m'occuper d'elle... faudra partir ! [...] C'est moi ai tout fait ici. Quand j'ai eu la r'traite j'ai aménagé, parce que y'avait rien devant avant, j'ai tout fait, les bordures en ciment et tout l'bazar ! [...] Oui, ça c'est le plus important pour moi de pouvoir rester ici tant que j'pourrai » (M. GERARD).

Les débats qui traversent les conjoints qui restent au domicile, leurs « représentations d'avenir » et leurs « projections de soi » (Jacques, 2020 : 178) sont également exprimés, dans cette situation d'entretien qui n'a pas l'enjeu institutionnel d'un d'accompagnement, ni l'enjeu de prise de décision, notamment en concertation avec les enfants :

« Ils l'ont mis en vente là, les enfants chez l'notaire là... [...] Bah oui c'est trop grand là maint'nant... dommage parc'que.... Déjà nous à l'époque, j'ai déjà ach'té l'terrain moi-même et... j'me suis occupé de tout... mais je me d'mandais si on vendait là, si ça vaut l'coup de prendre, de reprendre à rach'ter quelqu' chose... ou... ou d'aller en... en location, je sais pas moi... (long silence) je sais pas ! » (M. SYLVAIN). « J'vois pas l'av'nir très... [...] j'me d'mande comment qu'ça va... » (M. RAYMOND) ; « J'ai moins le... enfin j'ai moins l'envie comme avant. Non, j'ai pas encore l'envie ! [...] Vous savez ce qu'on ne peut pas faire à cause des autres, on a plus envie de le faire sans les autres. [...] Et là faut se booster, là j'vois il faut que j'reprenne les travaux dans la maison euh comment dire...



physiquement ça pose pas de problèmes... [...] Mais euh c'est l'envie quoi ! » (M. JEAN).

Cette situation d'enquête et la vertu des entretiens biographiques de type compréhensif indiquent ici que les espaces où l'identité narrative peut se mettre au jour, sans qu'ils relèvent d'une institution ou d'une pratique professionnelle, ont une place prépondérante dans l'expérience de conjoint aidant. Ce type d'espace de parole repositionne l'aidant non plus comme objet d'accompagnements mais comme sujet de son existence (Jacques, 2017).

## Conclusion

Pour conclure, nous souhaitons mettre l'accent sur la question des ressources qui peuvent être opérantes dans la transition identitaire du « devenir aidant » d'un conjoint malade d'Alzheimer. Les témoignages recueillis ont montré que des dispositions au soin, à la domesticité, à la relation d'aide plus ou moins constituées selon le sexe de l'aidant et son parcours antérieur vont s'actualiser dans cette transition ; les ressources cognitives pour les démarches et les décisions, les ressources matérielles et pécuniaires, les soutiens sociaux, les associations d'aidants, les supports publics d'aide, l'identification à d'autres conjoints de malades et la pair-aidance constituent également des ressources transitionnelles indéniables.

Néanmoins, cette enquête a aussi pointé que la possibilité de se raconter, offerte ici par la situation d'entretien, pouvait constituer une ressource : Lalive d'Epinay (1989) a montré que la dimension du « temps de sa vie », c'est-à-dire la capacité qu'a l'individu à inscrire son récit de vie dans une historicité qui fait sens pour lui constitue un élément de son socle identitaire. Cette identité narrative (Dubar 2010) devient même un ressort pour l'action en situation de crise et de perte d'ancrage. Se mettre en projet, c'est rester un être social, c'est faire le pari d'un temps utile à venir, c'est donc donner un sens à son temps et à son action, ce qui peut être assimilé à une source de motivation pour continuer à agir, et donc à rester autonome (Dorange 2007), à garder une capacité d'auto-détermination et un potentiel de projets, au sens d'un acteur qui se décide, se détermine, s'oriente, s'organise, s'ajuste, fait des essais qu'il tend à résoudre » J.-P. Boutinet (1990).

C'est bien en ce sens que les réflexions sur l'aide aux aidants (plateformes de répit ; accompagnement vers le placement du conjoint malade et la préservation de l'autonomie, accent mis sur l'atténuation du « fardeau de l'aidant » et la prévention de sa propre dépendance) peuvent repenser la place du « récit de soi » (Delory-Momberger et Niewiadomski, 2013) comme ressource opérante pour franchir l'épreuve du « devenir aidant ».

## Références

- Arendt, H. (1994 rééd.1961). *Condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann-Lévy.
- Bidart, C. (2006). « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques ». *Cahiers internationaux de sociologie*, 120, 29-57.
- Billé, M. (2007). *Ruptures, crises et réorganisations familiales*. *Gérontologie et société*, 121, 2.
- Bercot, R. (2003). *Maladie d'Alzheimer : le vécu du conjoint*. Toulouse, France : Érès.
- Boutinet, J.- P. (1990). *Anthropologie du projet*. Paris : PUF.

- Burlot, F. et Lefèvre, B. (2009). « Le sport et les seniors : des pratiques spécifiques ? » *Retraite et société*, 58, 2.
- Caradec, V. (2004). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Paris : Armand Colin.
- Caradec, V. (2007). *L'expérience du veuvage*. *Gérontologie et société*, 121, 2.
- Caradec, V. (2009). *Retraite « à la carte » et « libre choix » individuel. Réflexion sur les transformations contemporaines de la retraite*. *Gérontologie et société*, 131, 4.
- Cavalli, S. et Lalive d'Épinay, C. (2007). *Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie*. *Gérontologie et société*, 121, 2.
- (De) Coninck, F. et Godard, F. (1990). « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité ». *Revue française de sociologie*, 31-1, 23-53.
- Curie J., Hajjar, V., Marquié, H. et Roques, M. (1990). « Proposition méthodologique pour la description du système des activités ». *Le travail humain*, 53, 103-118.
- Darmon, M. (2006. réédit. 2010). *La Socialisation*. Paris : Armand Colin.
- Delory-Momberger, C. et Niewiadomski, N. (dir). (2013). *La Mise en récit de soi. Place de la recherche biographique dans les Sciences humaines et sociales*. Paris : Septentrion.
- Dorange, M. (2007). « De passage en rupture ». *Gérontologie et société* : 121, 57-68.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.
- Grossetti, M. (2009). « Imprévisibilités et irréversibilités : les composantes des bifurcations ». In Bessin, M., Bidart, C. et Grossetti, M., *Bifurcations : les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris : La découverte, 147-159.
- Guichard, J. & Huteau, M. (2006). *Psychologie de l'orientation*. Paris : Dunod.
- Hinault, A.-C. (2014). « Entretien avec Mokhtar Kaddouri : Dynamiques identitaires et singularisation des parcours dans les transitions socioprofessionnelles ». *Sociologies pratiques*, 28, 15-18.
- Jacques, M-H. (2017). « La 'relation au bénéficiaire' dans les 'nouveaux métiers du handicap' : une relation de clientèle ? » In Lechien, M.-H., Neyrat, F. et Richard, A. (dir.). *Sociologie de la relation de clientèle*. Limoges : Pulim, 179-193.
- Jacques, M-H. (2020). *Les transitions identitaires dans les parcours d'éducation*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Javeau, C. (2006). « Routines quotidiennes et moments fatidiques ». *Cahiers internationaux de sociologie*, 121, 227-238.
- Lalive d'Épinay, C. (2006). *La dynamique des échanges de services au fil de la vieillesse*. *Revue européenne des sciences sociales*, XLIV, 2.
- Lalive d'Épinay, C. (1990). « Récit de vie, ethos et comportement : pour une exégèse sociologique ». In Remy, J. & Ruquoy, D. (Ed.). *Méthodes d'analyse de contenu en sociologie*, Bruxelles. Publications des facultés universitaires St Louis, 37-68.

- Lesourd, F. (2009). *L'homme en transition. Education et tournants de vie*. Paris : Anthropos.
- Malrieu, P. (1995). « La personnalisation : Analyse psycho-sociale ». *Aprendizagem e Desenvolvimento*, 4, 9-17.
- Morrone, A. (2005). *Entre ancien et nouveau : les modèles de participation sociale et culturelle des seniors en Italie*. *Retraite et société*, 46, 3.
- Novais, T. (2018). *Fardeau des aidants de patients atteints de troubles neurocognitifs : perspectives de prise en soins psychosociale et pharmaceutique*. *Santé publique et épidémiologie*. Université de Lyon.
- Parkes, C.M. (1971). "Psycho-social transitions : a field for study". *Social sciences and Medicine*, 5, 101-115.
- Piaget, J. (1943 rééd.1964). *Six études de Psychologie*. Paris : Denoël-Gonthier.
- Pin, S. (2001). *La dynamique de la vie familiale et amicale durant la grande vieillesse*. *Gérontologie et société*, 98, 3.
- Prouteau, L. et Wolff, F. C. (2007). *La participation associative et le bénévolat des seniors*. *Retraite et société*, 50, 1.
- Puijalon, B. (2007). *Que s'est-il donc passé ? La vie et je suis vieux*. *Gérontologie et société*, 121, 2.
- Ricoeur, P. (1985). *Temps et récit : le temps raconté*. Paris : Points poche.
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil.
- Schlossberg, N. (2005). « Aider les consultants à faire face aux transitions : le cas particulier des non-événements ». *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 34, 85-101.
- Schwartz, Y. et Echternacht, E. (2009). « Le corps-soi dans les milieux de travail : comment se spécifie sa compétence à vivre ? » *Corps*, 6, 31-37.
- Voegtli, M. (2004). « Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence ». *Lien social et Politiques*, 51, 145-158.



## Perte d'autonomie des parents âgés et vécu des proches aidants au Sénégal

Loss of autonomy of elderly parents and the experience of family caregivers in Senegal

**Emmanuel Niyonsaba**<sup>182</sup>

UMR 6266 IDEES  
Université Le Havre Normandie  
Le Havre, France

<https://orcid.org/0000-0001-5797-1922>

[niyemma75@yahoo.fr](mailto:niyemma75@yahoo.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4273>

DOI : 10.25965/trahs.4273

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** L'article propose d'explorer la diversité d'expériences vécues par les proches aidants et les tensions dans le rapport à la prise en charge familiale des personnes âgées en perte d'autonomie en Afrique, dans un contexte marqué par la rareté des services gérontologiques. En effet, cette prise en charge familiale nécessite un compromis. Dans une démarche ethnographique, nous aborderons, à partir d'enquêtes réalisées au Sénégal lors de notre recherche doctorale (Niyonsaba, 2018), les représentations que les proches aidants ont de la solidarité envers le parent âgé et les contradictions qui l'entourent ; il s'agira aussi de montrer en quoi l'organisation de services à la personne âgée peut conduire à la vulnérabilité. Notre étude montre que les proches aidants trouvent des arrangements et des combinaisons de ressources permettant de parvenir à un équilibre entre les parties prenantes, mais le niveau d'implication n'est pas toujours perçu comme équitable. L'absence d'implication active et la discorde sur les modalités d'intervention fragilisent souvent le compromis. À mesure que le parcours de fin de vie s'allonge, il accentue l'épuisement des aidants. Enfin, bien que rarement souhaitée, la mort d'un parent âgé est un soulagement pour les proches épuisés. Les limites de la prise en charge familiale des personnes « dépendantes » appellent à la pluralité de politiques de soutien pour sécuriser cette période fragile de la vie, contribuant ainsi à contrer le risque de mal vieillir (Niyonsaba, 2020).

---

<sup>182</sup> Sociologue, chercheur associé au laboratoire IDEES UMR 6266 CNRS (Université le Havre Normandie) et actuellement post-doctorant rattaché à l'Institut National d'études démographiques (INED) au sein de l'unité de recherche : Mobilités, Parcours et Territoires des populations. Dans le cadre de ma recherche doctorale (Niyonsaba, 2018), je me suis intéressé aux expériences du vieillissement des parents âgés au Sénégal avec un intérêt particulier pour les enjeux de maintien du lien intergénérationnel à distance et les difficultés des proches pour accompagner les parents âgés vulnérables dans un contexte de migration. Dans mes travaux récents et en cours je m'intéresse à la prévention de la vulnérabilité chez les immigrants âgés (en lien avec les troubles cognitifs/ recherche menée à l'université de Montréal- Canada au sein de la chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée) et aux solutions innovantes en particulier les apports des TIC (smartphone, ordinateur équipé d'internet) dans le soutien du lien social à distance et du bien-être de ces populations (recherche menée à l'INED en France).

**Mots clés :** perte d'autonomie, proches aidants, Sénégal, parents âgés, alternatives au soutien familial

**Abstract:** This article proposes to explore the diversity of experiences of family caregivers and the tensions in the relation to family care of the elderly in loss of autonomy in Africa in a context marked by the rarity of gerontological services. Indeed, this family care requires a compromise. In an ethnographic approach, we will address, based on surveys carried out in Senegal during our doctoral research (Niyonsaba, 2018), the representations that family caregivers have of solidarity towards the elderly parent and the contradictions that surround it ; it will also be a question of showing how the organization of services to the elderly can lead to vulnerability. Our study shows that family caregivers find arrangements and combinations of resources to achieve a balance between the stakeholders, but the level of involvement is not always perceived as equitable. The lack of active involvement and the discord over the modalities of intervention often weaken the compromise. As the end-of-life journey lengthens, it increases the exhaustion of caregivers. Finally, although rarely desired, the death of an elderly parent is a relief for exhausted loved ones. The limits of family care for "dependent" persons call for a plurality of support policies to secure this fragile period of life, thus contributing to counter the risk of aging badly (Niyonsaba, 2020).

**Keywords:** family caregivers, loss of autonomy, Senegal, Elderly parents, alternatives to family support

## Introduction

Peu d'études ont, pour le moment, été menées sur le compromis dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie par les proches en Afrique, alors qu'il constitue une préoccupation majeure pour les familles, dans un contexte marqué par la rareté d'alternatives au soutien familial et un certain nombre de transformations sociales qui mettent à mal le modèle traditionnel de prise en charge des parents vieillissants (Niyonsaba, 2020 ; Golaz et Sajoux, dir. 2018). On sait donc peu de choses sur la manière dont les proches aidants intègrent leurs préoccupations pour faire face à l'expérience de compromis. Cet article a pour but de mettre en lumière, à partir du cas du Sénégal, les multiples expériences vécues par les proches aidants dans le soutien aux parents âgés en perte d'autonomie.

## I. Les préoccupations relatives à la prise en charge sanitaire et la protection sociale

En Afrique, comme dans la plupart des pays du sud, le vieillissement de la population engendre de nombreux défis parmi lesquels la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie (Golaz, 2013). Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus représente aujourd'hui 5,5 % et devrait plus que tripler à l'horizon 2050 (Sajoux, Golaz et Lefèvre, 2015), ce qui entraînera l'augmentation des besoins en protection sociale et en soins de santé. Les différentes recherches indiquent que les personnes âgées en Afrique sont particulièrement confrontées à un « lourd fardeau de morbidité et d'invalidité en raison notamment des pathologies chroniques » (Abodorin et Beard, 2010) dans la plupart des cas méconnues ou non soignées.

Fin des années 2000, selon un certain nombre d'études réalisées en Afrique<sup>183</sup>, la plupart des personnes âgées étaient encore victimes de maladies infectieuses (tuberculose, sida, infections digestives chroniques) et de troubles nutritionnels (Duthé et al. 2010). A cela s'ajoutent de nouvelles pathologies liées à un processus de transition nutritionnelle (Chapuis-Lucciani et al. 2010) et des maladies neurodégénératives comme Alzheimer qui sont encore peu connues en Afrique (Toure, K. et al. 2010). De plus, les systèmes d'assurance maladie et de protection sociale sont faibles (variables d'un pays à l'autre)<sup>184</sup> et apparaissent dans différentes études comme générateurs d'inégalités et de vulnérabilité chez les personnes âgées (OIT, 2017 ; Sajoux, Golaz, Lefèvre, 2015 ; Golaz, 2013).

Dans le cas du Sénégal, la prise en charge médicale des personnes âgées se fait à travers le dispositif du « plan Sésame » (une couverture médicale gratuite)<sup>185</sup> mis en place en 2006, à l'initiative du gouvernement sous la présidence d'Abdoulaye

---

183 Voir par exemple les travaux réalisés en 2006 sous la direction de B. Cohen et J. Menken, (2006). *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendation for Furthering Research*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20306/>

184 En ce qui concerne le système de protection sociale, rappelons que peu de personnes âgées perçoivent une pension de retraite. Comme le rappellent Sajoux, Golaz et Lefèvre (2015 : 20) : « pour l'heure la part des personnes âgées percevant une pension en Afrique est relativement faible : elle est estimée à 21,5 % pour l'ensemble du continent (ILO, 2014, 273) ». Elle s'établit à 16,9% en Afrique subsaharienne contre 36,7% en Afrique du Nord, (ibid.)

185 Lors de sa création, il concernait environ 650.000 bénéficiaires (soit 7% de la population sénégalaise).

Wade<sup>186</sup>. En 2016, Kâ et ses collègues se sont intéressés aux limites de ce modèle de gratuité à partir d'une enquête quantitative réalisée auprès des personnes âgées de 60 ans et plus venues en consultation au centre de gériatrie et de gérontologie d'Ouakam<sup>187</sup>. L'étude a révélé que « toutes les prestations n'étaient pas supportées par le Plan Sésame, certaines restant à la charge du bénéficiaire ou de sa famille » (Kâ et al. 2016 : 96)<sup>188</sup>. Ainsi, comme l'ont également montré nos travaux (Niyonsaba, 2018 ; Niyonsaba 2018 b), les inégalités d'accès aux soins de santé sont importantes et le coût des soins de santé reste une réelle préoccupation, notamment pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et devant composer avec de maigres ressources.

## II. La prise en charge de la dépendance et le défi d'absence d'alternatives au soutien familial

Dans la majorité des pays africains, les politiques publiques n'ont pas encore intégré l'enjeu de la dépendance liée au vieillissement. Pour faire face à la dépendance, les personnes âgées comptent principalement sur le soutien des proches. Or, différentes études (Nowik et Lecestre-Rollier, dir. 2015) soulignent combien les transformations sociales contemporaines (ex : migrations des enfants, urbanisation etc.) se répercutent sur l'organisation familiale, ce qui oblige les proches à des adaptations. Elles s'accompagnent de nouvelles stratégies de soutien comme l'intégration de la personne âgée « à un ménage qui pourvoira à ses besoins quotidiens, en termes de soins comme de moyens économiques » (Golaz, 2013).

