

Serge Clément
Christine Rolland
Christine Thoer-Fabre

recherche

PUCA

Usages, normes, autonomie

analyse critique de la bibliographie
concernant le vieillissement de la population

Usages, normes, autonomie :

analyse critique de la bibliographie
concernant le vieillissement de la population

Serge Clément

Christine Rolland

Christine Thoer-Fabre

La recherche a été réalisée avec la participation de Marie-Reine Gallard (CETE Bordeaux) et de Bernard Thumerel (AIDA)

Nous remercions vivement les membres du comité de suivi :

- Christiane Flagecollet Saadna, DGUHC/PUCA/Atelier de sociologie
- Patrice Aubertel, DGUHC/PUCA
- Eric Bouquet, DGUHC/IUH1
- Isabelle Hennion, DGUHC/IUH1
- Vincent Caradec, université de Lille
- Annick Bony, ministère de la Santé
- Sylviane Roger, ministère de la Santé

Plan Urbanisme Construction Architecture
Directrice de la publication : Michèle Tilmont
Responsable de l'action : Phuong Mai Huynh
Coordination de la publication et communication : Josette Marie-Jean-Robert
PUCA / Grande Arche de la Défense
Paroi Sud – 92055 La Défense Cedex
Tél. : 01 40 81 63 86 – Fax : 01 40 81 63 78
Site : www.urbanisme.equipement.gouv.fr/puca

Collection « Recherches » du PUCA n° 177
en vente au CERTU – 9, rue Juliette Récamier – 69456 Lyon Cedex 06
Tél. : 04 72 74 59 59 – Fax : 04 72 74 57 80
Site : www.certu.fr

Sommaire

Introduction	07
Partie I. Les politiques relatives au vieillissement	13
• Présentation de certains indicateurs	13
Le vieillissement de la population : une menace pour les pays Européens ?	13
L'évaluation de la dépendance et des incapacités	14
Le coût de la dépendance	15
Nombre de personnes en institution versus à domicile	16
Vivre seul à domicile : un nouveau risque	17
• Politiques de vieillesse et de prise en charge de la dépendance	17
Des constats similaires	18
Différentes conceptions de la prise en charge de la dépendance	21
Définition et évaluation de la dépendance : pas de consensus international	28
Des volontés communes d'aménagement des dispositifs gérontologiques	30
Evaluer l'impact des politiques vieillesse	38
• Les politiques du logement	41
Situation résidentielle des personnes âgées	41
Les politiques de l'habitat des personnes âgées en Europe et au Québec	43
Nouvelles conceptions de l'habitat des personnes âgées	47
• Le marché de l'habitat des personnes âgées	49
• Discussion	50

Partie II.	Améliorations et innovations en matière d'habitat	61
	• Les enjeux de l'habitat et du vieillissement	61
	• Programmes d'action expérimentaux et principaux acteurs	62
	Le programme SEPIA	62
	Les Programmes Locaux Habitat-Services	65
	Les Contrats Locaux de Soutien à Domicile	65
	Le programme MIRE-CNAV « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population »	68
	Des systèmes de télésurveillance aux plate-formes multiservices	69
	• Les expériences innovantes	72
	Le modèle communautaire intra-générationnel	73
	L'habitation partagée intergénérationnelle	74
	L'habitat intergénérationnel aménagé	75
	Les résidences avec services	76
	La maison intelligente	77
	La maison pour tous les âges	77
	Les Opérations Programmées d'Améliorations de l'Habitat	78
	• De la technologie et du social	80
	Des besoins aux usages	80
	Du prima technique à la simplicité	85
	Architecture technique et architecture sociale	87
	• Discussion	89
Partie III.	La personne âgée dans son environnement spatial	95
	• Vieillir selon le type d'espace	95
	Vieillir en banlieue	95
	Vieillir en milieu rural	98
	Vieillir dans une zone de villégiature	98
	• La notion de « chez soi »	99
	Un concept multi-dimensionnel	99
	Reconstruire un « chez-soi » en institution	100
	• Mobilité et déplacements au sein de l'espace urbain	101
	La personne âgée : nouvelle cible des politiques de la ville ?	101
	Les déplacements des personnes âgées	103
	Différentes modalités de déplacement dans la ville : des approches centrées sur le sujet	107

• Rapport à l'espace et secondarité	108
• Discussion	108
Partie IV. Trajectoires et stratégies résidentielles	111
• Une thématique liée au contexte démographique, économique et social	111
• Les facteurs qui entrent en jeu dans les stratégies résidentielles des retraités	113
Les travaux de l'équipe de Françoise Cribier sur deux cohortes de Parisiens retraités	115
Autres recherches dans d'autres cadres géographiques	119
• Les stratégies résidentielles, une histoire de famille	124
La proximité géographique	124
La cohabitation	125
La quasi-cohabitation	127
Co-résidence et re-cohabitation	128
Le cas des migrations internationales	129
• Discussion	131
Partie V. La qualité de la vie	135
• Qualité de vie et personnes âgées : un champ de recherche qui se développe	135
• Définir la qualité de vie	136
• La qualité de vie des personnes âgées vivant en institution	138
• De la qualité de vie en institution à la démarche qualité	141
Le projet de vie	143
Les obstacles à la mise en place des démarches qualité	144
• Le maintien du lien social	145
Une vision alarmiste de l'isolement	145
Une vision plus nuancée : sentiment de solitude et stratégies individuelles	147
Une réalité multiple et complexe	148
Les membres du réseau social	149
Le maintien du lien social pour la personne âgée en institution	150
• L'environnement et les risques	151
• Discussion	154

Partie VI. L'offre de services à domicile	159
• L'alimentation	159
L'approche biomédicale en termes de nutrition	159
L'approche sociale en termes de repas	162
Le maintien identitaire à travers le repas	165
Un exemple de service à domicile : le portage de repas	165
• Les soins à domicile : la télémédecine	168
Quelles définitions ?	168
Les enjeux	169
L'évaluation	170
• Discussion	172
Partie VII. Une population spécifique : les immigrés vieillissants	175
• Une population vieillissante non envisagée	175
• Une population qui cumule les handicaps	177
• Combien sont-ils ?	178
• Une population différenciée selon son mode de logement	179
Les vieux migrants en foyer	179
Les vieux immigrés en logement social	182
• Discussion	186
Partie VIII. La participation des personnes âgées	187
• Quel pouvoir pour quelles personnes âgées ?	187
• La figure du dépendant	189
• La figure du handicapé	190
• La figure de l'utilisateur	192
• La figure du citoyen	193
Conclusion	195
• Les usages	195
• Les normes	197
• L'autonomie	198
Bibliographie	201

Introduction

L'objectif général de cette investigation bibliographique était de mettre en évidence les figures de la vieillesse attachées à l'univers de « l'habiter », construites par les différents acteurs des champs couvrant la gérontologie et les disciplines concernées par l'habitat tant au niveau scientifique qu'au niveau des études.

Il s'agissait de faire ressortir les axes de recherche développés autour de cette problématique croisée du vieillissement et de l'habitat, en dégagant les types de préconisation ou d'orientation avancés ainsi que les zones d'études déficitaires en analyse.

Etendue de l'investigation

Du fait de son objectif général et de la problématique, le champ à investiguer apparaît immense. Ainsi appréhendée la notion « d'habiter » amène à ne pas se centrer uniquement sur la question du logement, qu'il soit individuel ou collectif, mais à s'ouvrir sur celle de l'espace extérieur (voisinage, quartier, ville...). Et, de même, pour étudier la question du vieillissement, il est nécessaire d'avoir une approche couvrant diverses disciplines (sociologie, anthropologie, géographie, urbanisme, architecture, médecine...). Le nombre de documents ainsi susceptibles d'entrer dans le corpus de l'étude est très grand. Il semble donc nécessaire d'adopter une démarche adaptée de manière à rendre la tâche réalisable dans de bonnes conditions. L'attention aux notions de normes, d'autonomie, et d'usage est un fil conducteur de la recherche bibliographique, mais les aspects « réglementaires », apparus dans une première approche comme faisant appel à des questions très techniques ont été à ce niveau, avec l'accord du comité de pilotage, laissés de côté.

Profondeur historique

Il a été convenu avec le comité de pilotage de l'étude, de fixer une période d'analyse sur les 20 dernières années. En effet, les années 80 ont connu le développement des réflexions orientées vers la vieillesse en perte de capacités et l'émergence de notions référentes telles que la dépendance ou l'autonomie. C'est dans cette période que l'on a vu la création d'outils visant à les mesurer ou encore le développement d'hébergement collectif et la recherche de nouvelles formes d'habitat. Ainsi, le programme SEPIA illustre l'intérêt, (en termes de réflexions et opérations réalisées dans les années 80), pour un habitat adapté et soucieux de considérer les attentes des personnes âgées, en même temps qu'il pose la question des rapports entre usagers et professionnels de l'habitat.

Démarche adoptée

Face à l'étendue de l'investigation, nous avons procédé en deux étapes :

– dans un premier temps, nous avons réalisé un « sondage » ciblé sur le champ scientifique dans les différentes disciplines impliquées. Nous avons repéré dans la littérature scientifique (rapports, publications, actes de colloque) un nombre de recherches suffisant pour cerner les problématiques majeures, mais aussi les problématiques peu étudiées. Chaque fois que cela a été possible (pour des travaux publiés en anglais) les données sur les pays européens ont été retenues. Outre l'Europe, nous avons investigué du côté du Québec, où nous bénéficions de contacts, notamment avec un groupe de recherche pluridisciplinaire, affilié au CRAD (Centre de recherche en aménagement et développement) de l'Université Laval et regroupant des chercheurs issus des facultés d'architecture, d'aménagement, d'urbanisme, de psychologie sociale et de sociologie ainsi que de champs connexes s'intéressant aux relations personne-milieu dans les banlieues vieillissantes de la région de Québec.

– dans un second temps, nous avons réalisé un « inventaire raisonné » en ouvrant l'investigation aux projets émis hors du champ scientifique. Huit entrées ont été finalement retenues, de manière à pouvoir présenter un rapport qui soit lisible par grandes questions, même si bien des fois les mêmes documents pouvaient servir de support à plusieurs entrées (c'est pour cette raison que la bibliographie a été donnée en fin de rapport de manière générale). Ces entrées ont eu des volumes de documents, et donc des volumes d'analyses, très divers, non seulement du fait même de l'étendue du traitement des diverses entrées, mais parce que l'ordre même dans lequel nous avons analysé ces données a eu des conséquences en terme de largeur de champ.

En effet, l'analyse de la première entrée, par les **politiques**, s'est trouvée difficile à contenir, du fait que les politiques se déclinent en divers champs que l'on retrouve plus ou moins ensuite dans les autres entrées. Il nous a paru toutefois utile de regrouper dans cette analyse un grand nombre de données qui introduisaient, en quelque sorte, aux analyses suivantes.

L'analyse des **innovations en matière d'habitat des personnes âgées** a été une demande forte du comité de pilotage et nous avons essayé de détailler le compte rendu de nos lectures suffisamment pour qu'un point assez précis puisse être fait, en particulier sur les manques de la recherche ou de l'étude.

L'analyse des documents concernant **la personne âgée dans son environnement spatial** élargit le champ de l'innovation pour prendre en compte la dimension de l'habiter dans son sens plus global. Les différents espaces d'habiter sont abordés.

Tout un champ de la recherche a porté sur **les trajectoires résidentielles** : la question des mobilités a été abordée plus autrefois qu'aujourd'hui, mais ces recherches sont apparues comme exemplaires.

Avec l'entrée « **qualité de vie au grand âge** », nous abordons davantage le champ gérontologique concret. C'est par ce biais que nous avons accès aux représentations proprement gérontologiques de la vieillesse, d'un point de vue assez global, même si nous avons retenu particulièrement les sources qui avaient un rapport à l'habitat.

Les deux entrées suivantes ont été plus ciblées, dans la mesure où la documentation, souvent dispersée et mal répertoriée dans les bases de données (parce que moins scientifiques), était plus difficile à cerner. C'est ainsi que nous ne pouvions aller chercher toute la diversité des **services d'aide** au maintien à domicile des personnes âgées. Nous avons préféré nous centrer sur deux types fort différents de questionnement : d'une part l'alimentation des âgés, en partant du point de vue médical (nutritionnel) jusqu'au service de portage de repas à domicile ; d'autre part nous nous sommes intéressés à une nouvelle forme de service : la télémédecine.

De même, il était difficile de répertorier les documents sur plusieurs **populations spécifiques** : nous avons choisi la population immigrée, comme exemplaire d'un traitement très partiel par la recherche et l'étude.

Enfin, la question de la place des personnes âgées et de leur **participation** dans les programmes qui les concernent est apparue comme transversale : c'est surtout la relecture des documents répertoriés dans les entrées précédentes qui a permis l'analyse.

Méthode

Nous avons interrogé les bases de données: BDSP (Base de Données en Santé Publique), urbanet, medline, francis ainsi que le fichier central des thèses et les bulletins bibliographiques édités par la Fondation Nationale de Gérontologie. Nous avons interrogé ces bases à partir d'un ensemble de mots clés tels que: vieillesse, vieillissement, personnes âgées, habitat, habiter, logement, domicile, établissement, quartier, autonomie, dépendance, normes, valeurs, usages.

Nous avons puisé également dans les propres travaux de l'équipe en lien avec la problématique. En particulier, l'équipe a travaillé sur plusieurs programmes financés (Mire-Plan Urbain, Pir-Villes CNRS, MiRE CNAV) qui mettaient en jeu les questions d'habitat et de vieillissement sous divers aspects: la demande en services gérontologiques, la vie de vieillesse en ville, l'offre technologique, les objets techniques... Par ailleurs, le fond documentaire de nos laboratoires (celui du Centre Interdisciplinaire d'Etudes Urbaines pour l'habiter et celui de l'unité INSERM 558 pour le vieillissement) à notre disposition sur les deux grandes thématiques du projet est important.

Afin de ne pas se restreindre à des sources scientifiques, nous avons investi les différentes thématiques sur Internet par le biais de moteurs de recherche et par la consultation de sites consacrés aux personnes âgées: agevillage, seniorscopie... La recherche sur ces sites a été précieuse dans le sens où nous avons le point de vue des medias sur des opérations non repérées dans le champ scientifique.

Nous avons sélectionné les documents en fonction de l'importance de l'information qu'ils contiennent et selon la diversité des thématiques abordées. Dans ce premier temps en effet, il s'agissait surtout de mettre en évidence la plus grande diversité des figures de la vieillesse et du vieillissement mises en scène par la recherche.

Nous avons travaillé sur les documents dans leur intégralité sur la base d'une grille de lecture qui contenait les rubriques suivantes:

- Titre et référence
- Auteur(s)
- Discipline(s)
- Lieu de dépôt
- Population(s) concernée(s): personnes âgées en général, tranche d'âge spécifique, résidant d'un lieu en particulier...
- Type d'habiter: rural/urbain, domicile/établissement, quartier, expérience innovante...
- Question(s) de recherche
- Méthode: qualitative, quantitative, documentaire, essai...

– Résultats : figures (dépendant, handicapé, usager, retraité, résident, personne âgée...); articulation population/habiter; propositions, préconisations.

L'ensemble des documents étudiés a été référencé sur un logiciel de gestion bibliographique (Endnote).

L'analyse a donc été menée selon les grandes entrées définies plus haut à partir des fiches réalisées pour chaque document que ce soit un article scientifique, un rapport ou un dossier Internet. Mis à part les résultats développés par les auteurs, nous avons été attentifs aux « figures » explicites ou implicites des populations concernées par ces documents. Il était important en effet de faire le tri des catégories désignant la population âgée. On sait que les catégories de la vieillesse sont nombreuses, et que sous le terme « personnes âgées » le plus couramment répandu, se cachent des figures plus particulières qui peuvent être spécifiques de champ de recherche ou d'intérêt propres. Les auteurs n'ont pas tous (loin s'en faut) pour objet d'intérêt toutes les « personnes âgées ». Bien souvent, peuvent être représentés sous ce vocable, le « handicapé », le « dépendant », le « retraité », le « senior », le « résident » de maison de retraite, « l'utilisateur » de service, le « bénéficiaire » d'allocation... Pour les sciences sociales, c'est la figure de « l'acteur rationnel », celui qui a de bonnes raisons d'agir comme il le fait qui apparaît dominant. Nous avons lu ces documents selon ces figures, plus ou moins homogènes selon les cas, plus ou moins dominantes selon les champs de recherche ou les disciplines. Dans les analyses présentées, nous ferons référence à ces figures, qui marquent bien souvent aussi les limites et les manques repérés dans la littérature scientifique et d'étude que nous avons inventoriée.

I. Les politiques relatives au vieillissement

Présentation de certains indicateurs

Le vieillissement de la population : une menace pour les pays Européens ?

Toutes les publications sur les politiques de vieillesse mettent l'accent dans leur introduction sur la démographie du vieillissement. Conséquence de l'élévation de l'espérance de vie au cours des cinquante dernières années et de la baisse de la natalité, le nombre de personnes âgées et surtout très âgées augmente et continuera d'augmenter dans l'avenir, modifiant le rapport entre la population économiquement active et les inactifs. Ainsi, en France, la charge des inactifs sur les actifs (également nommé ratio de dépendance) passera de 52.9% en 2000 à 62.1% en 2030 (Vanderhaegen, 2003).

Les publications insistent particulièrement sur l'impact du vieillissement des cohortes du baby-boom notamment à partir de 2020, lorsque ces générations atteindront le quatrième âge. Dans les pays industrialisés, la part des plus de 80 ans dans la population totale passera de 3.8% en 1997 à 5.6% à l'horizon 2020 (Assous & Ralle, 2000). Toutefois, le vieillissement de la population ne se fait pas au même rythme selon les pays et semble plus marqué dans les pays d'Europe du Sud (Algava et Plane, 2001). Il varie également selon les régions (Vanderhaegen, 2003) et est généralement plus élevé en milieu rural où vivent 25% des ménages français (Salles, 1998).

Nombre des publications soulignent que l'augmentation rapide des plus âgés s'accompagnera d'une progression du nombre de personnes dépendantes et d'une augmentation « mécanique » des dépenses de protection sociale (Algava et Plane, 2001). L'évolution démographique est ainsi très généralement interprétée en termes de menace pour l'équilibre des régimes des retraites comme pour les systèmes de santé et d'aide sociale ; la vieillesse

étant le plus souvent envisagée sous la figure de l'inutilité sociale (Guillemard, 1994, Vanderhaegen, 2003) et de la dépendance (Ennuyer, 2002). Le souci des politiques porte alors essentiellement sur l'encadrement des dépenses sociales liées à la dépendance (Guillemard, 1994, Martin, 2003). Ce « catastrophisme démographique » a été avancé dans plusieurs pays et notamment au Royaume-Uni pour légitimer une réduction de la part des dépenses publiques (Henrard, 1997).

Plusieurs études confirment la progression de la dépendance avec l'âge (voir par exemple HID, 1998). Depuis une dizaine d'années, certains travaux tirent des conclusions plus optimistes montrant que dans la plupart des pays, les taux d'invalidité diminuent avec le temps : l'espérance de vie sans incapacité croît ainsi un peu plus vite que l'espérance de vie globale (Direction des Affaires Sociales Commission Européenne, 2003, Jacobzone et al., 2000, Paris, 2001, Robine et Mormiche, 1993, Hébert, 2002). Toutefois, au final, la question reste toujours de savoir si l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées progresse assez vite pour compenser le vieillissement de la population (Jacobzone et al., 2001).

L'évaluation de la dépendance et des incapacités

Plusieurs enquêtes épidémiologiques ont été réalisées dans différents pays pour évaluer le nombre de personnes dépendantes, qu'elles vivent à domicile ou en institution (voir annexe 2). Ces enquêtes qui visent à mesurer le taux d'incapacité des personnes âgées font appel à différents indicateurs, ce qui ne facilite pas la comparaison internationale puisque le degré d'incapacité varie selon l'échelle utilisée (Pacolet et al., 1998, Jacobzone et al., 2000, Bouget, 2003).

Nombre d'études anglosaxonnes et québécoises font référence à l'échelle des activités de la vie quotidienne (Katz) et/ou à l'échelle des activités élémentaires de la vie quotidienne. En France, la grande enquête réalisée par l'INSEE (HID, 1998-2001) visant à estimer le nombre de personnes touchées par différents handicaps et le taux de dépendance chez les personnes âgées s'est basée sur la classification de Wood. Celle-ci permet une description fine des incapacités à partir des concepts de maladie, de déficience, d'incapacité et de handicap. Elle a permis de reconstruire et de comparer différents indicateurs (Ankri, 1999)¹.

1. Colin et Couton (2000) chiffrent le nombre de personnes âgées dépendantes à :
– 1.4 million de personne avec la grille Colvez (niveau 1 à 3)
– 800 000 personnes avec l'outil AGGIR (niveau 1 à 4)
– 700 000 avec l'outil KATZ (Besoin d'aide pour au moins deux des 6 activités de la vie quotidienne retenues).

L'indicateur dont la définition fait le plus consensus au sein des différents pays de l'OCDE concerne la mesure des incapacités sévères, c'est à dire des restrictions dans au moins une des activités essentielles à la vie quotidienne (se laver, s'alimenter, se déplacer, s'habiller) (Jacobzone et al., 2000). Ces auteurs qui comparent la prévalence des incapacités sévères au sein de la population des pays de l'OCDE, montrent qu'entre 1980 et 1995, une tendance nette de diminution se dégage pour les tranches les plus jeunes des personnes de 65 ans et plus. Pour les groupes les plus âgés, les diminutions sont moins nettes avec une prévalence des incapacités égale voire même accrue dans certains pays (Royaume-Uni, Canada, Australie). En France, les taux d'incapacité diminuent pour toutes les tranches d'âge de plus de 65 ans, mais de manière un peu moins marquée pour les personnes très âgées des deux sexes (Jacobzone et al., 2000, Sermet et Grandjean, 1998).