En effet, comme l'ont montré différentes études réalisées en Afrique de l'Ouest (Niyonsaba, 2019 ; Sawadogo et al. 2019), si cette nouvelle stratégie semble aller de soi en ce qu'elle permet de répondre à un certain nombre de besoins de la personne âgée, elle peut néanmoins complexifier son parcours de vie, remettant ainsi en cause cette stratégie (Niyonsaba, 2019)<sup>189</sup>. Par ailleurs, les difficultés économiques rencontrées par de nombreux ménages en milieu urbain ne garantissent plus aujourd'hui des conditions d'accueil dignes pour toutes les personnes âgées. Suite à ces difficultés, le risque pour les aînés d'être exposés à la vulnérabilité relationnelle ou structurelle est élevé (Mba, 2007 ; Golaz et Antoine, 2011 ; Gning, 2015).

Notons également qu'en Afrique, le problème majeur est celui de l'absence de structures sanitaires adaptées (Kâ et al. 2016). Des solutions institutionnelles

---

186 Président de la République du Sénégal de 2000 à 2012.  
<https://www.presidence.sn/presidence/abdoulaye-wade>

187 En 2016, seule structure gériatrique de référence, des activités médicales curatives, préventives et promotionnelles (Kâ et al. 2016)

188 Pour aller plus loin : « sur le coût total des prestations, le Plan Sésame ne prendrait en charge que 30 % (11200 F CFA) notamment celui de la consultation, des médicaments essentiels (lorsqu'ils étaient disponibles) et du bilan para-clinique [...] », (Kâ et al. 2016 : 96-97). Rappelons qu'au Sénégal, l'estimation du nombre de bénéficiaires de pension de retraite varie selon les sources (Niyonsaba, 2018b :60) : « Le dernier rapport mondial sur la protection sociale (Organisation internationale du travail [OIT] les évalue à 23%. Les différents travaux au Sénégal estiment quant à eux qu'ils sont environ 30% (Seck, 2009 ; Diallo, 2013 ; Hane, 2015) ».

189 Nous avons pu montrer les limites de cette stratégie à partir des expériences de mobilité résidentielle des veuves âgées sénégalaises au domicile des enfants au moment de la perte d'autonomie. L'étude révèle que la mobilité s'accompagne chez la plupart de ces femmes d'un risque de désorientation spatiale et d'un sentiment du déracinement social du fait même de l'absence de leur environnement de vie habituel auquel elles sont profondément attachées.

embryonnaires existent dans certains pays ; c'est le cas du Maghreb où les établissements d'hébergement prennent en charge des personnes âgées démunies ou abandonnées par la famille (Bouaziz, 2015). La carence du personnel qualifié est aussi identifiée parmi les défis importants, dès lors que de nombreuses institutions dans les pays où elles existent, sont obligées de fonctionner sans le personnel nécessaire (Puckree et al. 1997). En Afrique du sud par exemple l'étude de Puckree et al. (1997) réalisée à Durban en 1997 mentionnait ce défi.

De plus, la formation des professionnels ne suit pas le rythme de l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin de soins. Les auteurs en concluaient que cela signifierait que dans les quarante ans à venir, plusieurs institutions qui s'occupent des personnes âgées devraient fonctionner avec des services de santé limités ou inexistantes. Dans le cas du Sénégal, les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont encore inexistantes et mal connus (Niyonsaba et Réguer, 2012 ; Niyonsaba, 2018). Signalons que, pour l'heure, les familles reçoivent relativement peu de soutien pour gérer la charge de soins qui en résulte. Même si la part des plus de 60 ans reste faible (s'élevant à 5,5 % en 2013, ANSD, 2013), le nombre de personnes âgées nécessitant une prise en charge spécifique est important. En 2012, on dénombrait par exemple environ 60 000 patients par an accueillis au centre de gériatrie et de gérontologie d'Ouakam à Dakar dont les deux tiers souffraient de pathologies chroniques<sup>190</sup>. L'absence d'alternatives de soutien à la famille dans la prise en charge des soins quotidiens entraîne des arrangements entre proches pour s'occuper d'un parent dépendant. Cependant, la question est de savoir comment ces proches s'organisent face aux contraintes qui en résultent.

### III. Démarche méthodologique : une analyse ethnographique des expériences familiales

Cette étude est fondée sur une analyse ethnographique des entretiens et des observations réalisés au Sénégal en milieu urbain, à Dakar et à Saint Louis auprès des proches aidants des parents âgés en perte d'autonomie afin d'identifier leurs difficultés spécifiques, mieux comprendre en profondeur le sens de leur expérience et surtout d'explorer avec eux les pistes de solutions qui seraient nécessaires pour améliorer les conditions de soutien pour eux et pour les personnes âgées dont ils s'occupent. Les enquêtes de terrain se sont déroulées entre 2013 et 2016 dans le cadre de notre recherche doctorale. Notre corpus était composé de 80 personnes âgées essentiellement de plus de 70 ans dont une douzaine en situation de dépendance. C'est sur le cas de ces personnes dépendantes que notre analyse porte. Il s'agit de personnes dont l'état s'est progressivement dégradé en raison d'un cumul de problèmes de santé et qui ont bénéficié d'une prise en charge spécifique : le plus souvent la présence régulière d'un proche pour effectuer les tâches fonctionnelles de base comme préparer les repas, faire la toilette, laver le linge, dispenser des soins d'hygiène intime etc. Ces aînés aidés au quotidien sont en majorité des femmes dont 5 veuves et 3 mariées (dont deux en union polygamique). Pour le reste de notre échantillon retenu, les 4 hommes sont mariés - deux sont polygames. Tous ces aînés ont des enfants (adultes dont la plupart ont quitté la maison familiale ou ont émigré) et sont grands-parents. Ils sont issus des couches sociales pauvres (agriculteurs, anciens journaliers, petits vendeurs, employés non déclarés, etc.) ou modestes (salariés et fonctionnaires aux revenus peu élevés). Les proches aidants interviewés

---

190 <http://www.jeuneafrique.com/25168/economie/g-riatrie-le-s-n-gal-ouvre-la-voie>



sont principalement des enfants qui s'occupent de leurs parents. Par ailleurs, comme l'ont souligné d'autres travaux, rappelons qu'un

proche aidant n'est pas nécessairement le cohabitant impliqué dans les tâches concrètes de soin. Il a la charge d'organiser, de suivre et de coordonner l'arrangement d'aide ; ce qui demande toujours du temps (Campéon et al. 2012 :112).

Les aidants interviewés cohabitent ou ont cohabité avec la personne aidée. Ils ont suspendu leur activité professionnelle pour se consacrer entièrement à leur tâche d'aidant principal. Comme nous le verrons dans notre analyse, l'accompagnement d'un parent âgé dépendant a nécessité la désignation ou l'auto-désignation d'un aidant principal pour assurer le suivi au quotidien. En effet, la logique de désignation s'inscrit théoriquement, comme l'indiquent les travaux de Crochot et Bouteyre (2005), dans un modèle d'interprétation d'une « situation duelle » qui

base la relation aidant/aidé sur le sentiment de dette, à savoir sur le don de la vie entre ascendants et descendants, en inscrivant l'aidant dans un rôle de donataire, déterminant quant à la continuité ou à la rupture des relations intergénérationnelles et de l'histoire familiale (Crochot et Bouteyre, 2005 : 113) .

D'après B. Ennuyer (2008), c'est d'ailleurs sur le socle de ce principe de parentalité que la relation d'aide s'inverse. Ainsi, il peut se développer le sentiment chez l'enfant aidant de devenir le parent de son propre parent. Pour comprendre les expériences des aidants rencontrés, nous proposons quatre chroniques familiales qui nous semblent le mieux illustrer la diversité de mode de compromis, les contradictions qui l'entourent et ses limites. Notons que l'équilibre dans le compromis n'est pas toujours facile à atteindre lorsque les proches aidants sont confrontés à la recomposition d'une vie familiale.

## IV. Les quatre expériences des proches aidants dans le rapport au compromis

### 1. La patience

Les incertitudes du moment : « j'ai arrêté le travail pour m'occuper de ma mère ».

Accompagner un parent âgé en situation de perte d'autonomie exige un aménagement du mode de vie chez les proches aidants qui doivent composer avec leur activité professionnelle. Dans la plupart des cas, « l'activité professionnelle apparaît comme un support (Martucelli, 2002) dans l'expérience de l'aide » (Miceli, 2012 : 190), mais pour certains membres de famille, son interruption va de soi pour qu'ils puissent s'occuper efficacement de leurs parents « dépendants ». Être à côté de son parent en perte d'autonomie permet de se sentir plus en sécurité et donc de vivre sereinement. C'est ce qui semble surtout avoir animé Mlle Aude, 46 ans, ancienne comptable, célibataire sans enfant, résidant à Pikine dans la banlieue de Dakar pour s'occuper de sa mère, âgée de 92 ans qu'elle décrit comme une personne qui tient par ailleurs à son « autonomie » :

« Elle mange, elle marche ici, elle est autonome. À part qu'elle ne peut pas m'aider pour les activités domestiques, d'ailleurs je refuse. Avant elle pouvait sortir à l'extérieur, maintenant non, il y a beaucoup de voitures. Elle sort de la maison, comme

la cour est grande, elle marche, puis après elle revient à l'intérieur ».

Si Mlle Aude a interrompu son activité professionnelle [depuis trois ans], elle a également essayé d'autres solutions pour aider sa mère :

« Je n'ai pas trouvé une personne en qui j'aie confiance, et qui puisse l'assister comme je voulais. J'ai essayé mais je n'ai pas trouvé cette personne, qui pouvait faire comme si j'étais là ».

Cette question de l'aidant non familial dans l'accompagnement d'un parent âgé dépendant est très importante pour saisir les représentations des membres de famille vis-à-vis d'autres possibilités de soutien à la personne en complément de l'aide familiale. Dans notre recherche doctorale (Niyonsaba, 2018), nous avons eu le cas de personnes seules ou en couples ayant eu recours à l'aidant non familial appelé communément au Sénégal « domestique » ou « bonne » pour aider dans les activités domestiques. Mais un recours à l'aidant non familial pour s'occuper notamment de la toilette d'une personne âgée dépendante reste encore marginal.

D'autre part, on peut constater que Mlle Aude n'est pas hostile à l'aidant non familial. Il nous semble que sa méfiance résulte de la perception sociale des « domestiques », considérées comme des personnes « étrangères » à la famille. De ce fait, la méfiance renvoie au souci de la protection de l'intimité familiale car le recours à ce type d'aidant suppose d'accepter qu'il prenne part à des expériences familiales. A un autre niveau d'analyse, le soutien à sa mère s'inscrit dans une relation de filiation parentale et d'échanges familiaux, alors que pour aller dans le sens de Bernard Ennuyer (2008), « la professionnalisation de l'aide n'a comme seule réciprocité que le salaire qui en est obtenu, mais n'implique pas une réciprocité de relation et une reconnaissance mutuelle » (Ennuyer, 2008 : 480).

En effet, Mlle Aude ne regrette pas d'avoir interrompu son travail, mais le vit comme un sacrifice lorsqu'elle nous raconte son parcours de vie professionnelle : « j'étais bien, j'avais un bon salaire, mais j'ai tout arrêté ». De plus, elle apprécie l'apport financier de ses sœurs et frères émigrés en Europe, même si sa mère bénéficie d'une pension « suffisante », mais elle se plaint de l'absence de soutien moral de proximité. Il ressort de ses propos le sentiment « d'en faire trop » lorsque qu'elle souligne le désengagement de ses deux frères habitant juste à côté.

« Mes frères et sœurs qui sont en Europe s'occupent vraiment de maman, ils envoient des choses quand il faut ; ceux qui sont ici s'occupent de leur femme, c'est tout. Depuis qu'ils ont changé de religion<sup>191</sup>, ils se sont un peu éloignés [...] même parmi leurs enfants, on aurait pu trouver quelqu'un [...] mes deux frères sont là mais c'est comme s'ils n'étaient pas là ».

Toutefois, le sentiment d'épuisement engendré par la fatigue de faire les activités domestiques quotidiennes, d'être toujours présente, d'avoir sacrifié sa carrière professionnelle, d'avoir renoncé à une vie conjugale, conduit Mlle Aude à réévaluer ses intérêts et ses projets. Elle semble se demander jusqu'à quand elle va encore patienter. À travers la narration de cette expérience, on peut constater combien l'accompagnement n'est pas toujours aisé même lorsque les membres aidants n'éprouvent pas de difficulté financière. L'absence d'implication collective constitue un motif de discorde, conduisant progressivement à des crises à l'intérieur des familles (Mollard, 2009). La théorie des crises à l'intérieur des familles a tendance

---

191 Ses frères étaient catholiques avant de se convertir à l'Islam.

à établir le lien entre gestion des incertitudes et fragilités familiales. D'après Judith Mollard :

une situation d'aide à un parent malade peut évoluer entre souffrances et compétences, entre constructions des réponses et hésitations. Souvent le doute et la culpabilité s'installent et constituent le lit de la souffrance et des fragilités familiales. La désignation d'un aidant familial ou son effondrement sont aussi des événements qui entraînent une redistribution des rôles au sein de la famille en affectant l'ensemble de ses membres et cela parfois sur plusieurs générations (Mollard, 2009 : 261-262).

Au-delà de la « grande charge mentale », (Campéon, et al. 2012), la discorde dans la manière de prendre soin d'un parent âgé sur fond de croyances culturelles constitue un autre facteur qui ébranle le compromis. C'est ce que révèle particulièrement la chronique familiale suivante.

## 2. La discorde

Les moments de tensions : « ma belle-sœur ne verra jamais la nudité de ma mère ».

L'accompagnement d'un parent âgé en perte d'autonomie dépend aussi des représentations familiales et sociales. Mais celles-ci varient d'une famille à l'autre. Ainsi, la place des uns et des autres dans la prise en charge n'est pas sans faire émerger les sensibilités de certaines croyances. Dans certains entretiens, elle constitue un enjeu majeur et conserve une importance respectable. En effet, comme nous l'avons précédemment souligné à propos du cas de l'aidant non familial, la méfiance est vive, lorsque certains membres de famille sont aussi considérés comme des « étrangers ». La belle-fille par exemple n'aurait pas sa place dans l'aide à la toilette ou aux soins d'hygiène intime de son beau-parent. C'est ce qui a particulièrement opposé Mlle Anita, 40 ans habitant à Dakar (Grand Yoff) à son frère aîné émigré en Europe. Mlle Anita, célibataire, sans enfant, 2<sup>e</sup> dans la fratrie, ancienne « femme de ménage » a interrompu son activité professionnelle depuis 2012 pour s'occuper de sa mère âgée de 88 ans, veuve, sans pension de retraite, qu'elle qualifie de « dépendante ».

Nous l'avons rencontrée avec sa mère en mai 2016. Auparavant, la mère vivait chez un cousin dans un village de Casamance (une région du Sénégal située à environ 400 km de la capitale Dakar). Elle est donc arrivée à Dakar suite à l'aggravation de son état de santé : elle a développé une maladie des « os » qui l'empêche de marcher. Même lorsqu'elle s'aide de deux béquilles, elle souffre des articulations, ce qui entraîne un risque de chute. A ce risque de chute s'ajoute un problème de tension artérielle et de vue (elle voit mal depuis qu'elle a subi une opération de la cataracte), réduisant encore son autonomie. Ainsi, sa situation a nécessité une présence régulière d'un proche pour l'aider dans les actes courants. Pour le suivi médical de la mère, c'est éprouvant :

« D'abord pour l'amener à l'hôpital, moi je pars très tôt le matin, je me mets dans la queue [file d'attente] pour prendre le numéro ; maintenant ma sœur ou mon cousin l'amène après, on me retrouve là-bas. Ensuite, on se dirige là où ils nous orientent d'aller. Disons si c'est pour passer la radio, je vais là-bas, je paye, on m'oriente. Je l'amène là-bas, on la soigne, une fois qu'elle est soignée, j'attends maintenant le

prochain rendez-vous. Finalement elle ne peut plus marcher, nous avons le fauteuil ».

Ce discours montre que Mlle Anita est consciente des responsabilités qui pèsent sur ses épaules et qu'elle doit se surpasser pour tenter d'améliorer le sort de sa mère. Le problème financier est au cœur de la préoccupation. Ses deux sœurs « femmes de ménage » habitant aussi à Dakar contribuent au paiement du loyer, de la nourriture et des ordonnances médicales. Mlle Anita ne le dit pas clairement, mais elle en veut à son frère qui semble ne contribuer que faiblement et qu'elle considère d'ailleurs comme quelqu'un qui les a presque « oubliés » : « Il vient de temps en temps, il nous a un peu oubliés, il donne seulement quand on lui dit « voilà, la situation est très difficile, ou bien quand on lui dit que la maman n'a même pas de quoi manger ». Cependant, la dégradation de la santé de la mère l'a conduite à « bousculer » son frère afin d'envisager la possibilité de la faire soigner dans un cabinet médical privé :

« Nous l'avons amenée chez l'ostéopathe [hôpital privé], parce qu'elle a des problèmes des os ; le gars [ostéopathe] nous avait demandé pour soigner tout, un million et demi [FCFA]. Oui pour l'opération et tout, mais on ne pouvait pas l'avoir. [...] Nous avons notre frère qui est en France, nous lui avons expliqué, voilà pour soigner maman, c'est deux mille euros. Il me répond : ok on va essayer de la faire venir en France ; puis j'ai dit, je l'accompagne parce que ta femme ne peut pas s'occuper de notre maman, je ne veux pas qu'une autre personne voie la nudité de ma maman [...] sa femme n'est pas de la famille ; finalement elle n'est pas partie en France ».