La plupart des pays ont également réalisé des études visant à évaluer l'évolution globale du nombre de personnes âgées dépendantes. Toutefois, ces projections qui se basent sur la composante démographique et sur l'évolution de l'état de santé des personnes âgées sont très sensibles aux hypothèses retenues et à la définition de la dépendance adoptée (Bouget, 2003). Elles font apparaître de grosses variations selon que l'on privilégie une évolution statique (taux constants d'incapacité) ou dynamique de la dépendance (projection dans l'avenir des tendances passées de diminution des incapacités) (Jacobzone et al., 2000, Badeyant et Colin, 1999). Selon Jacobzone et al. (2000), le taux de croissance des personnes âgées dépendantes évoluerait de 2000 à 2020 dans une fourchette comprise entre 25 et 42% pour la France, 11 et 20% pour le Royaume-Uni, 18 et 34% pour l'Allemagne, et 6 à 28% pour la Suède. En France, le nombre de personnes dépendantes en 2040, calculé sur la base de la grille AGGIR, est évalué par Duée et Rebillard (2004), entre 1 million et 1.5 million contre 800 000 en 2000.

Le coût de la dépendance

Nombre d'études nationales et internationales s'intéressent aux implications économiques de la dépendance (voir par exemple « le prix de la dépendance » de Bouget et al., 2000). On mesure généralement la part dans le PIB des dépenses publiques consacrées à la prise en charge de la dépendance. Celle-ci varie entre un et trois pour cents selon les pays ; elle est plus élevée dans les pays scandinaves que dans les pays d'Europe du Sud (Jacobzone et al., 2000).

Toutefois, mesurer le coût de la dépendance est une opération particulièrement délicate (Joël, 2003). Dans plusieurs pays européens, la prise en charge de la dépendance relève à la fois des services sociaux et des services de santé et il n'est pas toujours aisé de différencier ce qu'il faut comptabiliser dans les frais

d'assurance maladie ou d'assistance sociale (Assous, 2001). De plus, il est difficile de mesurer l'aide obtenue dans le secteur privé et la prise en charge effectuée par les ménages (Jacobzone et al., 2000), ni les coûts indirects de l'aide informelle. Peu d'études s'inscrivant dans une perspective économique se sont penchées sur ces questions.

En ce qui concerne l'évolution des coûts de la dépendance, la plupart des études qu'elles se basent sur des dépenses par tête constantes (Algava et Plane, 2001), ou envisagent une augmentation du coût unitaire de prise en charge (Jacobzone et al., 2000), tablent sur une progression des dépenses. Cette progression n'est pas seulement la conséquence de l'augmentation du nombre de personnes âgées mais serait favorisée par d'autres facteurs comme le développement de la prévention et des soins médicaux en fin de vie et le recours croissant aux services d'aide plutôt qu'à la famille (Jacobzone et al., 2000).

Nombre de personnes en institution versus à domicile

La proportion des personnes de 65 ans et plus accueillies en hébergement collectif ou service hospitalier de longue durée varie selon les pays (voir annexe 2). Des données datant de 1995 montrent qu'en France, en Allemagne et au Royaume-Uni, les taux d'institutionnalisation sont proches de 5%. Cette proportion est un plus élevée, entre 6 et 8%, dans les pays d'Europe du Nord (Pays-Bas, Suède, Finlande, Danemark) et au Québec (10%) qui ont développé plus précocement l'hébergement collectif, considérant le placement en institution pour l'obtention de soins comme un droit du citoyen. Elle est plus faible (autour de 2% ou 3%) dans les pays d'Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce) dans lesquels la plus majeure partie de l'aide est assurée par les familles et où la cohabitation avec les enfants reste importante (Jacobzone et al. 2000). Toutefois, les comparaisons internationales sont rendues difficiles par le fait que des dénominations semblables peuvent recouvrir des situations d'hébergement très variées (Vanderhaegan, 2003). Ces disparités Nord/Sud se retrouvent au niveau de la France avec un quart Nord Ouest très équipé et une moindre capacité d'hébergement collectif dans le Sud de la France (Mesrine, 2003).

Plusieurs études ont porté sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées en institution. En France, comme au Québec, l'âge d'entrée en institution s'élève d'année en année (il était en France de 75 ans pour les hommes et de 83 ans pour les femmes selon l'enquête HID 1998). La population vivant en hébergement collectif est aux trois quart féminine (HID, 1998), très âgée (en France, 70% ont plus de 80 ans, au Québec, 46% ont plus de 85 ans), et présente pour la majorité des incapacités sévères (57% des résidents en France sont classés dans les GIR 1 à 4, contre 63% des résidents au Québec).

En France, les trois-quart des résidents ont exercé une activité profession-

nelle. Les professions les plus représentées sont les ouvriers (43% des hommes et 24% des femmes) et les employés (21% des femmes). Les cadres sont par contre sous-représentés : 3% en résidence, alors qu'ils sont 3 fois plus nombreux à domicile (Enshooten, 2001). Les résidents sont majoritairement des femmes (3/4 des résidents en France et au Québec) et plus nombreux à n'avoir pas eu d'enfants (Aliaga, 2000) ou à être célibataires (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004).

Vivre seul à domicile : un nouveau risque

Dans tous les pays, la grande majorité des personnes âgées vit à domicile jusqu'à un âge avancé, y compris parmi les personnes souffrant d'incapacités sévères. En France parmi les 9% de personnes âgées de plus de 80 ans qui sont confinées au lit ou au fauteuil (Badeyan et Colin, 1999), les trois quart demeurent à domicile (Colvez, 1990).

La proportion de personnes âgées vivant seules, aux trois quart des femmes et souvent des veuves, augmente régulièrement ce qui résulte entre autres, de la moindre cohabitation entre générations et de l'écart important entre l'espérance de vie des deux sexes². Cette proportion est depuis longtemps plus élevée dans les pays scandinaves qui jouissent de régimes de protection sociale relativement généreux et d'un niveau de vie élevé, et s'inscrivent dans une culture d'autonomie (Jacobzone et al. 2000).

L'accroissement des personnes seules de plus de soixante-quinze ans est généralement interprété en termes de risque, l'isolement favorisant un vieillissement accéléré et constituant un facteur aggravant de la dépendance. Plusieurs études se sont intéressées à la répartition des personnes âgées, en fonction de l'âge, du niveau de dépendance et de l'isolement (Warnes et Law, 1984), privilégiant des approches cartographiques. Celles-ci sont également adoptées par les gouvernements, notamment au Québec, pour évaluer les besoins et planifier les interventions. Toutefois, le fait de vivre seul n'est pas synonyme d'isolement social (voir partie 3, section sur le maintien du lien social).

Politiques de vieillesse et de prise en charge de la dépendance

Le processus de vieillissement qui touche l'ensemble des pays européens a amené l'OCDE et la commission européenne à financer depuis une dizaine

2. Cette tendance devrait évoluer puisque le différentiel d'espérance de vie hommes/femmes se réduit. On observerait ainsi un allongement de la vie en couple et une moindre féminisation du phénomène de solitude (Salles, 1998).

d'années des programmes de recherche comparative visant à dégager les principales tendances en matière de prise en charge de la dépendance (Pacolet et al., 1998, Jacobzone et al., 2000).

Ces analyses comparatives se concentrent généralement sur les dispositifs de la prise en charge, leur philosophie, leur mise en place, l'étendue de la couverture, les modes de financement, les modes d'organisation, le rôle joué par la famille et la place accordée au marché (Lesemann et Martin, 1993, Assous et Ralle, 2000, Paris, 2001, Joël, 2003, Bouget, 2003, Jenson, 2003). Ces thématiques ont également fait l'objet d'un grand nombre de publications au niveau national.

Au niveau de l'Europe, les pays pris en compte dans ces comparaisons sont généralement les pays scandinaves (Suède, Danemark, Norvège) qui font office de référence en matière de politiques vieillesse, l'Allemagne, la France et le Royaume-Uni et les Pays d'Europe du Sud (l'analyse se limitant généralement au cas de l'Italie et de l'Espagne). Le Japon, les États-Unis, l'Australie et le Canada sont pris en compte dans les analyses de l'OCDE. On trouve également plusieurs études comparant les systèmes de protection sociale en France et au Québec, ce qui découle entre autres, de l'existence de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (voir par exemple Raïche & Hébert, 2003).

Au niveau national, plusieurs publications se sont intéressées à mieux cerner les caractéristiques sociales et de santé des bénéficiaires des politiques de prise en charge de la dépendance, dans une perspective d'évaluation et d'amélioration de ces dispositifs. On trouve également, plusieurs études analysant les représentations de la personne âgée que véhiculent ces politiques. On trouve par contre peu d'études visant à explorer la perception ou les attentes des personnes âgées (ou plus jeunes) à l'égard des politiques de vieillesse ou documentant le rôle qu'elles jouent dans la planification et l'organisation des dispositifs.

Des constats similaires

La plupart des analyses qu'elles soient comparatives ou nationales dressent les mêmes constats concernant le contexte démographique, économique, et social de la prise en charge de la dépendance et partagent des questionnements similaires (Bouget, 2003) :

– Comment gérer l'augmentation des coûts de la dépendance dans un contexte de restriction budgétaire ?

L'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et son implication en termes de dépenses sociales est jugée particulièrement préoccupante dans de nombreuses publications qui insistent sur le fait que la prise en charge

publique est contrainte par les restrictions budgétaires et notamment l'ouverture internationale. Celle-ci impose un accroissement de la compétitivité et une maîtrise des dépenses de protection sociale, notamment au sein de l'Union Européenne dont l'intégration est marquée par la montée de l'idéologie libérale (Henrard, 1997, Anttonen, 2003, Kessler, 2003).

– Réduction de la prise en charge des personnes dépendantes par la famille

Dans tous les pays l'aide informelle constitue la forme de prise en charge la plus importante, même si elle plus marquée dans les pays d'Europe du Sud (Lesemann et Martin, 1993). Du fait du développement du travail des femmes qui assuraient une grande partie des soins informels, de la baisse de fécondité, et du vieillissement des aidants, leur nombre diminue (Bouget, 2003). Les relations familiales subsistent mais il y a une plus forte demande d'autonomie aussi bien de la part des parents (tendance qui devrait progresser au sein de la génération du baby-boom), que de celle des enfants, faisant peser de nouvelles exigences sur les systèmes d'aide sociale (Bazo & Ancizu, 2003). Toutefois, il existe en Europe, de grandes variations dans les normes d'obligation filiale concernant l'aide aux parents âgés et les attitudes à l'égard de l'Etat providence (Daatland et al., 2003). La majorité des Norvégiens considère ainsi que l'aide aux personnes âgées est principalement du ressort de l'Etat alors que seule une minorité est de cet avis en Espagne, en Allemagne et en Angleterre (Daatland et al., 2003). En France, l'enquête DREES réalisée depuis 2000, a mis en évidence l'existence d'une opposition entre les partisans d'une solidarité essentiellement familiale et les partisans d'une solidarité nationale à l'égard de la dépendance. Les préférences varient selon le niveau de revenu, l'âge et la confrontation à des situations de dépendance (personnelle ou des proches), et le genre (Mette, 2003).

Dans tous les pays européens y compris dans les pays d'Europe du Sud, la cohabitation intergénérationnelle tend à se faire plus rare. Ce phénomène de décohabitation est la conséquence de l'élévation des niveaux de vie, de l'amélioration du confort des logements des personnes âgées, de l'exiguïté des logements en milieu urbain et surtout du désir croissant des personnes âgées de rester autonomes chez elles avec le soutien éventuel de la famille et du voisinage (Bouget, 2003, Cribier, 1992). Il semble toutefois nécessaire de mieux documenter ce déclin de la cohabitation systématiquement signalé dans les publications. Cribier (1992) a ainsi montré que la cohabitation dans les ménages reste assez importante en France aux âges élevés; les cohabitants étant plus nombreux que les personnes en institution. De plus, les données issues des recensements ne prennent pas en compte les «quasi-cohabitations» (dans deux logements d'un même pavillon, deux appartements sur le même

palier, deux maisons temporaires), ni les cohabitations temporaires ou saisonnières fréquentes chez les plus âgés (Cribier, 1992). La majorité des Espagnols considère ainsi que les enfants adultes devraient vivre à proximité de leurs parents âgés (Daatland et al., 2003).

– Niveau insuffisant des prestations et participation financière des individus en progression

Plusieurs études s'interrogent sur le niveau des prestations dépendance. Elles soulignent que dans la plupart des pays les dépenses que nécessite la prise en charge de la dépendance excèdent très souvent le revenu des personnes d'où la nécessité d'introduire des mécanismes de protection sociale notamment pour compenser le désengagement des familles (Assous, 2000). Cette situation est d'autant plus préoccupante que la couverture des soins et de l'aide à domicile se réduit (moins de bénéficiaires, rationnement des prestations) dans la plupart des pays (Assous, 2000, Anttonen, 2003, Bouget, 2003).

En conséquence la participation financière des individus est en progression dans la plupart des pays y compris dans les pays scandinaves comme la Finlande (Anttonen, 2003) ou la Suède, entraînant une dualisation sociale. De plus en plus, les classes sociales supérieures cherchent ainsi des solutions privées de services d'aide à la personne (Bouget, 2003).

– Pénurie de l'offre de services

La pénurie de l'offre de services (qu'elle concerne les services, les soins à domicile ou la prise en charge institutionnalisée) est largement soulignée dans les études, notamment en France, en Allemagne et au Québec.

La France et le Québec connaissent ainsi des difficultés de recrutement et de rétention de personnel qualifié, ce qui fait pression sur l'aide informelle (Guberman et al., 2003). La situation est plus problématique encore dans les pays d'Europe du Sud, et plus particulièrement en Espagne (Assous, 2000, Bazo et Ancizu, 2003).

Le développement d'un marché de services aux personnes âgées suffisamment large est devenue une préoccupation commune en Europe compte tenu de la progression de la demande des services formels (Jenson, 2003). Plusieurs études soulignent la volonté des pays de structurer et de professionnaliser le secteur de l'aide. En Allemagne la création d'une catégorie professionnelle parallèlement à la mise en place de la prestation dépendance a entraîné une augmentation du nombre d'aidants. Toutefois, dans tous les pays, cette main d'œuvre, très largement féminine, souvent âgée et peu qualifiée reste également très précaire (bas salaires, temps partiel) (Jenson, 2003).

– Faible participation des personnes âgées à la définition des politiques

La question de la participation des personnes âgées dans les décisions concernant la prise en charge de la dépendance est très peu documentée, sans doute du fait de sa faible importance dans la plupart des pays à l'exception des pays scandinaves. Assurer une meilleure participation et représentation des personnes âgées est pourtant souvent présenté dans les textes émanant des politiques comme un objectif à atteindre, mais l'on propose plus rarement des mesures concrètes à mettre en place pour y parvenir.

De manière générale, le financement et l'organisation des soins de longue durée ont rarement fait l'objet de débats publics, sauf pour l'adoption de l'APA et de l'assurance dépendance en Allemagne (Paris, 2001). La méconnaissance de la population à l'égard des services et les prestations disponibles à mobiliser en cas d'incapacité serait d'ailleurs assez élevée, notamment dans les pays du Sud (Bazo et Ancizu, 2003, Paris, 2001).

Au Danemark, toutes les municipalités qui financent et gèrent la prise en charge de la dépendance, doivent avoir un Conseil de seniors chargé de conseiller la municipalité sur la politique générale en matière de personnes âgées et un organisme chargé de recevoir les plaintes des usagers. En France, la représentation des personnes âgées reste limitée malgré l'implication des Comités départementaux des retraités et personnes âgées (CODERPA) dans l'élaboration des schémas gérontologiques départementaux (Argoud, 2000).

Différentes conceptions de la prise en charge de la dépendance

– Logique assurantielle versus dispositif d'aide sociale

Les publications analysant les différentes réponses apportées à la dépendance des personnes âgées selon les pays montrent que la prise en charge est marquée par l'organisation générale de la protection sociale dans chacun des pays et s'inscrit dans un contexte idéologique, économique et social (Henrard, 1997, Joël, 2003, Bouget, 2003). De plus, le rôle de la famille et la relation qu'entretiennent les individus avec le secteur des services professionnels d'aide à la dépendance varient fortement selon les cultures (Bozo & Ancizu, 2003).

La prise en charge de la dépendance implique différentes combinaisons privé/public selon les pays, un degré variable de décentralisation des dispositifs et différentes stratégies financières (Le Bihan, 2002, Assous, 2000, Bazo et Ancizu, 2003). Elle comprend généralement des soins médicaux et des soins d'aide à la personne (Le Bihan, 2002). Dans la plupart des pays européens, les soins médicaux sont couverts par l'assurance maladie (Assous, 2000). Par contre, l'aide à la personne s'est généralement développée selon la tradition de l'assistance sociale puis a été influencée par le principe d'universalisme. Elle

n'a toutefois jamais atteint le statut d'universalisme de la santé et de l'éducation, y compris dans les pays scandinaves (Anttonen, 2003).

La gestion de l'aide à la personne dépendante est généralement décentralisée sauf pour l'Allemagne où les toutes personnes âgées sont couvertes par l'Assurance dépendance. Elle est ainsi gérée par les autorités locales au Royaume-Uni, les municipalités en Suède, en Norvège, au Danemark, en Finlande, en Italie, en Espagne et en Allemagne (pour ce qui est du complément d'aide destiné aux plus démunis), et par le département en France (pour les incapacités correspondant aux GIR 1 à 3). Il en résulte des disparités territoriales importantes quant au type et à la quantité des prestations qui sont offertes tant au niveau de l'hébergement collectif (Mesrine, 2003) que des aides au maintien à domicile (Jacobzone et al., 2000, Le Bihan, 2002, Gori, 2003), d'où l'intérêt des approches comparatives territoriales encore peu nombreuses (Le Bihan, 2002).

Nombre d'études se sont intéressées à comparer les capacités d'intégration de la prise en charge de la dépendance des différents régimes de protection sociale européens. S'appuyant sur la typologie des Etats-Providence de Esping-Andersen (1990) (modèles beveridgien, bismarckien, et système libéral), ces études proposent une classification des modes de prise en charge de la dépendance (Assous, 2000, Bouget, 2003, Joël, 2003, Houben, 2001). Selon que l'on met l'accent sur le modèle de protection sociale ou sur le rôle de la famille, la France est inscrite dans le modèle bismarckien (Bouget, 2003) ou au contraire associée aux pays d'Europe du sud (Assous & Ralle, 2000).

– Le modèle beveridgien

Dans les pays scandinaves, aux Pays-Bas, au Québec et au Royaume-Uni, la dépendance est prise en charge par la collectivité et financée par les impôts nationaux ou locaux. La finalité de la protection sociale est d'assurer une couverture dépendance universelle équitable et accessible à toutes les personnes (Bouget, 2003). La perte d'autonomie est envisagée comme un risque pouvant subvenir à tout âge (Paris, 2001).

Un co-paiement est généralement exigé des personnes âgées; il varie en fonction des revenus de la personne. Dans ces pays, aucune obligation juridique ne pèse sur les descendants. Au Royaume-Uni, c'est même sur la base du capital individuel (revenu et avoirs) et non sur la base du capital du ménage qu'est calculé le co-paiement (Le Bihan, 2002).

Ces régimes sont marqués par une forte décentralisation des services. L'Etat édicte les lois, mais la mise en place des services de proximité est gérée par les collectivités ou les autorités locales. Dans les pays scandinaves, les services sont principalement publics et fournis en grande partie par les municipalités, l'Etat

ayant largement découragé l'entrée du marché (Bouget, 2003). Le secteur associatif s'est par contre largement développé soutenu par les autorités publiques. En Suède, le transfert de la prise en charge de la dépendance aux municipalités est plus récent et l'ouverture au secteur privé plus importante. Dans tous les cas, la décentralisation a favorisé l'intégration des services d'aide à la dépendance.

Dans les pays scandinaves, le niveau de protection sociale et l'étendue des services à domicile fournis aux personnes âgées sont très importants et pratiquement inégaux. La couverture des services de prise en charge de la dépendance est large et bénéficie aux classes moyennes et supérieures, favorisant le travail salarié des femmes (Anttonen & Sipilä, 2003). L'augmentation du nombre de personnes nécessitant de l'aide a toutefois contraint les municipalités à être moins généreuses (réduction du nombre d'heures accordées par personne, accent mis sur les soins personnels plutôt que sur l'aide ménagère, encouragement de l'aide informelle) (Anttonen & Sipilä, 2003, Paris, 2001).

Au Royaume-Uni, le secteur public (National Health Service) assume une grande partie des soins de santé mais la couverture de l'aide à la personne est beaucoup plus réduite (Paris, 2001). Depuis l'adoption du « NHS and Community Care Act » en 1993, les financements ont été regroupés dans un fond spécial, en partie alimenté par l'Etat et géré par les communes qui passent des contrats avec des pourvoyeurs des secteurs commercial et associatif et ce que la personne vive à domicile ou en institution d'hébergement. Cette réforme fondée sur une séparation entre acheteurs et pourvoyeurs de services vise à introduire les principes de marché dans les services publics. L'objectif est d'améliorer la rentabilité de l'utilisation des crédits publics et de favoriser le développement et la concurrence entre les pourvoyeurs. Le transfert du NHS aux autorités locales s'est également traduit par une réduction du financement public (Bazo et Ancizu, 2002, Lewis, 2003, Paris, 2001), ce qui amène plusieurs auteurs à classer le Royaume-Uni sous la catégorie « systèmes libéraux » avec les Etats-Unis (Bouget, 2003, Houben, 2001).

Tous les pays s'inscrivant dans le modèle beveridgien sont marqués par une « culture des services ». Les prestations sont conçues comme des droits sociaux (figure du citoyen) et jugés de manière positive par les personnes âgées qui entreprennent souvent elles-mêmes les démarches de demandes d'aide (Bazo et Ancizu, 2003). Le recours aux services professionnels varie toutefois selon les pays (Bazo et Ancizu, 2003). Ainsi, la majorité des Norvégiens ou des Suédois considère que c'est à l'Etat Providence d'aider les personnes âgées. C'est d'ailleurs en Norvège que l'on trouve la proportion la plus élevée de personnes âgées de plus de 75 ans qui recourent aux services professionnels, notamment pour les tâches ménagères (76%) et pour les soins à la personne (90%).