Au-delà de la question financière, ce discours illustre bien le problème des rôles des uns et des autres, plus particulièrement dans le cadre familial. À travers cette incompréhension, nous sommes au cœur d'un problème qui repose sur un principe social où dominant les traditions propres à chaque société. En filigrane, la discorde est amplifiée par les conflits internes familiaux qui les opposent parce que les sœurs n'ont pas apprécié que le grand frère « abandonne » sa première femme au Sénégal pour épouser une autre considérée, non seulement comme « une femme d'intérêt », mais surtout comme « une étrangère » à la famille. Comme nous avons pu l'évoquer, la plupart des enquêtés accordent une grande importance à la filiation parentale ; il n'est donc pas impossible que cette dimension de parentalité soit au cœur de divergences. D'autre part, on pourrait dire qu'ici, la valorisation des croyances sociales l'emporte paradoxalement sur l'intérêt de la mère.

Mais la véritable conséquence, en cas de discorde, est l'absence de prise en compte de la parole de la personne âgée. D'ailleurs, par prudence, la « vieille dame » ne réagit pas à cet incident pendant notre entretien, ce qui ne nous a pas permis de vérifier sa réaction sur ce sujet. Enfin, même si elle ne réagit pas, elle sait bien que son séjour ne se passe pas comme escompté pour « elle » qui espérait trouver auprès des enfants un havre de paix. Cette expérience permet ainsi de constater une inversion des rôles et des statuts familiaux, dans un contexte où le processus de prise de décision s'effectue sans prendre en compte l'avis de la mère qui n'a d'autre choix que de se soumettre à la volonté des enfants. D'autre part, cette expérience nous révèle combien l'implication active des proches aidants devient un enjeu de pouvoir hiérarchique au sein des familles. Mlle Anita ne regrette pas sa position mais se montre inquiète de la dégradation de l'état de santé de sa mère et semble se demander quel sera leur avenir. L'impossibilité de voir d'autres solutions fait surgir

en elle le sentiment de fatigue et de désir de désengagement : « si je suis fatiguée, je vais la ramener en Gambie chez ses « parents », elle a encore ses frères et sœurs ; il y a une maison familiale ».

La discorde est pénible pour tout le monde car elle entraîne la détresse psychique chez le parent aidé comme chez ses proches. Différentes études montrent que ce fardeau (Mollard, 2009) provoque chez la plupart des proches aidants, « la solitude et le sentiment d'être prisonnier de leur rôle » (Mollard, 2009 : 260). Finalement, l'accompagnement d'un parent âgé « dépendant » s'abîme avec le sentiment de fatigue induite par la discorde. Cette chronique montre bien les limites de la solidarité « bienveillante » chez les proches aidants confrontés à des difficultés notamment économiques.

### 3. La fatigue

L'inquiétude sur l'avenir : « notre mère ne peut pas rester seule ».

L'évolution de la maladie ou de la fragilité d'un parent âgé provoque des inquiétudes chez les proches aidants soucieux de voir l'état de santé de leurs « parents » s'aggraver. Quand la perte d'autonomie a atteint un niveau avancé, les proches sont amenés à se réorganiser. Mais, généralement, c'est la personne la plus disponible qui est sollicitée. À son initiative, Mlle Agnès (35 ans), secrétaire au chômage, a mis la recherche d'emploi de côté en 2015 pour s'occuper de sa mère âgée de 74 ans, veuve, devenue paralysée à la suite d'un AVC et qu'elle décrit comme « dépendante » :

« Elle ne peut pas marcher seule. Elle est généralement couchée ou assise. Elle n'est pas capable d'aller seule aux toilettes ; nous devons l'accompagner, nous avons un déambulateur mais elle ne peut pas l'utiliser seule ; tout ce qu'elle faisait seule avant, elle ne peut plus, elle est vraiment dépendante ; d'ailleurs la nuit la grande sœur dort à côté d'elle. Pour monter ou la descendre au lit, il faut une assistance parce qu'elle ne peut pas le faire toute seule ».

Mlle Agnès a aussi une sœur qui prend le relais lorsqu'elle rentre du travail. Même si à la maison il y a une « femme de ménage » qui peut aider, les deux sœurs préfèrent s'occuper elles-mêmes de la toilette de leur mère. Ce qui leur incombe est de veiller à ce que « l'intimité de leur maman » soit préservée. A mesure que le temps passe, l'accompagnement est devenu pesant et fait émerger des sentiments ambigus dus à la fatigue, même si Mlle Agnès tente de relativiser : « mais bon c'est notre mère, on fait tout pour elle ». De plus, lorsqu'elle parle de ses démarches de recherche d'emploi, elle est submergée par le sentiment d'avoir sacrifié sa carrière professionnelle : « elle m'a quand même bloquée pour rechercher du travail ; elle a de la chance de nous avoir parce qu'il y a beaucoup d'autres gens qui sont dans la même situation que celle de ma mère qui n'ont personne ». Mlle Agnès a également une sœur et deux frères émigrés en Europe et un autre frère vivant dans une autre région du Sénégal, qui selon ses propos « aident mais pas tout le temps ». Cela ne semble pas poser de problème car la mère perçoit, dit-elle « une bonne pension » de son mari décédé qui était employé dans une grande agence africaine de transport en commun.

Au-delà des expériences factuelles, Mlle Agnès est moralement marquée par la perte progressive de locution de sa mère. Lorsqu'elle nous parle de son état de santé, elle manque de mots pour le décrire : « elle n'est pas très âgée, c'est à cause de la maladie ». Leurs regards se croisent mais la mère peine à sortir les mots. Lors de

notre entretien, la mère semblait ailleurs, avait l'air épuisé et somnolait. Mlle Agnès est très attentive et ne la quitte presque pas des yeux. Inquiète, elle s'efforce de lui parler, non pas pour nous faire observer qu'elle tient encore la parole, mais pour « se rassurer » qu'elle reste bien « consciente » : « Au fait, depuis sa maladie, elle a perdu progressivement la locution. Elle oublie aussi ; mais elle reste persuadée que tout va bien, si on lui pose la question, elle répond : « tout va bien ».

Ainsi, les quelques bribes de phrases qu'elle prononce soulagent la fille qui s'empresse de nous les interpréter à sa manière. Par exemple, nous cherchons à connaître quel est son ressenti par rapport au soutien de ses enfants. Mlle Agnès demande à sa mère mais qui n'arrive pas à répondre ; puis Mlle Agnès répond à sa place qu'elle dit toujours avoir « le sentiment de peser sur les enfants ». À ce moment, nous constatons que Mlle Agnès a de la peine en voyant des émotions douloureuses de sa mère, ce qui la plonge dans un état de profonde inquiétude : « ma mère a beaucoup maigri, elle se soucie beaucoup ».

Dans cette expérience, la véritable difficulté n'est pas tellement le fait de voir le parent âgé dans un état d'incapacité mais bien plutôt le fait de constater que ses interactions avec les proches s'amenuisent au fil de la progressive fragilisation. D'après Judith Mollard :

quand les mots manquent, se perdent, ne signifient plus rien, s'emmêlent les uns aux autres, commence à s'installer cette question lancinante qui ne quittera plus les proches jusqu'à la fin, de savoir ce que pense, ressent, désire la personne malade (2014 : 53).

Face à la perte d'autonomie d'un parent âgé, le chagrin des proches aidants se mue en souhait non formulé de la mort prochaine de leurs parents, envisagé comme un soulagement.

#### 4. Le soulagement

Les derniers moments : « on n'en peut plus ».

L'accompagnement d'un parent âgé en fin de vie constitue un autre moment d'épuisement pour les proches aidants. En effet, le parcours de fin de vie d'un parent devenu lourdement malade peut durer plus longtemps qu'on ne l'imaginait. Comme dans le cas précédent, la surveillance régulière s'impose comme une épreuve. Dans ces moments particuliers, la désignation ou l'auto-désignation d'un principal aidant repose parfois moins sur la logique de compromis entre proches aidants que sur la logique sociale mettant en valeur la place des uns et des autres dans la fratrie, dès lors que les privilèges de l'aîné (Attias-Donfut, 1994) entrent en ligne de compte. Mais cela est apprécié de manière variable selon les familles.

Cependant, l'héritier désigné de l'autorité du père est éminemment respecté. C'est ce qui semble surtout importer à Monsieur Babacar 53 ans, ancien militaire à la retraite à Saint Louis, très présent aux côtés de son père, 91 ans, diabétique, insulino-dépendant, grabataire depuis plusieurs mois. Il nous fait part de la difficile expérience face à la prise en charge quotidienne du « vieillard ». Polygame, Monsieur Babacar vit avec ses trois enfants et sa première femme dans une annexe de la maison familiale où cohabitent les deux épouses de son père, âgées de 76 ans et de 68 ans. Quand nous avons rencontré la famille en 2016, le « vieux père » semblait plongé dans un sommeil sans fin. Les proches et quelques amis du quartier venaient pour prendre des nouvelles.

Certains semblaient inquiets que le pire puisse arriver à tout moment. Monsieur Babacar depuis l'aggravation de l'état de santé de son père « coordonne le service » dit-il, parce qu'il faut « le laver, lui faire la piqûre, lui prendre la tension, rester tout près de lui etc., il reste comme ça dans la chambre, il ne reconnaît plus les gens ». Il s'occupe aussi de l'aspect financier pour la prise en charge des soins médicaux du « Vieil homme » car les dépenses ne sont pas intégralement prises en charge par le dispositif du « plan Sésame » que nous avons déjà évoqué. Les quatre frères et les cinq sœurs contribuent aux dépenses mais une large part est assurée par lui-même : « Bon, c'est vrai que tout le monde aide un peu, le vieux n'a pas de pension de retraite et les deux vieilles [les femmes du vieux], c'est généralement moi qui fais tout pour l'amener à l'hôpital, voilà quoi ».

Bien que la fratrie soit grande, Monsieur Babacar se sent obligé d'être présent. En raison de son statut d'aîné, il prend au sérieux ses responsabilités au sein de la fratrie (Rouamba, 2015). L'aide à la toilette du « vieillard » est principalement effectuée par sa deuxième femme. En son absence, Monsieur Babacar prend le relais. La surveillance des soins réguliers est désormais maîtrisée, mais auparavant il a dû se heurter à la difficulté de recueillir les données physiologiques et biologiques, notamment la prise de tension artérielle et le test de glycémie pour le suivi du diabète. Grâce aux conseils réitérés prodigués par l'infirmière habitant dans le même quartier, il a fini par améliorer ses gestes : « Quand j'avais le problème, j'appelais l'infirmière [une amie dans le quartier], elle m'expliquait ce que je dois faire ».

Ce témoignage illustre les difficultés que rencontrent les proches aidants, mais il révèle aussi la stratégie adoptée par les soignants : impliquer la famille pour le suivi thérapeutique des malades dans un contexte marqué par la pénurie de services de soins de longue durée destinés aux personnes « dépendantes ». Ce constat rejoint l'analyse de F. Hane à Dakar lorsqu'elle observe que la plupart des aidants familiaux accompagnant le « vieillard » à l'hôpital sont amenés à apprendre les gestes kinésithérapiques (2015 : 148) ; c'est à eux aussi que les professionnels de santé expliquent les prescriptions que le malade devrait suivre.

La position de l'aîné dans la hiérarchie familiale garde toujours sa valeur, mais la surveillance quotidienne n'est pas sans bousculer ses certitudes. Celle-ci lui est devenue si prenante que Monsieur Babacar ne peut plus se dégager du temps pour lui-même : « je n'en peux plus, ma femme ici est aussi malade [ne marche pas, son pied a gonflé] ». De même, il s'en veut de ne pas pouvoir assumer ses responsabilités envers sa deuxième femme vivant dans une autre région du Sénégal : « c'est elle maintenant qui vient [la deuxième épouse était là depuis près d'une semaine au moment de notre enquête], moi je ne bouge plus, je ne peux pas laisser le vieux comme ça, et partir ».

Dans ce cas de figure, du fait du cumul de responsabilités familiales (Miceli, 2012), Monsieur Babacar éprouve un fort sentiment de culpabilité. De son côté, E. Fiat interprète ce sentiment de culpabilité comme « la responsabilité mal vécue » (2008 :34). Il semble ainsi intérioriser d'autres solutions comme quelque chose qui aurait pu soulager la famille : « S'il y avait eu d'autres possibilités, peut-être des centres spécialisés [il fait allusion à des unités de soins de longue durée] pour gérer la situation du vieux, j'en aurais parlé à mes sœurs ». D'autre part, nous constatons que Monsieur Babacar est épuisé et semble moralement affecté. En ce qui concerne l'épuisement chez les proches aidants, des théoriciens, comme ceux du « stress coping » l'évoquent, dans certains cas comme un facteur de stress permanent. La théorie du stress coping définit ainsi, comme l'indique J. Mollard :

une situation stressante comme une situation qu'une personne juge significativement marquante pour son bien-être et susceptible d'user ou d'excéder ses ressources. Le coping y est défini comme l'ensemble des pensées et des comportements qu'une personne emploie pour gérer et transformer le problème qui est source de détresse (2009 : 262-263).

Selon J. Mollard, « on pose ainsi que l'aide à un proche en situation de dépendance est un stress majeur contre lequel l'aidant doit lutter et auquel il doit s'adapter » (ibid.). Par ailleurs, à propos de l'expérience de l'accompagnement, il nous semble important de souligner que l'engagement des aidants correspond à la manière dont ils intériorisent leur rôle et leurs relations avec leurs parents âgés respectifs. De plus, comme le note S. Ba Gning, la lourdeur de la prise en charge peut conduire les aidants à « s'interroger sur l'intérêt de continuer lorsque la dégradation de la santé de la personne se poursuit » (2015 : 130). Enfin, à bien des égards, la mort du « vieillard » apparaît comme un soulagement autant pour les proches que pour le mourant : « Même si la famille ne le dit pas, mais on sait que c'est une charge. Inconsciemment on prie pour que ce vieux-là [lourdement malade] décède. Ici, quand un vieux décède, on dit que le vieux s'est reposé », nous apprend Monsieur Babacar. Ce repos ne renvoie pas seulement chez les aidants à l'idée d'un soulagement physique ; c'est aussi l'idée reconfortante que le « vieillard » ne souffre plus.

## Conclusion

Notre étude a permis de mettre à jour les modalités de prise en charge de la personne âgée en situation de perte d'autonomie, à travers l'engagement des proches aidants marqués par l'épuisement. Malgré les risques de crises, à l'intérieur des familles, liées à l'épuisement, le « compromis » garde son importance pour les proches aidants. Le recours à « l'aidant non familial » semble susciter quelques réticences pour bien d'autres raisons que financières. Pourtant il n'en demeure pas moins une solution alternative : celle de pouvoir soutenir le proche aidant épuisé, ce qui peut ainsi lui permettre de reprendre une activité professionnelle, d'avoir une nouvelle vie sociale plus épanouie pour lui-même et pour la personne aidée.

Dans les quatre cas de figure, nous avons vu que la personne âgée n'est pas toujours prise en compte dans le processus de décision concernant les modalités d'aide et de soutien : le proche aidant tend à l'ignorer et à l'infantiliser comme s'il considérait qu'elle avait perdu ses capacités à décider par elle-même. Le constat de ces faits contredit en partie l'affirmation de la bienveillance qui met théoriquement en avant l'intérêt de la personne âgée. A la lumière de nos résultats, les parents âgés rencontrés semblent « étouffés » par les logiques familiales « surprotectrices ». Or, il convient d'insister sur le fait que la personne âgée devrait avoir droit à la parole quand bien même elle se trouve dans un état physique et sanitaire déficient.

Il apparaît, à travers l'analyse de ces différentes chroniques, que la prise en charge d'un parent âgé dépendant conduit à une expérience pour les proches de « désorganisation et de réorganisation familiale » (Polard, 2007 : 44). Avec l'épuisement, les proches aidants dépassent le paradigme dominant du modèle unique de soutien (familial) en exprimant implicitement la nécessité de mise en place de dispositifs gériatriques spécialisés. Au Sénégal, l'augmentation du nombre des personnes âgées dépendantes dans les années à venir est un véritable enjeu social et politique, qui appelle à imaginer des alternatives au soutien familial prenant en compte des sollicitations exprimées par les proches aidants et la diversité



des besoins des personnes âgées à risques pour permettre à ces aidants d'avoir, avec leurs parents âgés, une vie sociale plus épanouie.