Au Royaume-Uni, la famille reste le premier pourvoyeur et le recours des personnes âgées aux services professionnels est plus faible que dans les pays scandinaves que ce soit pour les tâches ménagères (41%) ou l'aide aux soins à la personne (54%) (Bozo et Ancizu, 2003).

**Le dispositif de prise en charge de la dépendance au Danemark
(Colmorten, 2003)**

Le Danemark s'est engagé depuis le début des années 1980 dans une politique en faveur du maintien à domicile des personnes âgées qui met l'accent sur la personnalisation de la prise en charge et la préservation de la capacité d'auto-détermination de la personne âgée. Cette politique s'appuie sur une gestion décentralisée et coordonnée des soins et de l'aide. Ainsi, depuis le début des années 1990, l'ensemble des services sociaux, l'aide à domicile, les établissements d'hébergement, les centres de soins de jour, les soins de santé et l'organisation de l'habitat destiné aux personnes âgées, sont gérés par une seule institution, la municipalité qui est jugée plus proche de la personne âgée et de ses besoins. Seul le système hospitalier fait l'objet d'une administration régionale. Les municipalités s'engagent à offrir gratuitement aux personnes âgées, quel que soit leur lieu de résidence, des services de soins et d'aide ménagère qui comprennent notamment un accès 24h/24h à un service d'aide et de soin d'urgence, des visites à domicile, et une assistance pour le maintien des capacités physiques et intellectuelles (kinésithérapie, thérapie occupationnelle). Les municipalités offrent également moyennant une participation de la personne âgée, des services de portage de repas à domicile, de transport, de coiffeur, de pédicure, de prise en charge du jardin, des aides techniques, des systèmes d'alarmes et des logements adaptés. La plupart de ces services sont dispensés par la municipalité mais le gouvernement incite de plus en plus celle-ci à passer contrat avec des prestataires privés (souvent associatifs), parmi lesquels la personne âgée peut choisir librement.

L'avantage de cette organisation décentralisée est qu'elle permet une rapidité de décision. Un professionnel (dont la qualification peut varier selon les municipalités), gère la prise en charge de la personne âgée et assure son suivi (notamment les visites préventives à domicile dont bénéficie toute personne âgée de plus de 75 ans, deux fois par an, quel que soit son état) après concertation avec les autres intervenants sociaux et sanitaires, notamment le médecin généraliste. Le financement de ces services, à l'exception du système hospitalier, est assuré par les municipalités sur la base d'impôts locaux progressifs. Les municipalités reçoivent également une dotation globale de fonctionnement dont l'objectif principal est de corriger les inégalités entre les bases fiscales. Le ministère des

affaires sociales, en liaison avec les organes représentatifs des municipalités, a par ailleurs développé un système d'assurance qualité des services pour s'assurer que, malgré la décentralisation, leur accès est équitable sur l'ensemble du territoire.

En effet, si la loi énonce les grands principes qui sous-tendent la mise en place des services d'aide et de soin destinés aux personnes âgées, il est de la responsabilité de la municipalité d'en définir le contenu.

Le Danemark constitue un exemple très réussi de coordination gériatrique bien que persistent quelques problèmes dans l'interface avec l'hôpital encore géré au niveau régional. Colmorton et al. (2003) soulignent ainsi que la situation des personnes qui ne sont pas en mesure de retourner à domicile après une hospitalisation est souvent problématique, compte tenu du manque de place en maison de retraite ou dans les logements adaptés. Par ailleurs, ils notent que le niveau de prise en charge varie selon les municipalités et serait notamment inférieur dans les zones rurales. Le niveau d'aide à domicile est de manière générale moins généreux, depuis la fin des années 1990, les municipalités se concentrant plus spécifiquement sur l'aide des personnes les plus dépendantes. Enfin, le potentiel de prévention reste encore sous-exploité notamment parce que les services sont souvent fournis trop tard.

Toutefois, de nombreuses équipes de recherches travaillent à l'évaluation et à l'amélioration de l'existant, participant au développement et à l'étude des innovations menées sur le terrain dans les municipalités. A titre d'exemple, on peut citer le projet Medcom, dont l'objectif est de favoriser la communication entre l'hôpital, le médecin généraliste, la municipalité et les sociétés privées oeuvrant dans le système de santé (pharmacies, laboratoires d'analyse). Mis en service dans plusieurs municipalités, il semble avoir participé au renforcement de la coordination entre les services hospitaliers et la municipalité (information sur la médication d'un patient admis à l'hôpital, alerte de la municipalité avant la sortie du patient, recommandation concernant le suivi à mettre en place). Les résultats de ces expériences sont relayés via les réseaux nationaux et régionaux, permettant des échanges entre les responsables des différentes municipalités et font également l'objet de nombreuses publications.

– Le modèle bismarckien : la dépendance comme nouveau risque

Les pays d'origine germanique (Allemagne, Autriche, Luxembourg) s'inscrivant dans le modèle bismarckien, c'est à dire dans un système d'assurance sociale obligatoire, abordent le problème de la dépendance comme un nouveau risque sans critère d'âge, avec la création d'une assurance « dépendance » (Assous, 2000, Joël, 2003). La situation de l'Allemagne est la plus documentée. Dans ce pays, l'adoption en 1994 de la loi sur l'assurance dépendance a permis

la constitution d'une nouvelle branche d'assurance sociale au sein de l'assurance maladie, financée par une nouvelle cotisation sociale prélevée sur les salaires et les pensions de retraite. Depuis 1995, la date d'entrée en vigueur de la loi, toutes les personnes qui relèvent de l'assurance maladie légale (89% de la population) sont ainsi automatiquement couvertes quel que soit leur âge et leur niveau de ressources ; sauf pour les personnes dont le revenu excède le plafond de l'assurance maladie, qui doivent souscrire une assurance privée. Aucune contribution ne leur est exigée au delà de leur cotisation sociale salariale (Igl, 2003).

Le montant des prestations est défini par le gouvernement fédéral et uniforme à travers le pays. Une personne est admissible à partir du moment où elle a besoin de soins au moins une fois par jour et d'aide domestique trois fois par semaine. Les personnes ont le choix entre des prestations en espèce ou en nature, le niveau d'aide augmentant avec le niveau d'incapacités (Paris, 2001). La couverture dépendance reste malgré tout incomplète ne couvrant pas le coût de l'ensemble des services requis et n'assurant pas les personnes qui se trouvent dans des situations d'incapacités limitées (Igl, 2003, Assous, 2000). Un système complémentaire d'aide sociale est prévu pour les personnes âgées les plus démunies, auquel les enfants adultes de la personne âgée doivent contribuer selon le principe de l'obligation alimentaire (Paris, 2001).

La majorité des prestataires de services relève du secteur privé à l'exception de quelques services fournis par les municipalités. Le secteur associatif (et notamment les associations religieuses) est très important mais les activités commerciales se sont également développées depuis l'adoption de la loi sur l'assurance dépendance (Paris, 2001).

L'Allemagne s'inscrit comme les pays scandinaves dans une « culture de services » et ce bien que la famille reste le premier fournisseur de services. Parmi les personnes de 75 ans et plus, 35% recourent à des services professionnels pour ce qui est des tâches ménagères et 53% pour ce qui est de l'aide à la personne (Bazo et Ancizu, 2002).

– Logique principalement d'aide sociale et modèles familialistes

Les pays d'Europe du sud (l'Italie, la Grèce, l'Espagne) se basent sur un système d'aide sociale avec des prestations versées au titre du handicap ou de la vieillesse. Dans ces pays, les familles restent largement responsables de l'organisation des soins et de leur financement ; l'assistance sociale ne sera ainsi proposée qu'en l'absence de soutien de la part de la famille, qui a obligation juridique de la prise en charge bien que ce recours ne soit pas systématiquement appliqué (Le Bihan, 2002). En Espagne et en Italie, la culture familiale est prégnante et conformément à la norme filiale, il est du devoir des enfants de

prendre soin de leurs parents âgés, ou si cela n'est pas possible d'organiser le recours aux services. De plus, la faible capacité de l'offre de services, ceux-ci étant principalement assurés par l'Etat (Bazo & Ancizu, 2003, Le Bihan, 2002), n'encourage pas le recours à l'aide professionnelle et ce d'autant plus que cette offre reste peu connue des familles. En retour, la prise en charge des personnes âgées par leur famille n'a pas favorisé le développement des services. (Bazo & Ancizu, 2003). Ces pays qui connaissent un vieillissement plus rapide sont donc plus menacés par les évolutions structurelles et culturelles qui entraînent une diminution du nombre d'aidants (Assous, 2000).

La France dont le régime de protection sociale est de type bismarckien (solution d'assurance sociale) s'est longtemps inscrite dans une logique d'aide sociale, pour ce qui est de l'aide à personne tandis que les soins médicaux sont couverts par l'assurance maladie. Elle s'est orientée vers un système plus universel avec l'adoption en 2001 de la loi de l'Assurance Personnalisée Autonomie (APA). Cette nouvelle prestation est attribuée en fonction du degré d'incapacité et couvre la prise en charge en institution³ ou à domicile. L'ouverture des droits n'est pas soumise à condition de ressources mais un co-paiement est exigé au dessus d'un certain seuil de revenu. A la fin juin 2004, on comptait 828 000 bénéficiaires (contre 148 000 bénéficiaires pour la Prestation Spécifique Dépendance adoptée en 1997 qui était basée sur des seuils de revenus très bas et prévoyait la récupération sur succession), dont 57% résidaient à domicile et 43% en établissement (Perben, 2004).

On est toutefois loin, comme le souligne Ennuyer (2002) de l'instauration d'une couverture pour un « cinquième risque », que constituerait la dépendance au même titre que la maladie, la maternité, la famille et le travail. L'auteur explique que la loi a été promulguée en aide sociale et qu'elle est soumise à un critère d'âge (avoir au moins 60 ans). De plus, l'APA semble victime de son succès. La « menace » qu'elle faisait peser sur l'équilibre budgétaire a conduit le gouvernement dès mars 2003, à revoir à la baisse les critères d'éligibilité⁴. C'est pourquoi le système de prise en charge de la dépendance français est parfois qualifié de « mixte » (Joël, 2003) ou intégré dans la catégorie des pays de l'Europe du Sud (Assous, 2000) et ce d'autant plus que culturelle-

3. Dans le cadre de la réforme du 2 janvier 2002 des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le financement provient de trois sources : un forfait hébergement payé par la personne âgée ou sa famille (obligation alimentaire), un forfait dépendance qui relève de l'allocation personnalisée d'autonomie et un forfait soins pris en charge par l'assurance maladie (Grand et al., 2004).

4. Toutefois, le coût de l'APA devrait évoluer moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes compte tenu de la meilleure situation financière (pensions plus élevées) des nouvelles générations de retraités (Duée et Rebillard, 2004).

ment, la France, et plus particulièrement le Sud du pays, semble proche de ces pays. De plus, le problème de pénurie de personnel limite la disponibilité de l'aide à la dépendance qui est très largement reportée sur la famille (Joël, 2003, Paris, 2001).