## Références

- Aboderin, I. A. G. et Beard, J.R. (2015). « Older People's Health in Sub-Saharan Africa ». *The Lancet*, 385, (9968), 9-11.
- ANSD (2013). *Tableau synoptique* (RGPHAE, 2013). Repéré à : <http://www.ansd.sn/ressources/publications/indicateurs/synoptique-RGPHAE.htm>
- Attias-Donfut, C. (1994). « Entre traditions et modernité : les incontournables aînés ». In C. Attias-Donfut et L. Rosenmayer. *Vieillir en Afrique* (p. 19-46). Paris : P.U.F
- Bouaziz, K. (2018). « Structures d'accueil pour personnes âgées en Algérie et dispositifs de soutien aux aînés démunis ». In V. Golaz et M. Sajoux (dir.). *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds*. Les Impromptus du LPED, 979-10-96763-06-1, 170-193 (hal-02081775)
- Cohen, B., et Menken, J. (2006). *Aging in Sub-Saharan Africa : Recommendation for Furthering Research*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20306/>
- Campéon, A. et al. (2012). « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe : le vécu des aidants familiaux ». *Vie sociale*, 4 (4), 111-127.
- Crochot, E. et Bouteyre, E. (2005). « Être le parent de son propre parent atteint d'un syndrome démentiel de type Alzheimer. Des capacités de résilience pour cette parentalité spécifique ». *Dialogue*, 3 (169), 111-123.
- Chapuis-Lucciani, N., et al. (2010). « Une approche synchronique du vieillissement : Exemple d'étude de la population sénégalaise âgée. L'anthropologie du vivant : objets et méthodes », CNRS, GDR, Paris.
- Duthé, G. et al. (2010). « Situation sanitaire et parcours de soins des personnes âgées en milieu rural africain. Une étude à partir des données du suivi de population de Mlomp (Sénégal) ». *Autrepart*, 1 (53), 167-187
- Ennuyer, B. (2008). « Les parents qui vieillissent à domicile ». *Études*, 4 (Tome 408), 474-483.
- Fiat, E. (2008). « S'engager dans l'accompagnement des personnes en fin de vie aujourd'hui : quel sens ? ». *Jalmarv*, n° 94.
- Gning, S. B. (2015). « Vieillir en milieu rural sérène au Sénégal. De la vie familiale à l'isolement social et sanitaire des personnes très âgées ». In L. Nowik et B. Lecestre-Rollier. *Vieillir dans les pays du sud : les solidarités familiales à l'épreuve du vieillissement* (p.119-138). Paris : Karthala.
- Golaz, V., et M. Sajoux (dir. 2018). *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds*. Les Impromptus du LPED, 979-10-96763-06-1. (hal-02081775)
- Golaz, V. (2013). « La dépendance en Afrique ». *Gérontologie et société*, 2 vol. 36 (145),77- 89.
- Golaz, V. et Antoine, P. (2011). « Quelles sont les personnes âgées en situation de vulnérabilité ? Estimations à partir de données censitaires en Ouganda et au Sénégal ». In W. Molmy, M. Sajoux et L. Nowik (dir.), *Vieillesse de la population dans les pays du Sud*. Famille, conditions de vie, solidarités

- publiques et privées... État des lieux et perspectives, (p. 393-412). Actes du colloque international de Meknès, Paris : Les numériques du CEPED. Repéré à : <https://www.cepel.org/cdrom/meknes/spip90b6.html?article11>
- Hane, F. (2015). « La prise en charge des personnes âgées au Sénégal. Entre gestion institutionnelle et mise à l'épreuve des aidants familiaux ». In L. Nowik et B. Lecestre-Rollier (dir.). *Vieillir dans les pays du sud : les solidarités familiales à l'épreuve du vieillissement* (p.139-154). Paris : Karthala.
- Jeune Afrique. Le Sénégal ouvre la voie. Repéré à : <http://www.jeuneafrique.com/25168/economie/g-riatrie-le-s-n-gal-ouvre-la-voie>
- Kâ, O. et al. (2016). « Personnes âgées et prise en charge préventive des pathologies gériatriques en milieu africain ». *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 14 (4), 363-70
- \_\_\_\_\_. (2016). Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité ». *Santé Publique*, 1 (28), 91-101.
- Mba, J.C. (2007). "Elder abuse in parts of Africa and the way forward". *Gerontechnology*, 6(4), 230-235.
- Miceli, P., (2012). « L'avancée en âge à l'épreuve de la maladie d'Alzheimer : l'expérience des aidants familiaux en France et en Espagne ». In A. Chamahian et C. Lefrançois, *vivre les âges de la vie. De l'adolescence au grand âge*, (p.183-207). Paris : Le Harmattan.
- Mollard, J. (2009). « Aider les proches ». *Gérontologie et société*, 1 (vol. 32 / n° 128-129)
- \_\_\_\_\_. (2014). *Accompagner la personne malade et accepter de la perdre. Jusqu'à la mort accompagner la vie*, 2 (117), 49-56
- Niyonsaba. E. (2020), « The Experiences of Ageing in Africa : A Risk of "Ageing Badly » ? *Gerontol & Geriatric stud.*, 5(4), 539-541.
- \_\_\_\_\_. (2018). *Vieillissements pluriels : expériences des parents âgés sénégalais en cours de fragilisation* (Thèse de doctorat, Sociologie), Université Le Havre Normandie. Le Havre.
- \_\_\_\_\_. (2018 b), « Être retraité au Sénégal : le temps des incertitudes », *Retraite et société*, 80 (2), 257-74
- \_\_\_\_\_. (2019). La mobilité résidentielle des femmes veuves âgées au Sénégal. *Gérontologie et société*, 158(41), 113-124.
- Niyonsaba, E., Réguer, D, (2012). « De la certitude des solidarités familiales à l'incertitude des politiques publiques : le cas des représentations des jeunes migrants du Sénégal sur le développement des services aux personnes vieillissantes ». *Revue sociologique Kasa bya Kasa*, (21) 5-31
- Toure, K. et al.2010. « Épidémiologie de la démence en Afrique ». *Revue de Gériatrie*, 35(8), 487-493.
- Nowik, L. et Lecestre-Rollier, L. (éd.). (2015). *Vieillir dans les pays du Sud : les solidarités familiales à l'épreuve du vieillissement*. Paris : Karthala.
- Puckree, T., and al. (1997). "An evaluation of the functional status of the residents of a geriatric residential facility in South Africa". *Disability and Rehabilitation*, 19 (12), 552-555.

- Organisation internationale du travail (OIT), 2017-2019, Rapport mondial sur la protection sociale. Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_624892.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624892.pdf)
- Polard, J. (2007). « Un séisme familial ». *Le Journal des psychologues*, 7 (250), 42-46
- Rouamba G. « Yaab-râmba » : une anthropologie du care des personnes vieillissantes à Ouagadougou (Burkina Faso) » (Thèse de doctorat, Anthropologie), Université de Bordeaux, Bordeaux.
- Sajoux, M., Golaz, V., Lefèvre, C. (2015). « L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées ». *Mondes en développement*, 171 (3).
- Sawadogo, N., et al. (2019). « Mobilités familiales face à l'isolement des personnes âgées au Burkina Faso ». *Gérontologie et société*, 158 (41), 99-112
- Toure, K. et al. 2010. « Épidémiologie de la démence en Afrique ». *Revue de Gériatrie*, 35(8), 487 -493.



## L'associatif et la personne âgée<sup>192</sup>

The associative commitment and the elderly person

**Alain HERVET**<sup>193</sup>

Cadre supérieur socio-éducatif  
Dax, France

[a.hervetacef@orange.fr](mailto:a.hervetacef@orange.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4271>

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

---

<sup>192</sup> Conférence proposée par Alain Hervet lors du IV Congrès du réseau international ALEC sur « Les Aînés dans le Monde au XXI<sup>e</sup> siècle. Vivre ensemble » du 6 au 8 septembre 2021 à l'Université de Limoges, France.

<sup>193</sup> Depuis 2020, encadre les services sociaux sur deux établissements hospitaliers à Mont-de-Marsan et à Dax. Chef de service du Centre Hospitalier Général à Dax (2009-2020). Depuis février 2020, occupe les fonctions de Président de l'ACEF Aquitaine Centre Atlantique et d'Administrateur de la Fédération Nationale des Acef/Socacef (FNAS). Il est également Président de l'Association PEIO (2018) qui œuvre pour le confort des malades de l'unité de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Dax.

## La Tendresse

On peut vivre sans richesse  
Presque sans le sou  
Des seigneurs et des princesses  
Y en a plus beaucoup  
Mais vivre sans tendresse  
On ne le pourrait pas  
Non, non, non, non  
On ne le pourrait pas...<sup>194</sup>

La tendresse....

Après un tel hymne à la tendresse avais-je le droit et le besoin de rajouter quoi que ce soit ?

Je ne le sais pas, mais l'envie je l'avais.

Était-ce même utile ?

Là non plus je ne sais pas mais je vous laisserai en décider ....

Rassurez-vous je ne serai pas long. En tout cas beaucoup moins long, infiniment moins long que cette terrible période que nous avons traversée (dois-je d'ailleurs en parler au passé ?) et au cours de laquelle, nous avons toutes et tous été sevrés de tendresse.

Nos aînés plus que les autres ?

Cela me semble une évidence. Qu'ils soient en établissement ou à domicile, leur quotidien a été bouleversé ; la lumière s'est éteinte brutalement, inexorablement. Pour beaucoup d'entre eux elle ne s'est jamais rallumée.

Tout comme il est incontestable que le monde associatif est une victime collatérale de cette pandémie.

L'associatif, le secteur associatif, le monde associatif, les associations ...Voilà toute une liste de mots fréquemment et invariablement utilisés pour désigner une réalité, celle de centaines d'associations actives dans des domaines aussi variés que la culture, l'entraide, le sport ...

Et lorsque l'on évoque l'associatif, une première série de représentations vient à l'esprit : dévouement des membres de l'association, quel que soit au demeurant son projet fondateur, surinvestissement des participants à la vie de l'association, valeurs communes partagées par l'ensemble des membres etc...

Et pour coller un peu plus avec le thème de mon intervention je pose cette question « Le bénévolat est-il un moyen pour bien vieillir ...ou vieillir bien ? Ou les 2 à la fois ?

Très certainement ! Le besoin d'être actif pour un retraité répond à un double enjeu de santé mentale et de santé que l'on pourra qualifier de « prévention sociale globale ».

Il est clair que le remaniement identitaire qui se produit à l'occasion de l'entrée en retraite passe par l'identification de nouvelles sources de reconnaissance sociale –

---

194 *La tendresse*. Extrait de la chanson interprétée par Bourvil.

moins directement liées au statut social- qui peuvent se situer, soit dans la sphère privée et familiale soit dans la sphère publique ou encore mieux dans les deux.

Les responsables d'associations doivent dire clairement aux néo retraités (mais pas qu'à eux) que la société a besoin d'eux, qu'ils ne sont pas que des consommateurs passifs et qu'ils peuvent être la clé de voute du « vivre ensemble »

Tiens ça ne vous parle pas ce thème ? Il nous réunit depuis hier en congrès mais un peu aussi depuis que nous sommes nés.

Au fur et à mesure que j'avance, je me disperse ; ...mais pouvait-il en être autrement avec un sujet aussi vaste ?

Dans un premier temps aurais-je dû définir ce qu'est une personne âgée ?

L'OMS définit une personne âgée à partir de soixante ans... sans commentaire !

Edgar MORIN pour sa part, du haut de ses 100 ans, parle de continuum de l'âge. Selon lui « on perd conscience d'une chose importante, à savoir que les âges s'intègrent, possèdent une continuité...Avec l'âge, chacun devrait être conscient qu'il possède en lui tous les âges de la vie » ; et à un journaliste qui lui demandait son âge il répondit « j'ai tous les âges en moi... ».

Enfin, pour Serge GUERIN, le sociologue, « l'âge est un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Pour lui, l'âge a « rajeuni » du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, de l'amélioration de la santé et de la formation des plus de 60 ans.

Pour le fun j'ai envie de paraphraser Fernand RAYNAUD qui aurait répondu : « une personne âgée est une personne qui a.... Un certain âge ».

Nous ne sommes pas plus avancés et donc nous partons du postulat que la personne âgée est une personne qui a ...son âge.

Et pour en revenir au thème qui m'a été confié, à savoir, « l'associatif et la personne âgée » je prends le biais de l'appréhender sous l'angle d'une association que je préside depuis 30 ans et qui est basée au sein d'un centre hospitalier dans les Landes ; association baptisée : *Amicale du Personnel*.

Créée par des hospitaliers en 1977, pour des hospitaliers, elle a pour objectif de créer du lien au sein de la communauté hospitalière à travers des petits, des moyens, des grands voyages ; mais aussi du lien au quotidien avec une mise à disposition d'avantages pour le personnel.

Si l'on se réfère à la définition de l'OMS, le président de cette association, votre serviteur, est une personne âgée. Les ¾ quarts de son conseil d'administration sont des personnes âgées, certaines bien plus que moi, retraitées de cet hôpital. Je le dis sans amertume : sans ces personnes, qui pour la plupart ont exercé un métier difficile, cette Amicale serait passée aux oubliettes ; sans l'abnégation et le dévouement de toutes ces retraitées (aides -soignantes, manipulatrice radio, contremaitre en restauration etc.) je vous en parlerais au passé. Mais le passé frappe à sa porte si je peux me permettre de le formuler ainsi. La communauté hospitalière de cet hôpital a considérablement grossi depuis sa création et paradoxalement le nombre d'adhérents diminue inexorablement d'année en année. Il était de plus de 800 il y a 20 ans pour atteindre les 300 à l'heure où je vous parle. La crise sanitaire a sans doute accéléré le processus mais ce n'est pas la raison principale. Elles sont plus profondes et même si ce n'est pas l'objet de mon intervention, nos interrogations sont bien réelles quant au pourquoi de cette désaffection dans tous

les sens du terme. La jeune communauté hospitalière n'y trouve plus son compte et n'y voit un intérêt dès lors qu'elle lui rapporte sur le plan marchand.

Très certainement aussi que cette image (vieillissante, vieillotte, passée, dépassée...faites vos jeux !) que nous les bénévoles nous renvoyons ne correspond plus aux attentes ni aux envies de nos collègues ou ex-collègues.

Ce qui est tout aussi questionnant, c'est cette cohorte d'agents qui ont beaucoup donné professionnellement parlant et qui ressentent le besoin (presque compulsif chez certains) de donner du temps, leur temps pour que cette Amicale vive, survive devrais-je dire ; jusqu'à quand et pour qui ? Même si la plupart d'entre elles<sup>195</sup> sont à mes côtés depuis de 30 ans, je ne me suis jamais posé, je ne leur ai jamais posé la question de ce qui les retenait, de ce qui les motivait à continuer l'aventure. Par principe, quand on travaille à l'hôpital, la notion de donner à l'autre et le concept d'équipe sont inscrits au frontispice. On pourra donc supposer que c'est la prolongation bénévole, amicale et humaniste de leur carrière. Par principe aussi, quand on a rendu sa blouse et rendu les clés de son vestiaire, on aspire à mettre de la distance avec cet hôpital qui vous a beaucoup sollicité. Pour ces personnes, qui 2 à 3 fois par semaine tiennent des permanences, ce n'est pas le cas, bien au contraire ; et tout ça dans un local sans fenêtre, proche de la fournaise les jours de forte chaleur ; qui dit mieux. Malgré tout cela, elles sont indéfectibles, indéboulonnables. Pire : si demain elles se désengagent, notre association cesse d'exister.

Nous faisons régulièrement appel à de nouvelles recrues. Après des années blanches, Cathy nous a rejoint, il y a quelques semaines ; c'est une aide-soignante...à la retraite. CQFD.

Pour en discuter régulièrement, avec des responsables d'associations dans d'autres secteurs, et qui assistent au même phénomène, tout cela démontre de manière implacable que sans le précieux soutien de nos aînés nous n'irions pas plus loin ; leur temps est compté mais ils ont envie de le donner ...sans compter.

Petite aparté : Prenons l'exemple du sénat avec une moyenne d'âge de 61 ans et le conseil constitutionnel de 71 ans ; sans les personnes âgées (dixit l'OMS) c'est tout un équilibre législatif qui serait en jeu.

Et pourtant celles et ceux qui m'ont fait l'honneur de m'écouter depuis le début peuvent remarquer une dichotomie dans mes propos puisque je disais un peu plus haut que « le remaniement identitaire » qui se produit à l'entrée en retraite, passe par l'identification de nouvelles sources de reconnaissance ; l'attachement de mes bénévoles à leur association n'a rien d'unique et montre ô combien il n'est pas simple, pour tout le monde, de laisser 40 ans de bons et loyaux services derrière soi. Continuer à s'investir dans l'associatif, au sein d'une communauté reconnue et altruiste, c'est une possibilité de partir un peu tout en restant, sans contrat autre que moral, sans engagement de durée ; une sorte de CPA : Cessation Progressive d'Appartenance.

Et pour être complet sur le sujet et revenir à ma petite association hospitalière, il me semble important de vous préciser qu'une grande part de nos adhérents sont des retraités (très anciens pour certains) et que la majorité des participants aux activités diverses, et notamment les voyages, sont des retraités. On en revient au fait que ces gens ont eux aussi du temps ; et que ce temps il leur est agréable de le passer avec

---

195 Les agents qui composent l'Amicale sont en majorité des femmes. Note de la directrice de la revue.

d'anciens collègues. Certes ils ne sont plus collègues mais ont en commun cette envie de vivre ensemble et de partager la « vie d'après ».

En poussant le bouchon un peu plus loin, je pourrais presque dire que toute cette population d'anciens actifs, qui continue d'adhérer dans tous les sens du terme, est l'avenir passé de notre Amicale. Idem pour les membres de son bureau ; quid de cette entité quand le CPA se sera transformé en CDI : Cessation Définitive d'Investissement ....

Ce temps de parole que l'on m'a généreusement offert touche maintenant à sa fin ; il n'a fait qu'effleurer un vaste sujet sur lequel tant aurait pu être dit. Autrement, très certainement ; ma modeste expérience m'a fait cheminer sur ce versant.

Le tissu associatif est une force vive et une fierté de notre pays qui ne vit qu'à travers l'engagement sans faille de dizaines de milliers de bénévoles, jeunes, moins jeunes, âgés au service de millions de leurs congénères ; peu importe, l'essentiel est que chacun y trouve, en fonction du rôle qu'il y joue, épanouissement, plaisir, tolérance et convivialité.

« Être vieux c'est être jeune depuis plus longtemps que les autres » (Philippe Geluck).



**Territoire(s), habitat, nouvelles  
technologies**  
**Territory(ies), housing, new technologies**



## Un territoire intelligent et aidant. Limoges métropole Smart Territoire : un rendez-vous manqué

An intelligent and helpful territory. Limoges Metropole Smart Territory: a missing meeting

**Jean-Philippe VERNE**<sup>196</sup>

Consultant en aménagement numérique du territoire et en Intelligence Artificielle  
Réseau international ALEC  
Cognac la Forêt, France

<https://orcid.org/0000-0003-2543-692X>

[jeanphilippe.verne@sfr.fr](mailto:jeanphilippe.verne@sfr.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4265>

DOI : 10.25965/trahs.4265

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** La longévité de la population française s'accroît. Le nombre de personnes de plus de 75 ans est passé de 5 576 099 en 2010 à 6 247 088 en 2020. Parallèlement le modèle familial, première cellule sociale, a fortement évolué depuis les années 70 sans jamais inverser sa tendance. Les enfants s'éloignent de leurs parents pour se projeter sur les bassins d'emploi et de vie en opportunité. Le soutien familial des aînés est donc moins assumé aujourd'hui par les proches mais davantage confié aux structures paramédicales ou sociales. Or, son coût financier n'est pas toujours supportable par les ayants droits et crée proportionnellement des disparités dans la qualité des services.

Aujourd'hui le développement des usages du numérique démontre l'intérêt majeur qu'il y a à investir dans l'accompagnement des aînés. Il permet d'allonger le temps d'autonomie au domicile des aînés tout en garantissant un continuum et un suivi précis sur le plan médical et social. Il facilite les gestes du quotidien des bénéficiaires et rassure les accompagnants. Le coût financier devient abordable pour tous dès lors que les politiques publiques accompagnent la démarche.

Les collectivités territoriales ont dans ce domaine un rôle majeur à jouer en créant un environnement numérique fiable et durable tout en assurant une couverture géographique la plus complète possible et une transversalité acceptée dans le partage sécurisé des réseaux et des données avec l'ensemble des acteurs. Les modèles économiques autorisent aujourd'hui un tel développement.

**Mots clés :** territoire, numérique, accompagnement, aînés, politiques

---

<sup>196</sup> Officier supérieur de la gendarmerie nationale en retraite. Président départemental OBJECTIF FRANCE (Parti politique - centre droit) - Président délégué pour la Haute Vienne de l'association Le Trèfle (solidarités humaines) - Chevalier de l'Ordre de la Légion d'Honneur - Chevalier de l'Ordre national du Mérite - Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques - Deug en sciences criminelles - Master 2 en sciences politiques (Politiques et sécurités) - Auditeur INHES-J : Institut des hautes études de la sécurité et de la Justice (gestion des crises).

**Abstract:** The longevity of the French population is increasing. The number of people over 75 years of age has increased from 5,576,099 in 2010 to 6,247,088 in 2020. At the same time, the family model, the primary social unit, has changed significantly since the 1970s without ever reversing its trend. Children are moving away from their parents to project themselves into the employment and living areas as opportunities. The family support of the elderly is therefore less assumed today by relatives but more entrusted to paramedical or social structures. However, the financial cost is not always bearable by the beneficiaries and proportionally creates disparities in the quality of services.

Today, the development of digital uses demonstrates the major interest in investing in support for the elderly. It enables longer periods of autonomy in the home for seniors, while guaranteeing a continuum and precise medical and social monitoring. It facilitates the daily gestures of the beneficiaries and reassures the caregivers. The financial cost becomes affordable for everyone as soon as public policies support the approach.

Local and regional authorities have a major role to play in this area, by creating a reliable and sustainable digital environment, while ensuring the most comprehensive geographical coverage possible and an accepted cross-functionality in the secure sharing of networks and data with all stakeholders. Today's economic models allow such a development to take place.

**Keywords:** territory, digital, accompaniment, elders, policies

## Introduction

L'évolution démographique, l'allongement de l'espérance de vie et leurs projections démontrent combien il est urgent de mieux préparer l'accompagnement des aînés. La politique en faveur des personnes âgées en France s'articule autour de plusieurs dispositifs publics, associatifs ou privés mais vise plus particulièrement la dépendance. Initialement inscrit dans le cadre de l'action sociale, destiné aux personnes âgées dépendantes les plus démunies, le système s'est progressivement transformé dans le but premier de soulager les familles. Au fil des années, cette construction reprend certaines caractéristiques propres au système administratif et social sans aboutir à la création d'une véritable branche à part entière.

Toutefois, l'approche des politiques a progressé et renonce à une assistance uniquement centrée sur le « tout médical » pour davantage rechercher des adaptations de la société au vieillissement. C'est dans cette approche plus globale qui intègrent les technologies que les progrès semblent poindre. Pour autant les ambitions politiques sont freinées dans leur réalisation dès lors qu'il s'agit de rechercher une complémentarité entre l'action publique qui seule ne peut couvrir les besoins et des dispositifs privés.

Du besoin identifié à la décision politique, le gap à franchir semble difficile pour les gouvernants à l'heure des crises sociales, sanitaires et économiques. Tout semble tourné vers l'urgence (la perte d'autonomie), vers l'instant (l'extension des prestations en espèce plutôt qu'en nature<sup>197</sup>), etc. sans qu'une vision prospective se pose sur ce qui nous semble essentiel : adapter nos environnements et notre société pour bien vivre ensemble.

Nous savons aujourd'hui que, grâce aux nouvelles technologies, nous pouvons bâtir autour de nos aînés un nouvel écosystème de bien être, garantissant l'exercice du droit à vivre de façon autonome dans la dignité. Nous pouvons sortir de nos grilles d'analyses traditionnelles notamment sur la dichotomie domicile/établissement. Nous pouvons favoriser le maintien à domicile. Cette politique repose aussi sur la création de nouveaux métiers où l'assistance ira vers nos aînés et non plus l'inverse. L'une de ces clefs repose pour partie sur l'aménagement numérique du territoire.

## I- De l'évolution du soutien familial en France

La France est un pays dont la politique sanitaire et sociale a été depuis la fin de la seconde guerre mondiale en amélioration constante. Longtemps développée sur des préoccupations hygiénistes ou de salubrité, la révolution pastoriennne a légitimé l'intervention des autorités publiques pour la santé des Français. Plus tard, adossée sur les piliers de la sécurité sociale et des organismes sociaux, elle a permis de lutter contre les malnutritions, les logements insalubres, les épidémies. Le vieillissement qui était considéré au début de cette démarche comme une assistance aux soins uniquement. Petit à petit, la santé des Français s'est nettement améliorée. La baisse

---

197 Les prestations en nature pourraient correspondre à des activités de prévention, de téléassistance, d'aide à domicile, d'accueil temporaire en centre.

significative de la mortalité infantile, l'augmentation de l'espérance de vie<sup>198</sup> ont modifié significativement la démographie française.<sup>199</sup>

Si les modèles de santé ont particulièrement évolué pour ce qui concerne la petite enfance et l'enfance, l'accompagnement de la parentalité, il semble que la même évolution n'ait pas eu le même essor vis-à-vis des aînés. Une première explication peut se trouver dans le modèle sociétal et la modification de la cellule familiale depuis les années 60.

## II- Du transfert de charge du soutien familial sur les structures institutionnelles et l'État

Entre les années 40 et 60 du siècle dernier, la famille était constituée de plusieurs générations vivant sous le même toit ou tout du moins dans une proximité resserrée (le même village, le même quartier). Grands-parents, parents et enfants s'assistaient et participaient chacun à la vie de la cellule familiale.

Les révolutions industrielles et technologiques successives ont déraciné les ruraux pour les attirer vers les bassins d'emplois. C'était le début de l'exode rural et l'annonce de la fin du modèle initial de la cellule familiale. Aujourd'hui, la France a rompu avec sa tradition industrielle et s'est tournée vers le secteur tertiaire. Ce changement a appauvri les populations fixées sur zones industrielles et a disséminé davantage les centres décisionnels sur l'ensemble du territoire en concentrant les emplois dans les grandes villes. Non seulement les grands parents (urbains et ruraux) sont de plus en plus isolés, mais les parents eux-mêmes sont souvent séparés soit par un célibat géographique imposé par l'emploi ou le déroulement de carrière, soit par la séparation définitive du couple, facilitée désormais par un dispositif juridique allégé.

L'éducation des enfants est aujourd'hui pris en charge dès le premier âge par les crèches, les assistantes maternelles puis les écoles maternelles avant d'entrer dans le cursus scolaire obligatoire. Cette politique sociale mise en place par l'État visait à accompagner la population active c'est-à-dire au profit de la part « utile » à l'économie et à la croissance du pays. C'est en 1962 que l'acte fondateur<sup>200</sup> visant à intégrer pleinement les personnes âgées dans les politiques publiques. La prise en charge de la dépense, l'élévation du montant des retraites, la formation de nouveaux professionnels ont été les premières mesures. Toutefois, l'accompagnement des aînés n'a pas bénéficié du même schéma d'adaptation que pour l'enfance. Sans doute parce que cette catégorie de la population représentait pour l'État davantage une charge qu'une ressource économique.

La charge de la dépense sociale en France représente près d'un tiers du PIB<sup>201</sup>. De plus l'action sociale est marquée par la permanence des conflits : médecins / assurance maladie, syndicats / État, gestion publique / gestion privée et désormais les opérateurs du numérique entrent dans ce dispositif. C'est donc un véritable

---

198 Sources INSEE : depuis 1950 les Français ont gagné 16 ans d'espérance de vie à la naissance. Consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2021 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640>

199 Loi de Paul Constans de 1918 *portant création d'un ministère de santé publique*. Consulté le 12 juin 2021 à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2012>.

200 Le rapport Larroque en 1962 lance les premières analyses et les premières préconisations qui inspireront les premières décisions politiques en faveur des personnes âgées.

201 Selon les statistiques de l'OCDE - consultées le 5 juillet à l'adresse : <https://data.oecd.org/fr/social/exp/depenses-sociales.htm>

paradoxe : l'action sanitaire et sociale est au centre des politiques publiques mais la souveraineté des autorités publiques est contestée et limitée. Pourtant, depuis une dizaine d'années, on parle d'une « silver économie » pour évoquer les nouvelles possibilités d'intégrer les aînés dans la logique de l'économie active d'un pays. C'est-à-dire de l'identifier dans la part de croissance économique, de l'emploi et de la recherche.

Les politiques publiques ont fait évoluer des maisons de retraite en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Ici et là, certaines communes, certains départements parviennent à organiser la livraison de repas à domicile, à soutenir financièrement et socialement des individus dans le besoin, à développer un accompagnement médical. Ces actions, isolées parce qu'individualisées, inégales parce que confiées à des organismes différents, complexes parce qu'administrées et financées par des structures indépendantes, ne correspondent plus au besoin exponentiel que les années à venir nous impose.

La problématique majeure de la France dans la gestion de l'accompagnement des aînés dépendants est qu'il n'existe pas ou très peu, d'établissements intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD. Les chiffres sont terriblement cruels. Sur les 7667 établissements français, 45 % sont publics, 31 % associatifs et 24 % privés<sup>202</sup>. Le coût mensuel moyen d'une pension en EHPAD est de 2157 €<sup>203</sup>. Il est rarement supportable par les pensionnaires ou par leurs enfants. Le nombre de places disponibles est déjà en dessous des besoins existants (un peu moins de 600 000 lits en France<sup>204</sup>). La durée moyenne de l'espérance de vie en EHPAD est estimée de 4 à 5 ans en France. Les projections de l'INSEE<sup>205</sup> indiquent qu'en 2050 ce seront près de 4 millions de personnes qui seront en perte d'autonomie.

### III- Le devoir de l'État et la force de la démocratie dans le choix des politiques publiques de santé.

Lors des dernières élections départementales et régionales en France dans le premier semestre 2021, le sujet de l'accompagnement des personnes âgées a été l'une des préoccupations majeures exprimées par les électeurs au même titre que la sécurité et la sûreté. Cette préoccupation grandit d'autant qu'elle est partagée par les 19,6 % de la population française qui est âgée de plus de 65 ans<sup>206</sup>. Les projections de l'INSEE estiment qu'en 2040, 1 personne sur 4 aura plus de 65 ans.

De plus, l'évolution sociale ne va pas vers un retour ou une recherche de proximité familiale afin d'être en mesure de mieux accompagner les aînés mais davantage vers

---

202 Sources ministère des Solidarités et de la Santé – SEGUR de la santé – consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>

203 Sources Conseil Dépendance – Panorama des EHPAD 2020 – Consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse <https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/>

204 Toutefois, il existe une forte inégalité dans la répartition des lits selon les départements français. La moyenne nationale étant de 1 lit pour 10 personnes de plus de 75 ans. Source ? Sources Conseil Dépendance – Panorama des EHPAD 2020 – Consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse <https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/>

205 Sources INSEE – consultées le 6 juillet 2021 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

206 Sources INSEE – consultées le 6 juillet 2021 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#:~:text=Le%20vieillessement%20de%20la%20population,1%20points%20en%20vingt%20ans.>

un transfert de leur prise en charge par l'État. On observe aussi parfois un inversement des polarités. Ce sont les « jeunes » retraités qui n'hésitent pas à se délocaliser pour « soutenir » leurs enfants devenus parents.

L'État n'a plus le choix que d'assumer cette transformation démographique et sociétale. Les aînés, qu'ils vivent en ville ou en ruralité, deviennent des citoyens à sa charge au fur et à mesure de leur avancée dans l'âge.

L'esprit démocratique s'impose donc aussi aux partis politiques dans le sens où les politiques sociales s'adaptent aux usages. Ils l'ont compris car ils savent aussi que le désengagement de l'expression démocratique lors des différentes élections concerne moins les aînés qui restent les seuls à s'exprimer régulièrement lors des scrutins. Leurs programmes électoraux doivent donc laisser une large part à leurs attentes quant à l'aménagement du territoire et des politiques publiques en faveur des aînés.

Deux pistes sont désormais ouvertes dans ce domaine, la première concerne la création d'établissements intermédiaires entre le domicile et l'EHPAD et la seconde repose sur le maintien à domicile grâce aux nouvelles capacités technologiques renforcé par une chaîne d'assistance pluridisciplinaire et interconnectée. Une nouvelle forme d'intelligence territoriale.

#### IV- Les limites de la capacité technologique et financière de l'Etat – le modèle d'économie mixte.

L'une des clefs de la problématique de l'Etat se trouve donc dans l'aménagement numérique du territoire. Le concept déjà connu et éprouvé de la SMART CITY (la ville connectée et intelligente) a fait la démonstration que l'aide et l'assistance aux personnes vulnérables ou âgées en était grandement facilitée.

Il n'est pas le temps ni la place nécessaire ici pour développer tous les bénéfices qu'un territoire intelligent et connecté peut tirer dans le cadre des politiques publiques en direction des aînés. Mais, en quelques mots, chacun peut aisément comprendre que seule l'imagination des chercheurs, des développeurs, des industriels, des usagers ou des bénéficiaires pourrait poser des limites dans le développement des services.

Qu'il s'agisse de fibre optique ou de 5G, le très haut débit (THD) autorise aujourd'hui le développement de l'IOT (*intelligence of things*) ou l'intelligence des objets connectés.

La e-santé est certainement l'un des secteurs qui occupe le plus notre domaine d'intervention. D'ores et déjà le Conseil national de l'ordre des médecins a défini dans ce cadre-là plusieurs catégories sur lesquelles il exerce sa surveillance : la télésanté, la télémedecine (particulièrement éprouvée lors de la pandémie Covid 19), la m-santé (c'est-à-dire le domaine de mobilité : objets connectés, applications mobiles) et la robotique. On peut aussi évoquer, à titre accessoire, le domaine de l'informatique médicale.

Au-delà de la santé proprement dite, il faut comprendre que l'aménagement numérique du domicile peut devenir pour les aînés un espoir nouveau du maintien le plus longtemps possible chez soi. Pour parodier le chevalier de Lagardère dans le roman de Paul Féval : « Si tu ne peux pas aller à l'hôpital, l'hôpital viendra à toi ! ». En effet, c'est toute la chaîne d'assistance médicale et pharmaceutique, mais aussi des aides ménagères, des aidants sociaux, des services publics de contacts qui peuvent intégrer l'environnement connecté chacun à leur niveau de compétences ou de droits à en connaître.

C'est aussi offrir des environnements intelligents grâce à la domotique. Les capteurs et actuateurs répartis dans une maison ou un appartement augmentent le confort : chauffage, rafraîchissement, éclairage, incidents domestiques ou éloignement du domicile (alarmes), efficacité énergétique (économies), occultation des ouvrants (sécurité), appel au secours, etc.

Sans souffrir d'angélisme, en termes d'usage, l'illectronisme est un frein majeur. C'est l'une des raisons pour laquelle les développeurs, aujourd'hui, tentent de les rendre intuitifs et d'autonomiser au maximum les objets connectés sans qu'il soit nécessaire pour l'utilisateur d'intervenir. Pour autant, avant que la sénilité n'intervienne, l'éducation et la formation au numérique doivent être envisagée, parce qu'elle participe à la rupture avec l'isolement, en recréant du contact humain avec le formateur, parce qu'elle ouvre des espaces nouveaux intergénérationnels, culturels et ludiques permettant une activité intellectuelle et affective bénéfique pour la santé, etc...

Au-delà de l'aménagement numérique, rendre un territoire SMART (intelligent), c'est intégrer dans la démarche l'emploi, les mobilités, l'environnement, le développement durable, la transition énergétique, l'amélioration des services aux publics.

Lorsqu'on développe ce concept dans ce cadre-là, force est de constater qu'il n'appartient en aucun cas au seul monde urbain, il serait sans doute prioritaire en ruralité où le service public est de plus en plus éloigné et difficilement disponible. Pour autant, ce modèle n'existe aujourd'hui qu'à l'échelle d'une métropole. Personne n'a encore eu le courage ou la capacité de l'étendre à niveau d'un département français.

Les raisons en sont multiples. Nous l'avons dit plus haut le découpage administratif de la France<sup>207</sup> constitue autant de structures institutionnelles et décisionnelles déconcentrées. Les compétences des politiques publiques sont réparties entre elles par la Loi NOTRe<sup>208</sup> et chacune d'entre elles disposent d'un budget propre. Ceci limite considérablement leurs ambitions.

---

#### 207 LOIS DE DECENTRALISATION

- la loi du 2 mars 1982 *relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions* ;
- la loi du 7 janvier 1983 *relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État* ;
- la loi du 22 juillet 1983 *qui complète la loi du 7 janvier 1983.*

#### 208 LOI du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

- *La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République confie de nouvelles compétences aux régions. Elle est complétée par une loi qui modifie le découpage des régions et présente le calendrier électoral des élections régionales et départementales.*
- *Le texte supprime la clause générale de compétence pour les départements et les régions.*
- *La loi renforce le rôle de la région en matière de développement économique. Elle est notamment responsable de la politique de soutien aux petites et moyennes entreprises et aux entreprises de taille intermédiaire. Elle doit présenter un schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII) qui fixe les orientations régionales pour une durée de cinq ans.*
- *La région a également la charge de l'aménagement durable du territoire. Elle rédige un schéma régional d'aménagement durable du territoire (SRADDT) dans lequel figurent les orientations stratégiques en matière d'aménagement du territoire, mobilité, lutte contre la pollution de l'air, maîtrise et valorisation de l'énergie, logement et gestion des déchets.*
- *La loi prévoit également que les compétences des départements en matière de transport soient transférées à la région dix-huit mois après la promulgation de la loi. Les services de transport*



Lorsqu'une métropole décide pour elle-même, elle n'envisage en aucune façon le besoin de cohérence ou de compatibilité avec un dispositif similaire avec ses territoires environnants. Le projet numérique nécessite donc une gouvernance qui englobe plusieurs niveaux décisionnels. On connaît des exemples de création de syndicats mixtes regroupant plusieurs départements dans le cadre de l'aménagement numérique mais sans doute la Région serait le niveau le plus efficace, selon le modèle français, à condition de déconcentrer l'action à l'échelle du département pour préserver la cohérence territoriale de proximité.