Définition et évaluation de la dépendance : pas de consensus international

Dans tous les pays, toute demande de prise en charge de la dépendance implique dans un premier temps, une évaluation individuelle des besoins de la personne âgée réalisée par une équipe de professionnels composée de médecins et/ou de travailleurs sociaux, qui définit les interventions nécessaires (plan d'aide) (Assous, 2000) : « le besoin d'aide est au cœur des dispositifs de prise en charge ». Un suivi est alors programmé pour valider l'adéquation du plan d'aide à la situation de dépendance (Le Bihan, 2002, p2).

Les instruments de mesure de la dépendance utilisés cette fois sur une base individuelle visent à évaluer les capacités et les incapacités de la personne vis à vis de la vie quotidienne. Les évaluations tiennent généralement compte des pathologies physiques et psychiques et de l'environnement familial pour l'attribution des ressources, notamment dans les pays d'Europe du Sud où l'offre de services est limitée. De manière générale, l'aide accordée augmente avec le niveau de dépendance (Le Bihan, 2002).

Le Bihan (2002) a montré que les grilles d'évaluation utilisées varient d'un pays à l'autre, mais aussi d'une région à l'autre. Elle souligne l'existence de disparités territoriales tant au niveau de l'évaluation des besoins (qui est plus ou moins médicale), que de l'attribution des aides, la marge de manœuvre et la liberté d'appréciation du gestionnaire du plan d'aide variant grandement d'un pays à l'autre. Au Royaume-Uni, les autorités locales sont chargées d'élaborer leur propre grille d'évaluation qui est appliquée par le « care manager », travailleur social ou psychologue, responsable de la personne âgée. En Allemagne, l'évaluation est réalisée par un médecin, pour ce qui concerne l'assurance des soins de longue durée à partir d'une grille nationale portant sur les actes de la vie quotidienne et l'état de santé de la personne. L'attribution de l'aide sociale est décidée par une assistante sociale sur la base de cette évaluation préalable. En Italie, une évaluation essentiellement centrée sur les dimensions médicales est effectuée par une équipe pluridisciplinaire dirigée par un médecin, qui choisit parmi un panel de grilles d'évaluation internationales. Les municipalités procèdent par ailleurs à une autre évaluation basée sur leurs propres grilles s'attachant plus spécifiquement aux conditions de vie des personnes âgées et à leur environnement social et familial. En Suède, l'évaluation est réalisée par un « care manager » au niveau des

autorités locales, dans le cadre d'une discussion. Le recours aux grilles d'évaluation internationales reste facultatif.

Au Danemark, l'évaluation et l'attribution des prestations sont réalisées par un employé de la municipalité et les personnes âgées participent activement à l'élaboration du plan d'aide sauf pour les clientèles atteintes de démence (Kristiansen, 1992). Au Québec, cette évaluation est réalisée par le CLSC à la demande de la personne, de sa famille ou du médecin et se base sur une grille de mesure de l'autonomie fonctionnelle et psychique. En France, l'évaluation est réalisée à domicile par une équipe médico-sociale et basée sur la grille AGGIR⁵, consacrée dans la loi sur la Prestation Spécifique Dépendance et conservée dans la loi sur l'APA de 2001. En établissement, elle est effectuée sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou à défaut de tout médecin conventionné. Cette grille qui est utilisée sur l'ensemble du territoire évalue le degré d'autonomie par l'observation des activités que la personne effectue seule. Elle a été critiquée pour son manque de validité mais aussi parce qu'elle ne prend que partiellement en compte la perte d'autonomie mentale (Ankri, 1999).

Dans la plupart des pays, les démarches d'évaluation s'inscrivent encore essentiellement dans une conception bio-médicale de la dépendance. Pour la plupart, ces outils ne prennent pas ou peu en compte les besoins socio-économiques, l'environnement social et physique de la personne âgée, ou ses désirs (Ankri, 1999, Henrard, 1999). Or, comme la souligné Ankri (1999), il existe une différence entre le « pouvoir faire » et le « vouloir faire ». Par ailleurs, alors que plusieurs études soulignent le caractère réversible de certaines situations de dépendance (Perben, 2004), d'où la nécessité de différencier les situations de dépendance stabilisée des situations de dépendance temporaire, la politique sociale la considère comme un état quasi-chronique (Bouget, 2003).

Ennuyer (2002) estime que c'est le concept même de dépendance qui est imprécis et ambigu. Cette notion ne revêt pas *a priori* de caractère péjoratif et n'est surtout en rien liée à l'âge : tous les individus étant dépendants les uns des autres sur le plan économique, affectif, et social. Mais, les politiques sociales en ont fait un usage restrictif centré sur les incapacités fonctionnelles de l'individu.

5. La grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources) comporte 10 variables discriminantes (la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements et les communications à distance). Les personnes sont classées dans six groupes Iso Ressources allant du GIR 1 correspondant aux personnes confinées au lit dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, au GIR 6 qui se compose de personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante. Les quatre premiers GIR ouvrent droit à l'APA. Les personnes classées en GIR 5 et 6 peuvent bénéficier d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

Des volontés communes d'aménagement des dispositifs gérontologiques

On trouve dans chaque pays de multiples publications décrivant les dispositifs de prise en charge de la dépendance dont les deux grandes composantes sont les institutions d'hébergement et de soins et les services de maintien à domicile. Les types de services disponibles sont assez similaires à travers l'Europe (services de soins infirmiers, aide à la personne, aide ménagère, aide technique pour le maintien à domicile, foyers logements, maisons de retraites, centres de jour, hôpitaux gériatriques, établissements psychiatriques) mais la capacité de l'offre varie très largement d'un pays et d'un territoire à l'autre, de même que le montant des prestations et la contribution des usagers. Les six pays étudiés par Blanche Le Bihan (2002) affichent une priorité au maintien à domicile, mais l'institutionnalisation est plus fréquente en Italie et en Espagne pour les personnes âgées très dépendantes du fait du caractère limité de l'offre de services à domicile.

Les politiques de vieillesse menées par les différents pays européens sont marquées par des volontés communes d'aménagement (Bony, 2000, Paris, 2001):

– Priorité affichée au maintien à domicile

Un processus de désinstitutionnalisation s'est engagé dans tous les pays surtout pour les tranches de population les plus jeunes (Jacobzone et al. 2000). Cette volonté de limiter l'institutionnalisation émerge dès les années 1960 et s'appuie sur une nouvelle conception de la vieillesse, dont l'objectif est de limiter la perte d'autonomie et de favoriser l'insertion sociale des personnes âgées (Guillemard, 1994, Henrard, 1999). Le maintien à domicile est jugé préférable à l'institutionnalisation parce qu'il permet à la personne de demeurer dans son milieu de vie naturel et de conserver son réseau de relations sociales.

La priorité accordée au maintien à domicile s'inscrit également dans une volonté de réduire les coûts de la prise en charge de la dépendance. La plupart des études partent en effet de l'hypothèse que les soins à domicile sont moins coûteux. Cette question qui a fait l'objet d'un débat et donné lieu à plusieurs études comparant les coûts du maintien à domicile par opposition à l'institutionnalisation (Hébert et al, 2001, Hollander et Chappell, 2001) est loin d'être résolue: le domicile privé ne coûte pas systématiquement moins cher que l'hébergement en logement foyer ou en maison de retraite (Bouget et al., 1990). Les études montrent que les coûts augmentent avec le niveau de dépendance qui lui même varie en fonction du genre (les femmes sont plus dépendantes que les hommes), de la solitude, des conditions matérielles de vie et plus particulièrement du revenu (Bouget et al., 1990). Globalement, il semblerait que pour les personnes qui ne souffrent que d'une incapacité légère, les soins à

domicile représentent une solution plus efficiente mais cela n'est pas toujours vrai pour les personnes en état d'incapacité sévère, en particulier celles qui souffrent de handicaps mentaux, pour lesquelles le placement en établissement semble une formule plus avantageuse financièrement (Jacobzone et al., 2000).

Ces études qui visent à comparer le prix de la dépendance selon le lieu de résidence se basent sur une qualité de services égale ce qui est très difficile d'un point de vue méthodologique notamment si l'on considère que la qualité est un critère subjectif (Bouget et al., 2000). Enfin, ces évaluations n'envisagent la question des coûts que du point de vue de la dépense publique et ne tiennent pas compte des coûts indirects au niveau de l'aidant informel qui s'investit généralement plus dans le cas du maintien à domicile (retrait partiel du marché du travail, dépression...). (Jacobzone et al., 2000).

La volonté de désinstitutionnaliser les personnes âgées s'est manifestée dès les années 1960 dans les pays nordiques (Danemark, Norvège, Suède), et au début des années 1980 au Royaume-Uni et au Québec, entraînant dans ces pays un arrêt dans la construction des centres d'hébergement, voire même une réduction du nombre de lits et des institutions d'accueil (Bouget, 2003). Parallèlement, ces pays ont favorisé le développement de modes de prise en charge alternative à l'institutionnalisation, notamment le développement des services à domicile (Bertrand, 1994).

En France, la mise en œuvre de la politique de maintien à domicile a connu un grand retard et il faudra attendre les années 1990 pour que soient adoptées des politiques visant le soutien et la diversification des services à domicile (Argoud, 2000).

– Favoriser une meilleure coordination des services aux personnes âgées

La particularité de la prise en charge de la dépendance est qu'elle mobilise une multitude d'acteurs tant du secteur médical que social et différentes autorités administratives (Raïche & Hébert, 2003). Le manque de coordination gérontologique en particulier entre les services sociaux et sanitaires est l'un des problèmes les plus souvent dénoncé dans tous les pays. Les services sociaux et les établissements de soins travaillent souvent de façon disjointe sans l'interface voulue pour permettre une prise en charge de qualité qui tienne compte des préférences et des modes de vie des individus (Guillemard, 1994, Bazo & Ancizu, 2003, Raïche & Hébert, 2003, Paris, 2001). Cette difficulté est particulièrement marquée lorsque les deux types de services fonctionnent dans un cadre institutionnel différent, ce qui est le cas dans un grand nombre de pays (Jacobzone et al., 2000).

Améliorer la coordination gérontologique est l'objectif déclaré des politiques dans tous les pays européens qui visent également par là une amélioration de la qualité mais aussi une recherche d'efficacité dans la gestion des ressources (elle permet d'éviter la multiplication des évaluations et la réponse parcellaire aux besoins) (Bony, 2000, Bazo & Ancizu). Toutefois, cette coordination qui se met progressivement en place reste encore difficile (Argoud, 2000). Certains pays sont plus avancés : le Danemark où les principaux services d'aide à domicile, qu'ils relèvent du secteur social ou sanitaire sont financés et gérés par les municipalités, est souvent cité comme exemple de coordination. Les municipalités ont en effet fusionné les budgets qu'ils soient destinés au maintien à domicile ou à l'hébergement en institution, et formé le personnel à la prise en charge dans différents milieux, ce qui permet une meilleure cohérence des interventions et permet aux individus de ne pas changer de personnel soignant lorsqu'ils passent d'un milieu de vie à l'autre (Henrard, 1997, Paris, 2001).