## V- Limoges smart territoire : un rendez-vous manqué ou un exemple de la paralysie administrative.

La ville de Limoges et la Communauté Urbaine de Limoges-Métropole avaient un temps envisagé un projet SMART pour l'ensemble des 20 communes qui la composent. Le programme SMART pour Limoges et son territoire suscitait beaucoup d'intérêt autour de lui. Les demandes de partenariats de grandes, moyennes et petites entreprises, d'organismes de recherche, d'universités, d'autorités dans le domaine de la santé, de la sécurité, de prestataires de services publics et privés, d'organisations sociales, d'instituts de formation ou d'informations n'ont pas manqué d'exprimer leur volonté d'entrer dans l'écosystème.

Au-delà de l'aspect mercantile, il fallait aussi y voir une possibilité de fédération des énergies et de la créativité. Le programme avait été pensé pour assurer la représentation et la participation tant au niveau local, que régional voire international que dans tous les secteurs. Bien encadré, l'agrégat de ces partenariats pouvait générer une capacité de rayonnement vers un véritable ressort économique et social pour le territoire.

Il s'agissait donc dès l'état des lieux initial d'envisager cette montée en puissance pour les entreprises<sup>209</sup>, les services et les partenariats locaux susceptibles d'apporter une contribution enrichissante pour ce programme.

Les partenaires présentant des projets structurants en correspondance avec les axes du programme auraient pu, le cas échéant, se joindre à lui pour développer et déployer leurs services dans ce cadre. Ensemble, une telle dynamique permettait d'envisager tous les segments pertinents de la chaîne de valeurs, des représentants des groupes de parties prenantes appropriés et des organisations pour fournir des ponts à l'intérieur et à l'extérieur du programme vers d'autres sujets importants liés au développement de territoires intelligents tant sur le pays qu'à l'international. Une histoire sans fin en quelque sorte.

---

*routier départementaux et les transports scolaires seront confiés à la région. Il est néanmoins possible aux régions de déléguer leur compétence en matière de transport scolaire aux départements. La voirie départementale transférée aux régions dans le projet gouvernemental demeure compétence du département à l'issue de la première lecture.*

*- Le département reste responsable des compétences de solidarité.*

209 (N.D.R.) A titre d'exemple, l'entreprise **LEGRAND** dont le siège est basé à LIMOGES, effectue actuellement un énorme virage dans le développement d'objets connectés. Legrand a fait le choix de l'ouverture et de l'interopérabilité. Le Groupe multiplie ainsi les démarches pour proposer des solutions interopérables avec les différents protocoles IoT du marché et définir des standards en la matière. Alliances, génération de services tiers, partenariats : l'enjeu est de promouvoir des langages ouverts pour pouvoir intégrer des systèmes tiers et échanger des données, avec pour objectif d'offrir à l'utilisateur la possibilité de s'ouvrir sur un large écosystème et de lui apporter des bénéfices supplémentaires.

Mais l'histoire n'a jamais pu commencer. Les raisons essentielles reposent sur la difficulté pour un responsable politique qui exerce une autorité temporaire, d'imposer à une administration permanente une volonté politique qui présente des facteurs de changement au sein même de cette administration. Les structures en charge au numérique y ont vu un risque majeur de perte d'autonomie voire d'hégémonie. Les directeurs de service ont identifié un risque de modification de leur environnement. Plutôt que d'en approuver les bénéfices et l'intérêt général, leurs analyses du projet en direction des édiles ne portaient donc que sur les risques espérant ainsi engendrer la crainte et le doute du politique.

Ce type de projet est d'autant plus sensible qu'il n'est pas maîtrisé techniquement par le plus grand nombre et encore moins par les élus eux-mêmes. Il est terriblement complexe pour un élu de décrire sa propre vision de la SMART CITY. Les seuls en capacité de l'évoquer sont pour l'instant les représentants du secteur privé. Ils sont quant à eux dans une démarche de concurrence commerciale et tentent par tout moyen d'emporter la confiance des élus ou des décideurs administratifs ce qui ne génère pas plus de confiance.

Le problème du financement global se pose parce qu'il est réglementairement réparti par secteurs d'activité dans le cadre des Instructions Budgétaires et Comptables imposées par la comptabilité publique. Du plus pour obtenir les financements extérieurs, ils doivent correspondre aux priorités régionales, nationales et européennes pour être accompagné des fonds correspondants. Le projet global, cohérent et utile se retrouve ainsi morcelé, expérimental et inopérant très loin des ambitions initiales.

Finalement, l'entente institutionnelle entre administrations de la ville et de la communauté urbaine ne fonctionnant pas, la décision politique ne sera jamais prise.

## VI- La Smart City participe à la rupture d'égalité des droits

L'observation du phénomène des SMART CITY est particulièrement bien décrit par Carlos Moreno lorsqu'il évoque « l'enjeu de l'ubiquité pour le futur qu'est la donnée territoriale » (2020 : 147-163). L'ensemble des projets SMART favorisant l'aide à la personne ne sont actuellement proposés que dans les villes. Le pari des urbanistes porte sur le rassemblement des populations vers les mégapoles. Mais, en France, la pandémie du Covid 19 nous a donné à observer des réactions totalement inverses. On ose évoquer aujourd'hui « l'exode urbain » comme un phénomène social persistant et en nette augmentation. Parallèlement les villes françaises luttent contre un mal endémique qui est la désertification des cœurs de ville.

Les confinements successifs et les restrictions sanitaires sont rapidement devenus insupportables pour les citoyens en comparaison avec la relative liberté de « prendre l'air » en ruralité. L'exode urbain est aussi appuyé par deux tendances fortes de notre époque, la première qui est d'ordre idéologique et écologique (le rapprochement vers la nature), la seconde d'ordre technologique avec la capacité désormais offerte par le THD de télétravailler. Il n'est plus besoin d'être proche de son centre décisionnel pour être efficace. On observe désormais une tendance durable d'un retour des habitants vers la ruralité. Le marché de l'immobilier est sans doute un bon indicateur pour confirmer une tendance sur sa durabilité. Dès décembre 2020, les recherches en biens immobiliers en ruralité représentaient 66,7 % contre 57,2 % avant la crise Covid. Dans le même temps la recherche de

maison a progressé de 58,2 % alors que les appartements n'ont progressé que de 7 %.<sup>210</sup>

Le concept SMART CITY reste pourtant d'actualité dans ce qu'il apporte en bénéfique aux citoyens. Pourtant il engendre une rupture contractuelle à l'un des principes fondamentaux de la République française qui est l'Égalité. Si l'État (les collectivités territoriales) met en place des dispositifs de santé, de sûreté, de sécurité et de solidarité dans les villes, il crée un droit par l'accès à de nouveaux services au public. Un droit institutionnel est alors une disposition applicable à chacun des Français. La limite de l'exercice est ainsi constatée dans l'incapacité financière et technologique des collectivités locales à proposer pour chaque citoyen sur l'ensemble du territoire français ces mêmes services ou à la même hauteur alors même que ceux-ci nous paraissent des plus essentiels.

Cette rupture territoriale des droits est aggravée par une organisation administrative de la France inopérante dans ce domaine particulier. Les zones ou circonscriptions n'ont eu de cesse de changer durant les 35 dernières années<sup>211</sup>, accompagnée par des lois redistribuant les compétences des uns et des autres, réduisant de façon drastique les capacités budgétaires pour certains, obligeant les postes de dépenses pour d'autres et pour, à termes, rendre le dispositif illisible, incompréhensible et souvent très inefficace et beaucoup trop lent.

Il s'agit donc d'inventer une solution d'urgence pour réaménager le territoire tout entier en donnant cette fois-ci la priorité à la ruralité parce qu'elle souffre de la fracture profonde avec les zones urbaines. Cette solution d'urgence vise à pallier l'absence de compétence technologique et technique de l'État tout comme sa faible capacité budgétaire dans un secteur en pleine évolution où l'industrie du numérique est ressentie comme un « glouton opportuniste ». Seul le dispositif d'économie mixte permettrait une démarche mesurée et contrôlée.

Le travail conduit à ce jour dans le domaine de la SMART CITY ne concerne, comme son nom l'indique que les métropoles pour des raisons essentiellement économiques. La concentration de population réduit d'autant les investissements et présente pour les entreprises privées impliquées un facteur de rentabilité immédiat. Ce phénomène augmente d'autant la fracture sociale et territoriale parce dans la ruralité, les infrastructures, l'habitat et les résidents sont éparés.

Cela démontre que le questionnement sur les nouveaux modèles économiques liés au service public doit aller, en fait, bien au-delà si l'on considère que ce type d'aménagement correspond en particulier à l'aide et l'assistance aux personnes les plus vulnérables. L'État se trouve à la croisée des chemins : entre colbertisme et libéralisme : une ambiguïté de choix politique que les 50 dernières années de gouvernance de la France n'ont pas pu lever.

D'une part, les évolutions envisagées ne se déclinent pas uniquement sur les services relevant des compétences de telle ou telle collectivité territoriale mais de plusieurs à la fois, notamment les services publics industriels et commerciaux, mais concernent tous les secteurs de l'action publique territorialisée (sécurité, sûreté, santé, salubrité, emploi, transports, etc.). D'autre part, les GAFA et autres nouveaux

---

210 Sources : Statista.com – statistiques : *Part de la vente et achat de logement en France*. Consulté le 3 juillet 2021 à l'adresse <https://fr.statista.com/themes/3293/1-epargne-immobiliere-en-france/>

211 Les Lois Defferre, premières lois de décentralisation. Consulté le 5 mai 2021 à l'adresse <https://www.vie-publique.fr/eclairage/38438-les-lois-defferre-premieres-lois-de-decentralisation>

entrants du numérique sont loin d'être les seuls à venir modifier le jeu d'acteur : la recomposition du paysage est bien plus complexe et hétéroclite. Enfin, les collectivités locales sont tout autant percutées par les nouvelles attentes des citoyens eux-mêmes, (la crise pandémique ayant exacerbé les besoins de connexion) que par la stratégie des opérateurs : les changements sont autant du côté de la demande que de l'offre.

## VII- Du courage politique à s'engager dans la gestion de l'accompagnement des aînés

Selon les statistiques de l'OCDE<sup>212</sup>, la France alloue 11.2 % de son PIB à la santé, un effort équivalent à celui de l'Allemagne. Cette dépense est stable depuis 2009 avec une croissance moyenne de 1,4 % par an. Pourtant, d'aucuns déplorent le manque de moyens. Depuis 2006, les investissements des hôpitaux publics ont diminué de 45 % et ceux des cliniques privées de 57 %, toujours selon les mêmes statistiques. Ces baisses ne se traduisent pas par des investissements dans d'autres secteurs de la santé comme la recherche fondamentale ou l'innovation médicale. La France fait partie des rares pays développés dans lesquels les infirmiers sont moins bien payés que la moyenne des salariés alors même que les dépenses de santé sont parmi les plus élevées au monde. Cet exemple tend à démontrer le cœur de la défaillance française : une gestion comptable et centralisée méconnaissant des besoins des professionnels et des patients.

C'est un problème très français. La France souffre d'une gestion centralisée et d'une administration trop lourde qui réduisent l'efficacité des dépenses publiques. Tant que le financement sera défini à l'échelon national (voire européen) alors que les besoins précis ne peuvent être connus qu'à l'échelle locale, le pays continuera à dépenser beaucoup et mal.

Le réseau et le stockage du data, quant à eux, doivent être favorisés et financés par l'État (en passant par les crédits européens jusqu'aux collectivités territoriales) sous le principe du « qui commande, paye ». La commercialisation de ce réseau aux opérateurs privés en charge de satisfaire les besoins identifiés dans le cadre de l'assistance aux aînés (entre autres) et selon un cahier des charges prédéfini, autorisera l'Etat (ou les collectivités territoriales) à recouvrer, à termes, l'investissement initial et d'en garantir la maintenance.

Être propriétaire des réseaux et des données, c'est se garantir l'autorité de gestion et d'usage et d'en assumer la sécurité. C'est aussi la garantie que ce réseau innerve la totalité du territoire y compris jusqu'aux habitants les plus isolés. Au niveau international, l'usage « intelligent » des données numériques a été exemplaire dans le cadre de la pandémie avec le suivi et le traçage du COVID 19. Dans la contrainte sécuritaire, il s'agissait de protéger la vie privée et les données lors de l'utilisation d'application de la biométrie. On a pu observer que les gouvernements étaient parvenus à collaborer avec les fournisseurs de services de télécommunications pour accéder aux données de géolocalisation afin de suivre les mouvements de population.

Il y a là aussi, dans le cadre de l'accompagnement de nos aînés, par le suivi et l'assistance numérique des barrières à franchir et des murs à faire tomber.

---

212 OCDE : Global Health Expenditure Database - EOC.D.Stat : *Dépenses de santé et financement* - consulté le 2 juillet 2021 à l'adresse <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>

C'est donc une formidable opportunité de courage politique qui se propose aujourd'hui aux différentes gouvernances françaises (nationale et locales). Elle est encouragée et attendue de toute part, tant des bénéficiaires, des usagers que des industriels. Elle est aussi la promesse de bassins d'emploi sur les nouveaux métiers liés à la « silver économie ». Il s'agit désormais de promouvoir un engagement inclusif dans la conception et la mise en œuvre de la politique rurale à la même hauteur que la politique urbaine. S'agissant des investissements à consentir dans l'aide et l'accompagnement des aînés, il faut d'emblée refouler toute limite d'administration et toute gestion centralisée et positionner la gouvernance à une échelle géographique pertinente. Enfin il faut soutenir les interdépendances et la coopération entre les zones urbaines et les zones rurales.

Cet élan nouveau est générateur de bien vivre ensemble. Il autorise et favorise le retour d'une cohésion sociale et territoriale qui fait défaut à la France et qui s'aggrave. L'aménagement numérique du territoire est aussi essentiel voire fondamental, aujourd'hui, que le fut l'électrification, l'eau courante, ou encore le téléphone filaire. Pour ces derniers grands chantiers nationaux, l'État français avait consenti des efforts hors du commun. Aujourd'hui, l'immobilisme de l'État a été devancé par les opérateurs privés. Il s'agit désormais de recouvrer un équilibre pour garantir la capacité de réalisation de l'essentiel : protéger les plus faibles et garantir la vie privée de chacun, favoriser le maintien à domicile et préserver la dignité de l'individu.

Face au défi de la croissance démographique, des inégalités qui se creusent et de l'urgence écologique, une économie nouvelle est à inventer, en lien avec des modes de vie qui évoluent vers la recherche d'une meilleure qualité de vie. Les territoires ruraux, longtemps négligés et sous-estimés, ont tous les atouts pour être au centre de cette révolution à venir. Mais pour que cette promesse advienne, il faut changer de paradigme en matière d'aménagement du territoire et d'adaptation de notre société. Il devient donc essentiel de favoriser la complémentarité plutôt que l'opposition entre les villes et les campagnes.

C'est là un défi formidablement moderne et parfaitement humaniste.

## Références

- Bachelet, F. (2017). *Politiques sanitaires et sociales*. Lille : Sciences Po. Consulté le 12 juin 2021 à l'adresse [http://www.sciencespo-lille.eu/sites/default/files/Etudier/seminaires\\_ouverture/politiques\\_sanitaires\\_et\\_sociales\\_-\\_f.bachelet.pdf](http://www.sciencespo-lille.eu/sites/default/files/Etudier/seminaires_ouverture/politiques_sanitaires_et_sociales_-_f.bachelet.pdf)
- Bentata, P. (2021). « Si la santé est précieuse, confions sa gestion au marché ». Paris : IREF. Consulté le 4 août 2021 à l'adresse <https://fr.irefeurope.org/Publications/Journal-des-Libertes/article/Si-la-sante-est-precieuse-confions-sa-gestion-au-marche>
- Conseil Dépendance. *Panorama des EHPAD 2020*. Consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse <https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/>
- Desmares-Poirrier, C. (2020). *L'exode urbain. Manifeste pour une ruralité positive*. Paris : Editions Terre Vivante.
- Guérard, S. (Dir.). (2016). *Regards croisés sur l'économie mixte. Approche pluridisciplinaire Droit Public et Droit Privé*. Paris : Editions L'Harmattan.
- INSEE. Consulté le 1<sup>er</sup> juillet 2021 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277640>

- INSEE. Consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- INSEE. Consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488#:~:text=Le%20vieillessement%20de%20la%20population,1%20points%20en%20vingt%20ans>
- Loi de décentralisation (2 mars 1982). *Droits et libertés des communes, des départements et des régions*
- Loi (7 août 2015). *Nouvelle organisation territoriale de la République*.
- Loi de décentralisation (7 janvier 1983). *Répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État*.
- Loi de décentralisation (22 juillet 1983).
- Lois Defferre. Premières lois de décentralisation. Consulté le 5 mai 2021 à l'adresse  
<https://www.vie-publique.fr/eclairage/38438-les-lois-defferre-premieres-lois-de-decentralisation>
- Loi Paul Constans (1918). *Création d'un ministère de santé publique*. Consulté le 12 juin 2021  
à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2012>.
- Moreno, C. (2020). *Droit de cité. De la « ville-monde » à la « ville du quart d'heure*. Paris : Editions de l'Observatoire.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 6 juillet 2021 à l'adresse  
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/infographie-lhebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres-cles>
- OCDE. Global Health Expenditure Database - EOECD.Stat : *Dépenses de santé et financement* – consulté le 2 juillet 2021 à l'adresse  
<https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/base-donnees-sante.htm>
- Pierre-Latour, M. (2020). « Décentralisation et organisation territoriale : vers un retour de l'État ». Paris : Institut Rousseau. Consulté le 3 août 2021 à l'adresse <https://www.institut-rousseau.fr/decentralisation-et-organisation-territoriale-vers-un-retour-a-letat/>
- Statista.com – statistiques : *Part de la vente et achat de logement en France*. Consulté le 3 juillet 2021 à l'adresse <https://fr.statista.com/themes/3293/l-epargne-immobiliere-en-france/>



## Les aînés face aux nouvelles technologies : inégalités sociales ?

Elders facing new technologies: social inequalities?