En Allemagne, l'introduction d'un régime unifié d'assurance sociale semble avoir aidé à réduire la dichotomie sanitaire-social (Jacobzone et al., 2000). Au Royaume-Uni, la gestion des sommes provenant de financements divers par les autorités locales pour acheter des services à des prestataires publics ou privés concurrents (« quasi marché »), devrait favoriser la gestion efficace des ressources mais les résultats sont encore mitigés (Lewis, 2003). En France, la coordination entre le sanitaire et le social reste faible malgré l'accent mis sur la question au travers notamment de l'expérience des Centres locaux d'Information et de Coordination (CLIC) (Argoud, 2000). La prise en charge de la dépendance reste en effet dominée par les acteurs du secteur sanitaire qui ont privilégié une définition bio-médicale de cette question (Henrard, 1997). Les efforts de coordination ont relativement peu touchés les médecins, certains considérant qu'ils constituent un contrôle de leurs activités et limitent la liberté de choix des personnes âgées (Raïche et Hébert, 2003). Au Québec, où les CLSC (Centres locaux de services communautaires) offrent et coordonnent les soins de santé et l'aide à domicile, le clivage sanitaire et social est moins marqué mais les niveaux de service restent modestes et varient selon les territoires (Guberman et al., 2003, Conseil de la santé et du bien être, 2001). La continuité des soins est toutefois menacée par l'instabilité du personnel des CLSC et lors du passage d'un centre hospitalier vers le domicile (Conseil de la santé et du bien être, 2001). Plusieurs expériences visant à améliorer le niveau de coordination des services ont été menées. Elles ont permis de réduire les taux d'hébergement et d'hospitalisation et de permettre une meilleure adéquation aux besoins des personnes âgées sans augmentation de coût (Durand et al., 2001, Bergman et al., 1997).

Les CLIC : état des lieux

L'objectif des Centres Locaux d'Information et de Coordination (C.L.I.C.) qui se mettent en place progressivement en France est de permettre aux personnes âgées ayant besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne et à leur famille d'accéder à un pôle unique d'accueil et de soutien. Ces structures ont également pour mission d'assurer la mise en œuvre, la cohérence et le suivi des prestations destinées aux personnes âgées. A ce titre, elles ont pour mission de développer la coordination entre les institutions et les acteurs de proximité ainsi qu'entre les différents professionnels des secteurs sanitaires et sociaux, de manière à permettre une prise en charge globale et personnalisée de la personne âgée. Les CLIC qui centralisent les informations concernant les besoins des personnes âgées et les ressources existantes devraient également permettre une planification des besoins et de l'offre de services. En 2000, 25 CLIC expérimentaux ont été créés dans le but d'identifier les conditions de développement des coordinations et d'élargissement du dispositif à l'ensemble des personnes âgées (le plan pluriannuel 2000-2004 prévoit la création de 1000 centres). Plusieurs évaluations ont été réalisées auprès de 5 (Colvez et al., 2002) puis de 25 CLIC (Eynard et al., 2004). Elles soulignent que les projets de coordination sont portés par des personnels motivés, mais constatent également un manque de moyens qui limite le potentiel d'action des CLIC. Dans ce contexte, la mise en place de systèmes d'informations visant à établir des statistiques facilitant l'évaluation des dispositifs et permettant véritablement aux CLIC de jouer un rôle d'observatoire des besoins est difficilement réalisable. Les expériences varient grandement d'un département à l'autre. Elles montrent tout d'abord que la mise en place d'une coordination est un processus lent et difficile, qui touche encore peu les professionnels du secteur sanitaire. Les personnels des CLIC éprouvent en effet beaucoup de difficultés à mobiliser les acteurs médicaux, notamment libéraux. Cette coordination est pourtant particulièrement urgente parce qu'elle permettra d'améliorer significativement la cohérence de la prise en charge des personnes très dépendantes, témoignant ainsi de l'efficacité et de la légitimité du dispositif. L'articulation avec l'activité d'évaluation de l'équipe médico-sociale de la Prestation personnalisée d'autonomie (APA) semble également difficile, parce qu'elle implique une redéfinition des rôles de chacun afin d'éviter les doublons et qu'elle suscite l'inquiétude des Conseils généraux. Dans le contexte de la décentralisation, ceux-ci vont intervenir comme pilotes des politiques gérontologiques à l'échelle départementale. Ils s'inquiètent de la montée en charge de l'APA et du devenir des CLIC. L'absence d'homogénéisation des territoires d'intervention des CLIC selon les départements ne facilite pas non plus le développement de la coordination. Dans certains départements, le maillage est

bien développé, dans d'autres, il doit encore être ajusté, notamment pour permettre une intervention de proximité et un accès homogène aux prestations sur l'ensemble du territoire. De manière générale, la mise en place du dispositif de coordination semble plus évidente lorsque le territoire du CLIC correspond aux territoires d'action sanitaire et sociale des Conseils généraux et à celui du dispositif de l'APA. La mise en place d'une coordination gériatologique repose enfin sur l'existence d'une véritable volonté de collaboration entre les différents acteurs impliqués dans les politiques vieillesse (DDASS, Conseils généraux, CCAS, CRAM, CPAM), qui fait encore globalement défaut notamment parce que la « philosophie » de planification, centrale au projet, ne semble pas être partagée par tous les partenaires institutionnels. Il semble ainsi nécessaire que les CLIC bénéficient d'une légitimité reconnue, et que leurs missions soient négociées avec les Conseils généraux et les services sociaux.

– Identification des besoins et prévention

Dans tous les pays, les organismes sociaux soulignent la nécessité de mener des évaluations des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, afin d'améliorer la planification et l'offre de services. Au Danemark, les centres locaux de santé procèdent à une visite annuelle de toutes les personnes âgées de leur territoire afin de répertorier leurs besoins. L'institut Universitaire de gériatrie de Sherbrooke a par ailleurs développé une approche basée sur la « prévoyance », visant à encourager les personnes âgées et les aidants à planifier l'aménagement de la vie (logement, transport, financement des services) en cas d'incapacité grave.

– Développer les services d'aide à la personne âgée

Nombre de pays européens (notamment le Royaume-Uni, l'Allemagne, la France, et la Suède) ont adopté des politiques visant à encourager le développement de l'offre de services d'aide à la personne par le secteur associatif et/ou le secteur privé commercial (Bazo et Ancizu, 2003). Ces politiques visent à favoriser le maintien à domicile mais s'inscrivent également dans une volonté de permettre la liberté de choix des individus (Paris, 2001).

Le développement du marché commercial reste assez lent dans la plupart des pays européens (Paris, 2001). Plusieurs études ont cherché à connaître le point de vue des personnes âgées concernant le recours aux prestataires privés. Cette action est difficilement envisageable au Danemark, elle a suscité une vive polémique en Suède, ne constitue pas l'option préférée des Britanniques, mais est largement répandue en France et en Allemagne (prestataires à but non lucratif) (Paris, 2001). Il est possible que les générations futures de person-

nes âgées recourent plus facilement aux services privés commerciaux notamment parce qu'elles seront plus à l'aise financièrement (Paris, 2001).

– Diversifier les modes d'hébergement des personnes âgées

Les types d'hébergement sont extrêmement divers à travers l'Europe. Essentiellement publics dans les pays scandinaves, ils sont mixtes en Europe continentale et au Québec. En France, 60% des établissements sont publics et 40% privés (secteurs associatif et commercial).

Depuis une vingtaine d'années, tous les pays Européens ont encouragé le développement de formules alternatives à l'hébergement collectif traditionnel (accueil temporaire, accueil de jour, petites unités de vie, accueil familial) et la spécialisation des institutions notamment pour les personnes atteintes de démence (Argoud, 2000, Paris, 2001).

L'accueil familial

L'accueil familial qui ne concerne que l'accueil de personnes au-delà du 4^{ème} degré de parenté est un dispositif récent, dont le cadre juridique a été défini par la loi 89-475 du 10 Juillet 1989. Il permet à une personne dépendante (adulte handicapé ou personne âgée), d'être hébergée, nourrie et accompagnée quotidiennement au domicile d'un accueillant familial agréé, en contrepartie d'un salaire, d'un loyer et de remboursements de frais. Ce projet de loi n'a pas «inventé» l'accueil familial des personnes âgées mais a fourni un cadre législatif permettant de contrôler les pratiques d'accueil dites «sauvages». Le nombre de personnes accueillies est normalement limité à 2 mais peut atteindre 3 personnes. L'agrément précise les modalités d'accueil (permanent ou temporaire, temps complet ou partiel), les modalités de retrait de l'agrément, s'il s'agit de personnes âgées ou de personnes handicapées, les normes du logement, et la nature du suivi social et médico-social. Toutefois, ce mode d'hébergement relève de la compétence des présidents de Conseils généraux et les modalités de sa mise en place varient selon les départements. L'accueil familial constitue une solution alternative au placement en établissement, intéressante lorsque le maintien à domicile de la personne devient difficile sur le plan physiologique ou psychologique (perte d'autonomie, santé dégradée, disparition d'êtres chers). Il est toutefois encore peu développé en France (représentant moins de 1% de l'accueil institutionnel) et réparti de façon très disparate entre les départements (L'accueil familial des personnes âgées se concentre principalement sur 3 régions : Le Nord-Pas-de-Calais, le Poitou Charente et l'Aquitaine qui totalisent 42% des accueils) (Aliaga et Wointrain, 1999). Cette solution reste par ailleurs très peu connue des familles comme des travailleurs sociaux et des

professionnels du secteur médical (Maubernard, 1999). Une évaluation nationale (réalisée auprès de 99 départements) a été menée en 1997 sous la direction de l'action sociale et de l'IFREP (Hourrel, 1997, Aliaga et Wointrain, 1999). L'accueil des personnes âgées représente 38% des agréments, celui des personnes handicapées 56%, et les agréments mixtes 21%. Au 1^{er} janvier 1997, 12 000 personnes étaient hébergées en famille d'accueil (Aliaga et Wointrain, 1999). Celles-ci sont principalement des femmes (74%) dont plus de la moitié à plus de 80 ans qui vivaient le plus souvent à leur domicile ou dans leur famille avant d'être accueillies par des particuliers. Le décès explique la moitié des fins d'accueil des personnes âgées. Les personnes agréées sont également très majoritairement des femmes (96%), qui ont élevé leurs enfants et ont pour plus des 2/3 entre 40 et 60 ans. Pour la plupart, ces femmes avaient exercé une profession souvent comme employée mais étaient inactives ou au chômage au moment de la demande d'agrément. Elles vivaient le plus souvent en couple et dans des maisons individuelles (95%) dont elles étaient généralement propriétaires (Aliaga et Wointrain, 1999). La demande d'accueil vient le plus souvent de l'entourage familial (62%) toutefois cette situation n'est pas toujours bien vécue par la famille naturelle qui peut culpabiliser de ne pas avoir pris en charge le parent (Maubernard, 1999). Les familles d'accueil font également face à une charge très lourde pour laquelle elles reçoivent assez peu d'aide (peu de solutions de répit, peu de formation, peu de possibilités d'échanger sur cette expérience) et peu de reconnaissance. Plusieurs familles d'accueil vivent les suivis et les contrôles effectués par l'équipe médico-sociale comme une « inquisition », soulignant que l'accent est souvent mis sur les conditions matérielles de l'accueil plutôt que sur la qualité des relations.