**Bertrand SOUBELET<sup>213</sup>**

Vice-Président Objectif France  
Saint-Jean de Luz, France

<https://orcid.org/0000-0002-2594-8514>

[bertrand.soubelet@sfr.fr](mailto:bertrand.soubelet@sfr.fr)

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4256>

DOI : 10.25965/trahs.4256

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Résumé :** En moins d'un demi-siècle, l'allongement de la durée de vie et les changements de paradigmes sociaux et familiaux ont profondément modifié les conditions du vieillissement.

La proportion de la population au-delà de la vie active est de plus en plus importante avec des facteurs de vulnérabilité : difficultés de santé physique, santé mentale, isolement, sentiment de décrochement ou de déclassement. Dans cette perspective les nouvelles technologies sont un formidable outil pour accompagner les aînés et faire en sorte de réduire leurs vulnérabilités. Surveillance à distance, téléconsultations, dispositif d'alerte connectés, domotique sont des outils efficaces pour rompre l'isolement des aînés et apporter des solutions concrètes aux difficultés quotidiennes. Cela nécessite que l'ensemble du territoire national bénéficie d'une couverture numérique optimale. Dans le cas contraire cela contribuerait à créer une disparité de traitement susceptible de mettre une partie de la population des aînés en difficulté.

C'est un devoir collectif de protéger les aînés en situation de vulnérabilité en rendant possible cet accompagnement qui comprend leur protection physique avec les services de sécurité.

Ils sont devenus une cible privilégiée de certains délinquants et cette dimension doit être également prise en compte. C'est le rôle des collectivités territoriales et de l'Etat de faire en sorte que l'accès aux nouvelles technologies appliquées à la vie quotidienne soit garanti à tous les citoyens et tout particulièrement les aînés sans que la question financière soit un obstacle.

**Mots clés :** aînés, vulnérabilités, sécurité, numérique, inégalités

**Abstract:** In less than half a century, the increase in life expectancy and changes in social and family paradigms have profoundly changed the conditions of aging.

---

<sup>213</sup> Général de la gendarmerie nationale. S'est fait connaître en 2013 à la suite de ses déclarations mettant en lumière les difficultés quotidiennes de la gendarmerie pour lutter contre la délinquance en évoquant celles de la justice avec une grille de lecture sans concessions. Sous la pression politique il est alors muté, puis une fois mis à l'écart de la scène publique, perd ses fonctions.

Il est l'auteur de *Tout ce qu'il ne faut pas dire* (2016) qui deviendra un best-seller et de *Sans autorité, quelle liberté ?* (2007).

The proportion of the population beyond working life is increasing with vulnerability factors : physical health difficulties, mental health, isolation, feeling of disengagement or downgrading. In this perspective, new technologies are a great tool to help seniors reduce their vulnerabilities. Remote monitoring, teleconsultations, connected alerting, home automation are effective tools to break the isolation of seniors and provide concrete solutions to everyday difficulties. This requires optimal digital coverage for the entire national territory. Otherwise, it would contribute to a disparity in treatment that could put some of the elderly population in difficulty.

It is a collective duty to protect seniors in vulnerable situations by making possible this support, which includes their physical protection with the security services. They have become a preferred target of some offenders and this dimension must also be taken into account. It is the role of local authorities and the State to ensure that access to new technologies applied to daily life is guaranteed to all citizens, especially the elderly, without the financial issue being an obstacle.

Keywords: seniors, vulnerabilities, security, digital, inequalities



Le monde des aînés est bien plus complexe au XXI<sup>ème</sup> siècle qu'il ne l'était il y a moins de 50 ans. Il est, par un effet mécanique, beaucoup plus important en nombre d'individus avec des caractéristiques bien différentes de ceux que l'on qualifiait de 3<sup>ème</sup> âge en France, à la fin des années 80.

Cette complexité s'explique par de nombreux facteurs dont le plus important est l'allongement de la durée de la vie. L'espérance de vie en moyenne dans le monde a bondi de 20 ans entre 1965 et 2015. Malgré des disparités conséquentes entre les différents continents, en Europe, la durée de vie pour une femme se situe au-dessus de 83 ans et pour un homme aux alentours de 78 ans.

Nos aînés vivent aujourd'hui, en moyenne, au moins 20 ans après avoir cessé leur vie professionnelle car nos modes de vie et l'amélioration du niveau de forme et de santé fait reculer l'échéance de la dépendance et des effets de la vieillesse. Mais un constat s'impose. Cette partie de la vie qui démarre après qu'ait cessé la quasi-totalité des activités rémunératrices ou sociales est de plus en plus longue avec de grandes disparités de situation.

On peut considérer qu'une personne qui vit en moyenne 75 ans aura connu plusieurs évolutions technologiques majeures dans sa vie. Or la capacité d'adaptation d'une personne diminue avec l'âge pour des raisons d'usure de l'organisme devant laquelle nous ne sommes pas tous égaux. Et le rythme d'évolution des nouvelles technologies rend encore plus difficile le processus d'appropriation.

Parfois les problèmes de santé physique et de santé mentale associées à l'âge aggravent cette situation. En outre en dehors de tous ces facteurs s'ajoutent parfois un sentiment de décrochement au regard de l'évolution de la société et une sorte de découragement, voire de refus face à un monde qui ne cesse de changer.

Il y a encore une quarantaine d'années une évolution sociale majeure n'avait pas encore touché notre pays. Jusque-là, la structure familiale prenait en charge ceux qui étaient qualifiés à l'époque de 3<sup>ème</sup> âge. La solidarité familiale était la règle car le mode de vie et le contexte socio-économique le permettaient. Le développement de grandes métropoles a accéléré le processus d'attraction urbaine et, parallèlement, d'isolement géographique des aînés. Cet isolement été accéléré ces 20 dernières années par les choix politiques qui ont contribué à priver certaines parties du territoire de services nécessaires au quotidien.

Cet isolement géographique s'accompagne souvent d'un l'isolement psychologique et moral qui est une vulnérabilité supplémentaire.

Tous ces facteurs pris isolément et parfois conjugués contribuent à la fragilisation de la population des aînés car l'évolution rapide de la société nécessite leur accompagnement pour éviter un décrochement.

Les nouvelles technologies sont un moyen d'accompagnement et de facilitation de la vie quotidienne des aînés mais également une potentielle cause de disparités de traitement. En effet malgré l'isolement géographique, la couverture numérique du territoire permet aux personnes âgées isolées de conserver un lien avec leurs proches, de consulter un médecin ou de commander des biens et des services par exemple.

Pour certaines personnes dépendantes, les systèmes de surveillance et d'alerte individuels permettent de réagir à des situations de danger : maladie ou chute par exemple. La seule condition est d'être un minimum familiarisé avec ces techniques et ces processus qui ne sont pas toujours intellectuellement accessibles pour tous. C'est une limite qui tient à la capacité de la personne à maîtriser l'utilisation des

outils numériques. Mais les dispositifs automatisés commencent à pallier cet inconvénient.

En termes de numérique et d'accès aux nouvelles technologies, la plus grande rupture d'égalité est l'insuffisance de la couverture numérique sur l'ensemble du territoire national. En fonction de leur localisation géographique deux personnes ne pourront pas accéder aux mêmes services en raison de la qualité voire de l'absence de réseau internet.

C'est un élément déterminant.

Garantir à chaque personne l'accès à tous les services offerts par la technologie est un devoir pour la collectivité. C'est d'autant plus important pour nos aînés rendus vulnérables à la fois en raison de leur âge et de leur isolement. C'est aussi une manière de les protéger, eux qui sont une cible privilégiée pour des profiteurs et des délinquants, car on ne peut pas passer sous silence cette nouvelle forme de délinquance, en nette augmentation qui atteint des personnes n'ayant plus le réflexe de prudence élémentaire. Parfois, les forces de sécurité n'en sont même pas informées car pour déposer une plainte il faut se déplacer parfois loin ou avoir une certaine maîtrise de l'informatique. Autant de difficultés qu'une personne qui n'est pas toujours en pleine possession de ses moyens ne peut pas surmonter.

Cette délinquance prend des formes variées parfois classique comme les vols par ruse à domicile en se faisant passer pour des agents publics ou proposant des services divers, des cambriolages avec ou sans violence. Les escroqueries ont changé de nature et désormais sont l'œuvre de délinquants rompus au fonctionnement de l'informatique et dont l'imagination n'a pas de limites.

Par ailleurs beaucoup de cas d'abus de faiblesse sont l'œuvre d'aidants peu scrupuleux qui profitent de la proximité avec leurs bénéficiaires.

Pour toutes ces raisons il y a donc incontestablement une plus grande fragilité des aînés face au progrès et à la technologie en particulier pour ceux qui ne maîtrisent pas complètement l'informatique mais il est difficile pour autant de parler d'inégalités sociales, car nous n'avons pas tous le même patrimoine génétique, la même éducation, le même parcours, les mêmes épreuves de vie, la même résistance aux effets de l'âge ou de la maladie. Cela entraîne de grandes disparités sur lesquelles nous n'avons aucune prise.

Mais ces disparités de situations ne doivent pas être aggravées par une inégalité d'accès aux services que procurent les nouvelles technologies. C'est le rôle des collectivités territoriales et de l'Etat de garantir cet accès afin de ne pas générer un handicap technique majeur et préjudiciable au bien-être de nos aînés, car les nouvelles technologies dont la surveillance à distance, les téléconsultations, la domotique et d'une manière générale l'accès à des informations en temps réel par informatique sont de nature à réduire les inconvénients des effets du changement de paradigme sociétal.

L'isolement des aînés et les difficultés dues à l'âge peuvent être minorées avec un accompagnement rendu possible grâce au numérique. C'est une autre vision de la vieillesse qui nécessite une adaptation des modes de fonctionnement de l'aide à la personne. Les seuls impératifs pour la collectivité sont d'une part de faire en sorte que l'aspect financier ne soit pas un obstacle pour permettre d'aborder cette partie de vie aussi sereinement que possible et d'autre part que ces technologies préservent l'intimité et le libre arbitre de chacun dans sa vie quotidienne.

Si ça n'était pas le cas il s'agirait non seulement d'une rupture d'égalité totalement inacceptable mais également d'une atteinte à la dignité qu'une société mature ne saurait cautionner.



## Características de los siniestros viales en adultos mayores mexicanos durante 2015 a 2019

Characteristics of road collisions in Mexican older adults from 2015 to 2019

**Carlos Alberto MIRÓN JUÁREZ**<sup>214</sup>

Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON)  
Ciudad Obregón, Sonora, México

<https://orcid.org/0000-0001-9640-7080>

[carlos.miron@itson.edu.mx](mailto:carlos.miron@itson.edu.mx)

**Eneida OCHOA ÁVILA**<sup>215</sup>

Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON)  
Red internacional ALEC  
Ciudad Obregón, Sonora, México

<https://orcid.org/0000-0002-6510-8552>

[eneida.ochoa@itson.edu.mx](mailto:eneida.ochoa@itson.edu.mx)

**Claudia GARCÍA HERNÁNDEZ**<sup>216</sup>

Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON)  
Ciudad Obregón, Sonora, México  
Red internacional ALEC

<https://orcid.org/0000-0001-6565-7589>

[cgarcia@itson.edu.mx](mailto:cgarcia@itson.edu.mx)

**Giovana Rocío DÍAZ GRIJALVA**<sup>217</sup>

Instituto Tecnológico de Sonora (ITSON)  
Ciudad Obregón, Sonora, México

<https://orcid.org/0000-0002-8612-2062>

[giovana.diazg@itson.edu.mx](mailto:giovana.diazg@itson.edu.mx)

---

<sup>214</sup> Licenciatura en Psicología por la Universidad de Sonora, Maestro en Desarrollo Regional por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. (CIAD, A. C.), Doctor en Ciencias por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. (CIAD, A. C.).

<sup>215</sup> Licenciatura en Psicología por el Instituto Tecnológico de Sonora, Maestra en Administración por el Instituto Tecnológico de Sonora, Doctoranda en Planeación Estratégica y Mejora del Desempeño y Doctora of Philosophy with a Major in Business Administration por Pacific Western University de California.

<sup>216</sup> Licenciatura en Psicología por el Instituto Tecnológico de Sonora, Maestría en Docencia e Investigación Educativa por ITSON / Universidad de las Américas, Doctora en Psicología por Pacific Western University de California.

<sup>217</sup> Licenciatura en Psicología. Universidad de Sonora. Maestra en Desarrollo Regional por el Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. (CIAD, A. C.), Doctorado en Educación: Actualmente cursando el Doctorado en Educación en la Universidad del Pacífico Norte en Mazatlán, Sinaloa.

---

URL : <https://www.unilim.fr/trahs/4328>

DOI : 10.25965/trahs.4328

Licence : CC BY-NC-ND 4.0 International

---

**Resumen:** Si bien el problema de siniestralidad vial se relaciona principalmente en jóvenes conductores, la siniestralidad vial en adultos mayores es una realidad que se presenta cada vez con mayor frecuencia en países subdesarrollados. En la literatura se refieren diversos factores relacionados a la condición de vejez y a los siniestros viales, tales como la disminución de capacidades psicofísicas y de práctica; por lo que se reconoce la necesidad de caracterizar la incidencia de siniestros en esta población. **Método:** se desarrolló un estudio descriptivo a partir de los datos de siniestros viales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía durante el periodo 2015 a 2019 a fin de identificar las principales causas de siniestros viales en adultos mayores y las características de los conductores y siniestros. **Resultados:** como principales hallazgos se encontró que, durante el año 2019, el 16.84% de los siniestros viales obedecen a conductores mayores a 60 años; también, se advierte que la tasa de crecimiento de siniestros entre 2015 y 2019 es de 24.62%, reportándose incrementos constantes entre cada año. Asimismo, se identificó que los adultos mayores es el segundo grupo con mayor vulnerabilidad a la mortalidad en siniestros. Se reconoce la necesidad de estudios enfocados a identificar factores psicofísicos y psicosociales que pudieran incidir en la siniestralidad vial en el grupo de adultos mayores.

**Palabras clave:** siniestro vial, adultos mayores, vulnerabilidad, mortalidad vial, riesgo vial

**Abstract:** Although the road accident problem is mainly related to young drivers, the road accident rate in older adults is a reality that occurs with increasing frequency in underdeveloped countries, in the literature various factors related to the condition of old age and old age are referred to. road accidents, such as the decrease in psychophysical and practical capacities. Therefore, the need to characterize the incidence of claims in this population is recognized. **Method:** a descriptive study was developed from the data on road accidents from the National Institute of Statistics and Geography during the period 2015 to 2019 in order to identify the main causes of road accidents, in older adults and the characteristics of drivers and accidents. **Results:** as main findings it was found that during 2019, 16.84% of road accidents are due to drivers over 60 years of age; it is also noted that the growth rate of claims between 2015 and 2019 is 24.62%, reporting constant increases between every year. Likewise, it was identified that the elderly is the second group with the greatest vulnerability to mortality in claims. The need for studies focused on identifying psychophysical and psychosocial factors that could influence road accidents in the group of older adults is recognized.

**Keywords:** road accident, older adults, vulnerability, road mortality, road risk

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente cada año fallecen 1.38 millones de personas debido a los siniestros viales, siendo la octava causa de muerte en todas las edades y la primera causa de muerte en jóvenes de 5 a 29 años (WHO, 2018).

De acuerdo con el reporte anual sobre la seguridad vial, la organización mundial de la salud advierte que, en los países en desarrollo y de bajo ingreso económico, particularmente en la región de Latinoamérica, se encuentran los escenarios de mayor preocupación acerca de los siniestros viales, ya que a pesar de ser estos países los que cuentan con un número menor de automóviles en comparación con su población, registran una mayor cantidad de siniestros viales (WHO, 2018).

El panorama en México no dista de la situación internacional, según el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). Tan solo en el 2019 se registraron 362,586 siniestros viales, de los cuales 65,154 fueron no fatales; es decir, registraron lesionados y 3,650 fueron fatales, teniendo registro de al menos un fallecimiento (INEGI, 2020); dentro de los accidentes fatales se registra, además en ese mismo año, un total de 14,667 fallecimientos debido a los siniestros viales (INEGI, 2019).

Si bien, la epidemiología de los siniestros viales apunta a los jóvenes como la población con mayor incidencia y afectaciones, existe una amplia literatura que advierte que los adultos mayores son también particularmente vulnerables a este fenómeno (Ribeiro, Partezani, Benedita y Bussi, 2016; Ribeiro, Partezani & Aleixo, 2017; Sadeghi-Bazargani, Samadirad & Moslemi, 2018).

Azami-Aghdash, Hossein & Sadeghi-Bazarghani (2018) desarrollan un meta-análisis en el que se aborda la epidemiología de heridas sufridas por siniestros viales en adultos mayores; en dicha investigación tras la revisión de 892 trabajos, solo 17 cumplieron con los criterios de los autores, destacando como criterio de edad de 60 años para identificar a los adultos mayores. Tras el análisis de dichos estudios los autores reportan como la parte anatómica más afectada como consecuencia de siniestros viales son el cuello y la cabeza; asimismo, identifican que los adultos mayores tienden a sufrir heridas al encontrarse dentro de un automóvil durante una colisión vial. Los autores reconocen la escasez de estudios que permitan entender mejor las características de los accidentes viales en adultos mayores.

Por otra parte, Heinrich et. al (2017) intentaron identificar las diferencias entre los patrones de heridas entre adultos mayores y jóvenes. En su estudio transeccional exploratorio, analizaron 309 reportes de autopsias en muertes por siniestros viales. Los autores reportan no identificar diferencias entre adultos mayores y jóvenes respecto al sexo y al tipo de uso vial; sin embargo, destacan que se observaron diferencias significativas entre el número de fracturas, siendo los adultos mayores quienes presentaron más lesiones que los jóvenes.

Asimismo, Sadeghi-Bazargani, Samadirad & Moslemi (2018) encontraron en población a partir de los registros de defunción por siniestros viales del año 2006 a 2016, que los adultos mayores sufren más de heridas fatales como peatones que como conductores, en comparación, los jóvenes, los adultos jóvenes y adultos medios en su mayoría fallecen en accidentes entre vehículos.

Sin embargo, se ha identificado que los adultos mayores, respecto a las tareas de conducción vehicular, presentan un decremento en habilidades relacionadas a la velocidad de respuesta y procesos cognitivos implícitos; Karthaus & Falkenstein (2016) advierten que los adultos mayores presentan menores capacidades respecto a funciones sensoriales, motoras y cognitivas que son requisitos para el desempeño

de la conducción vial, y que este deterioro obedece a procesos de desarrollo en dicha etapa de la vida. Particularmente se ha identificado que los conductores mayores de 60 años tienden a tener una mayor demora de reacción para el frenado en comparación con los jóvenes (Shin & Lee, 2012); asimismo, se ha identificado que los adultos mayores tienen mayor dificultad para tomar decisiones bajo presión en escenarios viales simulados, identificando un mayor tiempo de demora para llevar a procesos de toma de decisión (Gelau, Sirek & Dahmen-Zimmer, 2011).

Debido a lo anterior expuesto, se reconoce que los adultos mayores tienen mayor susceptibilidad a sufrir heridas graves y mortales en los siniestros viales, y a la vez, presentan una disminución en sus capacidades para atender las demandas físicas y cognitivas que las tareas de conducción vial exigen; por lo que es posible advertir que los adultos mayores son una población particularmente vulnerable a los siniestros viales y que la expresión de esta problemática debe caracterizarse de forma diferente a otros grupos de edad. Sin embargo, se identifica en la literatura una ausencia de estudios dirigidos a caracterizar los siniestros viales en la adultez tardía, especialmente, en población latinoamericana; por lo que se considera necesario el desarrollo de estudios que permitan identificar dichas características.

## Metodología

El presente estudio es descriptivo de corte transaccional, donde se utilizaron los registros de 378,671 siniestros viales reportados al año 2019 por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, 2020) en la base de datos accidentes de tránsito terrestre, en zonas urbanas y suburbanas.

Se extrajeron las variables de edad, sexo, tipo de accidente (solo daños, no fatales y fatales), causantes del accidente (conductor, pasajero o peatón, falla del vehículo y condiciones del camino), así como hora del día la cual se categorizó como mañana (6:00 a 12:00 horas), tarde (13:00 a 18:00 horas) noche (19:00 a 24:00 horas) y madrugada (1:00 a 5:00 horas); asimismo, se categorizó los grupos de edad en cinco grupos propuestos por Papalia (2009), menores (menores de 18 años), jóvenes (de 18 a 25), adultos jóvenes (de 26 a 40 años), adultos medios (41 a 60 años) y adultos mayores (más de 60 años).

Una vez diseñada y adaptada la base de datos, se procedió a obtener características estadísticas descriptivas respecto a cada una de las variables para, posteriormente, llevar a cabo comparación entre grupos a través de estadística inferencial.

## Resultados

Bajo el objetivo de caracterizar los siniestros viales en adultos mayores, se obtuvo el total de siniestros viales donde el conductor registró una edad mayor de 60 años para los últimos cinco años, contemplando el total de siniestros de 2015 a 2019, observándose un aumento en cada año consecutivo, teniendo una tasa de crecimiento de 24.62% (ver figura 1).

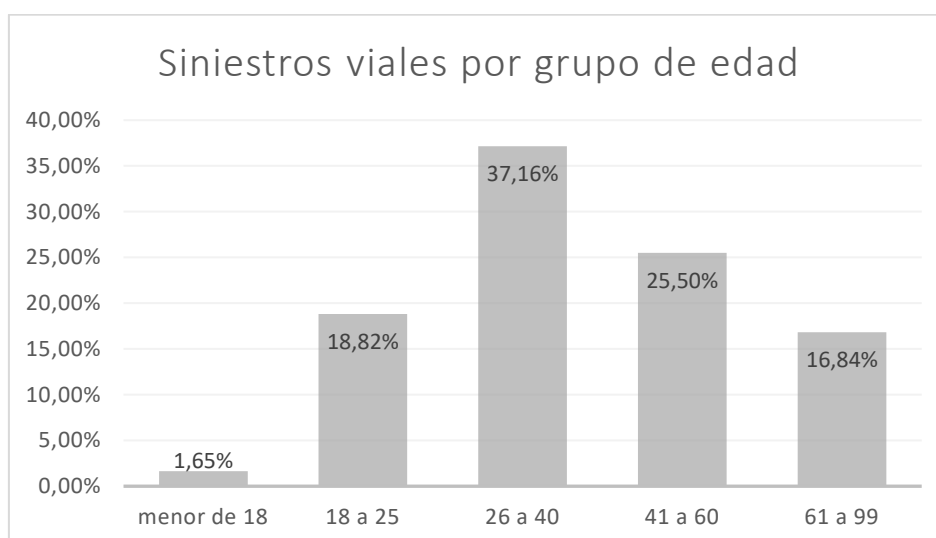
Figura 1. Incidencia de siniestros viales anuales de 2015 a 2019 en adultos mayores



Fuente: INEGI, 2020

Por otra parte, se obtuvieron los porcentajes de siniestros viales para el año 2019. Entre cada uno de los grupos de edad, se encontró que los menores de 18 años registraron solo 1.65% de los siniestros, los jóvenes el 18.82%, los adultos jóvenes con el mayor porcentaje de 37.16%, los adultos medios con 25.5% y el 16.84% correspondió a los adultos mayores (ver figura 2).

Figura 2. Incidencia de siniestros viales en 2019 entre grupos de edad



Fuente: INEGI, 2020

Para identificar la vulnerabilidad de los adultos mayores se llevó a cabo una comparación en tabla cruzada, entre la frecuencia de conductores fallecidos y los grupos de edad, filtrando solo los siniestros en los que el conductor fue responsable (ver tabla 1). Se observó que tanto el grupo de menores de 18 años, el de jóvenes y el de adultos mayores mostraron una mayor representación en los casos de fallecimiento, siendo esta comparación significativa con una chi-cuadrada de 188.184(4) y una significancia de 0.000.



Tabla 1. Tabla cruzada de grupo de edad y conductor muerto en siniestro vial

Grupo de edad		Conductor Muerto		Total
		No	Si	
menor de 18	Frecuencia	5014	62	5076
	Porcentaje	1.7%	3.9%	1.7%
18 a 25	Frecuencia	56242	343	56585
	Porcentaje	18.9%	21.5%	18.9%
26 a 40	Frecuencia	110566	492	111058
	Porcentaje	37.2%	30.8%	37.1%
41 a 60	Frecuencia	75473	282	75755
	Porcentaje	25.4%	17.6%	25.3%
61 a 99	Frecuencia	50097	419	50516
	Porcentaje	16.8%	26.2%	16.9%
Total	Frecuencia	297392	1598	298990
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI (2020)

En lo que respecta a la condición de conductor herido, se comparó la incidencia entre dicha variable y los grupos de edad, obteniendo una chi-cuadrada de 146.173(4) con .000 de significancia; identificándose a los menores de edad, los jóvenes y los adultos mayores, con mayor representatividad en el grupo de conductores heridos (ver tabla 2).

Tabla 2. Tabla cruzada de incidencia y porcentaje de conductor herido por grupo de edad

		Conductor Herido		Total
		No	Si	
Menor de 18 años (Menores)	Frecuencia	4972	104	5076
	Porcentaje	1.7%	4.1%	1.7%
18 a 25 años (Jóvenes)	Frecuencia	55965	620	56585
	Porcentaje	18.9%	24.3%	18.9%
	Frecuencia	110169	890	111059

26 a 40 años (Adultos Jóvenes)	Porcentaje	37.2%	34.8%	37.1%
	Frecuencia	75201	555	75756
41 a 60 años (Adultos Medios)	Porcentaje	25.4%	21.7%	25.3%
	Frecuencia	50130	386	50516
61 a 99 años (Adultos Mayores)	Porcentaje	16.9%	15.1%	16.9%
	Frecuencia	296437	2555	298992
Total	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI (2020)

Asimismo, se cruzó la incidencia de la hora del siniestro y el tipo de siniestro solo en adultos mayores; se identificó un efecto significativo al obtener un valor de 211.011(6) en chi-cuadrada, con una significancia de .000; la tabla cruzada muestra que los accidentes fatales tuvieron una mayor representatividad en el horario de madrugada, mientras que los siniestros con solo daños materiales y con heridas no fatales no mostraron diferencias importantes entre los horarios de registro (ver tabla 3).

Tabla 3. Tabla cruzada de hora del día de siniestro y tipo de siniestro en adultos mayores

Tipo de Siniestro		Hora del Día del siniestro				Total
		6am a 12hrs (Mañana)	13 a 18hrs (Tarde)	19 a 24hrs (Noche)	1 a 5hrs (Madrugada)	
Solo daños	Frecuencia	3038	3344	2136	577	9095
	Porcentaje	16.7%	16.8%	19.3%	15.2%	17.2%
No Fatal	Frecuencia	14933	16421	8767	3094	43215
	Porcentaje	82.2%	82.3%	79.2%	81.4%	81.6%
Fatal	Frecuencia	191	193	164	129	677
	Porcentaje	1.1%	1.0%	1.5%	3.4%	1.3%
Total	Frecuencia	18162	19958	11067	3800	52987
	Porcentaje	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI (2020)

Para indagar en el posible efecto del horario del siniestro, se obtuvo un cruce entre la incidencia de siniestros por hora del día registrado y la condición de fallecimiento del conductor. En todos los siniestros causados por un conductor adulto mayor, se encontró un efecto significativo a .000 con chi-cuadrada de 152.447(3),

observándose una representatividad considerable en los conductores muertos registrados en el horario de 1 a 5 horas del día (ver tabla 4), mientras que en los demás horarios la distribución es similar entre ellos.

Tabla 4. Tabla cruzada de incidencia de conductor muerto y hora del día del siniestro en adultos mayores

Conductor Muerto		Hora del día				Total
		6am a 12hrs Mañana	13 a 18hrs Tarde	19 a 24hrs Noche	1 a 5hrs Madrugada	
No	Frecuencia	18035	19846	10965	3705	52551
	Porcentaje	99.3%	99.4%	99.1%	97.5%	99.2%
Si	Frecuencia	127	112	102	95	436
	Porcentaje	0.7%	0.6%	0.9%	2.5%	0.8%
Total	Frecuencia	18162	19958	11067	3800	52987
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI (2020)

Por último, no se encontró un efecto significativo respecto a conductores heridos con relación a la hora del día de los siniestros en adultos mayores, obteniendo una chi-cuadrada de 1.643(3) y una significancia de .650; los porcentajes de distribución entre cada uno de los horarios fue similar tanto en los siniestros sin conductor herido como en siniestros con heridas.

Tabla 5. Tabla cruzada de incidencia de conductor herido y hora del día del siniestro en conductores de tercera edad

Conductor Herido		Hora del día				Total
		6am a 12hrs Mañana	13 a 18hrs Tarde	19 a 24hrs Noche	1 a 5hrs Madrugada	
No	Frecuencia	18027	19821	10980	3768	52596
	Porcentaje	99.3%	99.3%	99.2%	99.2%	99.3%
Si	Frecuencia	135	137	87	32	391
	Porcentaje	0.7%	0.7%	0.8%	0.8%	0.7%
Total	Frecuencia	18162	19958	11067	3800	52987
	Porcentaje	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de INEGI (2020)

## Conclusiones

A partir de la incidencia de siniestros viales en adultos mayores dentro de los últimos cinco años registrados en México, es posible sugerir un incremento constante en el involucramiento de personas mayores de 60 años en siniestros viales; lo anterior coincide con lo mencionado por Azami-Aghdash, Aghaei & Sadegui-Bazarghani (2018), quienes advierten que debido al aumento mundial de la población de tercera edad, así como la mejoría en su calidad de vida y la necesidad de movilidad, este grupo poblacional se encuentra incursionando cada vez más en la problemática de siniestros viales. Lo anterior se corrobora al observar que, si bien los jóvenes siguen siendo el principal grupo involucrado en siniestros viales, los adultos mayores son los causantes del 16.84% de dichos siniestros.

Al indagar acerca de la vulnerabilidad que tienen los adultos mayores frente a los siniestros viales, se identificó que, en los porcentajes de la distribución de conductores fallecidos, los adultos mayores son el grupo con mayor porcentaje después de los conductores jóvenes. No obstante, en los porcentajes de conductores heridos, el grupo de adultos mayores tuvo una menor participación en la distribución; lo anterior denota una particularidad respecto a la mortalidad de los adultos mayores en escenarios de siniestros viales; como lo sugerido en estudios anteriores, los adultos mayores tienden a sufrir heridas que, a diferencia de otros grupos de edad, son más letales debido a características particulares de dicha población, tales como la disminución de masa muscular y resistencia ósea (Heinrich et. al, 2017; Azami-Aghdash, Hossein & Sadeghi-Bazarghani, 2018; Sadeghi-Bazargani, Samadirad & Moslemi, 2018).

Asimismo, se logró identificar en los siniestros provocados por adultos mayores, una proporción significativa de accidentes fatales en el horario de 1 hora a 5 horas. A diferencia de otras horas del día, los accidentes son más fatales en esta población en dicho horario, al ser un escenario donde la falta de iluminación y factores como el cansancio pueden estar presentes; asimismo, se observó una mayor fatalidad en dicho escenario para los adultos mayores. Lo anterior puede deberse a lo mencionado respecto a la disminución de habilidades para la conducción (Karthaus & Falkenstein, 2016); aunque no se debe descartar que, así como en la población de conductores jóvenes, el uso de bebidas alcohólicas al conducir es recurrente en ese horario.

Los hallazgos reportados en el presente estudio permiten advertir a los conductores en edad de adultez tardía como una población altamente vulnerable a los siniestros viales, y que dicha población va en aumento. Dicha vulnerabilidad no radica principalmente en la frecuencia sino en la mortalidad de los siniestros, así como el involucramiento en escenarios de mayor demanda de competencias en la conducción vial.

Se reconoce la necesidad de estudios enfocados a identificar factores psicofísicos y psicosociales que pudieran incidir en la siniestralidad vial en el grupo de adultos mayores.

## Referencias

- Azami-Aghdash, S., Hossein, M. & Sadeghi-Bazarghani, H. (2018). "Epidemiology of Road Traffic Injuries among Elderly People; A Systematic Review and Meta-Analysis". *Bulletin of Emergency and Trauma*, 6(4), 279 - 291. DOI: 10.29252/beat-060403.
- Gelau, C., Sirek, J., & Dahmen-Zimmer, K. (2011). "Effects of time pressure on left-turn decisions of elderly drivers in a fixed-base driving

simulator”. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*, 14(1), 76-86.

Heinrich, D., Holzmann, C., Wagner, A., Fischer, A., Pfeifer, R., Graw, M. & Schick, S. (2017). “What are the differences in injury patterns of young and elderly traffic accident fatalities considering death on scene and death in hospital?” *International Journal of Legal Medicine*, 131, 1023 – 1037. DOI: /10.1007/s00414-017-1531-8

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2019). *Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido*. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales. Recuperado en. <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI]. (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial en recuerdo de las víctimas de los accidentes de tráfico*. Comunicado de Prensa Núm. 531/20. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP\\_Acctraf20.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/EAP_Acctraf20.pdf)

Karthaus, M., & Falkenstein, M. (2016). *Functional changes and driving performance in older drivers: assessment and interventions*. *Geriatrics*, 1(2), 12.

Ribeiro, A., Partezani, R. & Aleixo, M. (2017). “Trauma by traffic accident in elderly people: Risk factors and consequences”. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), 1-10. DOI: 10.1590/0104-07072017004220015

Ribeiro, A., Partezani, R., Benedita, C. & Bussi, G. (2016). “Geographic distribution of deaths among elderly due to traffic accidents”. *PESQUISA*, 20(1), 130-137. DOI 10.5935/1414-8145.20160018

Sadeghi-Bazargani, H., Samadirad, B. & Moslemi, F. (2018). “A decade of road traffic fatalities among the elderly in north-West Iran”. *BMC Public Health*, 18, 1 – 7. DOI 10.1186/s12889-017-4976-2

Shin, H. K., & Lee, H. C. (2012). “Characteristics of driving reaction time of elderly drivers in the brake pedal task”. *Journal of Physical Therapy Science*, 24(7), 567-570.

World Health Organization [WHO]. (2018). *Global status report on road safety 2018*. Ed. World Health Organization.



## Remerciements

### Acknowledgements

**Dominique Gay-Sylvestre**

Présidente Réseau international ALEC

Je tiens à remercier ici tous les participants au Congrès ALEC, les conférenciers nationaux et internationaux, Alain Franco, Guénaëlle Haumesser, Alain Hervet, Roger G. LeBlanc, Gil Ramos Masjuan, Rosa Kornfeld Matte, Carlos Moreno, Rodrigo Pintado Collet, Luis Rubio, Alioune Sall, Achille Tchalla, Hugues Vidor qui, malgré les difficultés engendrées par la pandémie ont maintenu leur participation et avec lesquels, avec le temps, des liens d'amitié se sont tissés.

Merci aussi à Pierre Mérigaud, ami fidèle qui m'a accompagnée et soutenue pendant les deux ans qu'a duré l'organisation du Congrès, à mes chers membres du réseau international ALEC, à mes appuis constants et amicaux Philippe Thomas, Philippe Verger, Jean-Philippe Verne, à nos différents sponsors, au laboratoire Education et Diversité en Espaces Francophones (FrEd), aux autorités de la Faculté des Lettres et des sciences Humaines (FLSH) et de l'Université de Limoges, à Anne-Marie Rocca (langage des signes) et à Maribel Zamudio (traduction) pour leur générosité.

Merci également à Madame la députée Sophie Beaudouin-Hubière pour son soutien.

Enfin, un remerciement tout particulier pour Laurent Léger. Sans lui, la revue *Trajectoires Humaines Transcontinentales* ne serait pas ce qu'elle est.



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



RÉGION  
**Nouvelle-  
Aquitaine**



**GÉRONTOPÔLE**  
NOUVELLE-AQUITAINE



Communauté urbaine



Organisation  
des Nations Unies  
pour l'éducation,  
la science et la culture



LIMOGES  
ARTS DU FEU  
ET INNOVATION

DÉSIGNÉE VILLE CRÉATIVE  
DE L'UNESCO DEPUIS 2017



département  
**Haute-Vienne**

Avec le soutien de la  
Caisse nationale de  
**solidarité pour l'autonomie**



*Efficace et solidaire*

AQUITAINE  
CENTRE  
ATLANTIQUE



LA POSTE



FrED

Éducation et Diversité en Espaces Francophones



## Trayectorias Humanas Trascontinentales