– Reconnaître et soutenir le travail des aidants

La mise en place de dispositifs visant à encourager l'aide informelle se généralise dans la plupart des pays européens et au Québec dans le but de faciliter le travail des aidants informels mais aussi de le rendre plus attractif. Elle est plus ou moins importante selon les pays et prend différentes formes : rémunération de l'aidant (France, Royaume-Uni, Suède, Finlande), aide financière (Espagne), ou mesure fiscale pour l'aidant hébergeant la personne âgée dépendante (France, Québec, Royaume-Uni), prise en charge de ses cotisations salariales (Allemagne), de sa retraite (Finlande), prise en compte de ses besoins au moment de la définition du plan d'aide (Suède, Royaume-Uni), attribution de congés (Allemagne, Italie) (Le Bihan, 2002, Igl, 2003). Dans le cas des mesures fiscales, il s'agit essentiellement de déductions du revenu imposable, qui sont souvent liées à l'achat de services et dont ne peuvent bénéficier les familles qui ne payent pas ou peu d'impôts (la moitié des foyers en France, le tiers au

Québec) (Guberman et al., 2003). L'aide informelle est également imposée en France par le dispositif légal mis en place dans le cadre du Code Civil (1804) qui prévoit une obligation alimentaire imposant aux conjoint et enfants (par filiation ou par alliance) l'obligation de fournir aux parents les moyens de subvenir à sa vie quotidienne, si celui-ci ne dispose pas de ressources suffisantes. Cette obligation est assortie pour les parents d'une obligation de transmission de l'héritage. Au Québec, le dispositif légal est de moindre portée (Guberman et al., 2003).

La « salarisation » du travail des aidants n'est pas sans poser de problème éthiques (Conseil de la famille et de l'enfance, 2003). Elle entraîne un « brouillage des rôles », notamment parce qu'il est difficile de délimiter l'investissement qui relève de l'aide rémunérée ou de la relation filiale, d'où le risque de débordement pour l'aidant. De plus, elle s'exerce dans un « huis clos familial », souvent en l'absence de médiation, au détriment de l'insertion sociale de l'aidant (Pennec, 2002). Enfin, elle contribue à faire perdurer la prise en charge des personnes âgées par les femmes (Pennec, 2002, Jenson, 2003).

Les politiques de soutien aux aidants intègrent également le développement de formes intermédiaires d'accueil entre domicile et institution (accueil de jour, accueil temporaire à caractère saisonnier, gardes de nuit itinérantes, « relais d'aide ») dont l'offre reste encore très insuffisante en France (Badeyan et Colin, 1999). Des études sont toutefois nécessaires pour évaluer la façon dont sont utilisés ces dispositifs. Une expérience d'hébergement en alternance menée à Sherbrooke au Québec, a en effet souligné que ce programme ne permettait pas de prolonger le maintien à domicile mais était plutôt utilisé par les aidants dans le but inconscient de faciliter le passage à l'institutionnalisation permanente du parent âgé (Landry et al., 2002). Au Québec, les CLSC et plus particulièrement les groupes communautaires proposent des interventions visant l'information, le soutien, et la formation des aidants. Certains groupes communautaires se mobilisent également pour la représentation et la défense des droits des aidants. (Guberman et al., 2003).

– Professionnaliser les intervenants du champ social et médical

Les efforts de formation s'adressent au médecin généraliste qui doit rester au centre du dispositif de prise en charge de la personne âgée, notamment par le développement de l'enseignement de la gériatrie dans le cursus de médecine générale, la mise en place de modules de formation continue et l'augmentation du nombre de praticiens hospitalo-universitaires dans cette discipline (Bony, 2000).

Les efforts de formation devraient également concerner les intervenants du champ social, y compris les aidants familiaux et les bénévoles. Peu de pays se

sont engagés dans cette voie à l'exception de l'Allemagne qui propose des formations aux aidants rémunérés dans le cadre de l'assurance dépendance et du Danemark qui finance la formation des volontaires (Le Bihan, 2002).

Évaluer l'impact des politiques vieillesse

– Amélioration des conditions de vie des personnes âgées... mais renforcement de la figure de la dépendance

Guillemard (1994) qui évalue l'impact des politiques montre que celles-ci ont contribué à améliorer les conditions de vie des personnes âgées dans la plupart des pays européens entraînant un recul de la pauvreté, qui reste toutefois moins marqué au Royaume-Uni. Elles ont de plus favorisé l'accès des personnes âgées à différents services de prise en charge. Toutefois, ces politiques ont également contribué à dévaloriser le statut social des personnes âgées et à accentuer les clivages entre les générations : « [...] plutôt que de prévenir la perte d'autonomie, ces programmes auraient paradoxalement contribué à renforcer la construction sociale de la vieillesse comme le temps de la dépendance et du recul de l'autodétermination » (Guillemard, 1994, p. 53).

En France, la loi sur la PSD adoptée en 1997 a officialisé une vision médicale « incapacitaire » de la dépendance, mettant l'accent sur les capacités à accomplir certains actes de la vie quotidienne. Avec la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la dépendance est assimilée à la perte d'autonomie, ce qui revient à confondre la capacité à effectuer seul les actes de la vie quotidienne et la capacité de la personne de se fixer ses propres lois, de décider pour elle-même (Ennuyer, 2002). Par ailleurs, le manque de coordination des politiques de vieillesse tend à découper la personne âgée en de multiples besoins, permettant rarement de prendre en compte la personne âgée dans sa globalité et dans son environnement (Guillemard, 1994).

La situation est un peu différente dans les pays scandinaves où la prise en charge de la dépendance est conçue comme un droit du citoyen et où l'accent est mis sur la préservation de l'autonomie de la personne âgée, la liberté de choix en matière de lieu de vie (Anttonen, 2003, Colmorten, 2003) et la responsabilité individuelle (Palsic-Jensen, 1999).

Les gouvernements ont mené des évaluations pour connaître le nombre et surtout le profil des bénéficiaires des politiques de prise en charge de la dépendance (Jacobzone et al, 2000). Dans plusieurs pays, l'aide au maintien à domicile semble avoir plus largement profité aux classes moyennes et supérieures (Bressé et Dutheil, 2003⁶).

– Evolution du financement de l'aide aux personnes dépendantes

Dans tous les pays, y compris les pays scandinaves, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes a conduit les gouvernements à réduire la couverture de la prise en charge de la dépendance, notamment par la mise en place de critères d'accès plus restrictifs. Les gouvernements explorent d'autres formules de financement de la dépendance (assurances privées, développement des systèmes de retraite par capitalisation, désépargne, utilisation du logement comme mode de financement) mais ces mesures sont très inégalitaires et restent globalement impopulaires (Bouget, 2003).

L'assurance privée de la dépendance existe en Allemagne, en Angleterre, en France et aux Etats-Unis (Paris, 2001). Elle est toutefois peu développée et devrait ne jouer qu'un rôle mineur (Bouget, 2003, Paris, 2001). Les individus sont en effet peu sensibles au risque de dépendance ou ne souhaitent pas l'envisager à la retraite. De plus, le nombre potentiel d'assurés privés est limité par les facteurs économiques et ne permettrait donc pas une bonne répartition du risque (Paris, 2001). Enfin, l'évaluation de la dépendance par le secteur des assurances privées suscite de nombreux questionnements (Bouget, 2003).

6. Bressé et Dutheil (2003) qui ont étudié les profils des personnes âgées recevant des services d'aide à domicile en France, identifient deux groupes de bénéficiaires. Le premier (30% des bénéficiaires) est constitué de personnes lourdement dépendantes, qui reçoivent une aide à domicile d'une durée importante (aide ménagère plus aide à la personne). Le second (près des deux tiers des bénéficiaires) comprend des personnes sans dépendance physique, le plus souvent issues des catégories socioprofessionnelles supérieures. Elles reçoivent quasi exclusivement une aide ménagère d'une durée réduite. Pour ces personnes, l'intervention à domicile s'apparente à de la prévention. Enfin, à niveau de dépendance équivalent, la durée d'intervention au profit des retraités cadres et des professions intermédiaires est plus de deux fois plus importante que celle dont bénéficient les personnes âgées de milieu ouvrier. Enfin, dans le premier groupe, c'est plus souvent l'entourage de la personne âgée ou les professionnels de santé qui effectuent la demande d'aide alors que dans le second groupe, c'est le plus souvent la personne âgée qui initie le recours aux services.

Le système de prêt-viager hypothécaire

Le logement des personnes âgées propriétaires représente la plus grande partie de leur patrimoine. Celles-ci peuvent alors souhaiter en extraire des liquidités pour financer des dépenses imprévues (financement d'une aide à la dépendance, rénovation du logement). Le système de prêts viagers hypothécaires qui existe aux Etats-Unis, au Royaume Uni et dans une moindre mesure au Canada, permet de transformer en trésorerie un capital immobilisé, sous forme de versements réguliers, d'une somme versée en une fois, ou de l'ouverture d'une ligne de crédit. Le remboursement du prêt (capital plus intérêts), plafonné à la valeur du logement, s'effectue au moment du décès de l'emprunteur, de la vente du bien ou du déménagement définitif. Un risque de dépassement lié au plafonnement de la dette existe. Il est géré au Royaume Uni et au Canada par les mécanismes du marché, et fait l'objet d'une couverture du gouvernement fédéral aux Etats-Unis. Dans ces trois pays, les emprunteurs sont le plus souvent des femmes seules, âgées de 75 ans en moyenne. Celles-ci contractent un emprunt pour financer des dépenses médicales (notamment aux Etats-Unis où la couverture des soins de santé est moins importante), améliorer leur logement afin de permettre leur maintien à domicile, réinvestir cet argent afin d'obtenir un revenu, prendre des vacances, aider leur famille, ou encore acheter une voiture. Ces emprunts concernent un nombre limité mais croissant de personnes (23 000 nouveaux prêts au Royaume Uni en 2003, 18 000 en 2003 et 35 000 en 2004 aux États-Unis, et 1200 au Canada en 2003). Plusieurs obstacles à leur diffusion ont été identifiés : Les prêts sont généralement assez limités en valeur et ils impliquent des frais importants (à titre d'exemple, une personne qui possède un logement de 100 000\$US pourra obtenir un prêt de 70 000\$US sur lesquels elle ne perçoit en fin de compte que 59 000\$). Les associations de personnes âgées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni ont largement médiatisé ces aspects d'où la mauvaise réputation de ces formules. De plus, la clientèle disposant d'un actif immobilier important mais de revenus limités semble assez peu nombreuse, le revenu et le patrimoine progressant généralement en parallèle. Enfin, ces formules ne sont pas adaptées au financement de la dépendance en institution, puisqu'à l'exception du Canada, le déménagement entraîne le remboursement du prêt. Les prêts viagers hypothécaires ont retenu l'attention du gouvernement français qui vise à identifier des formules permettant aux personnes âgées de faire face à un besoin accru de trésorerie dans l'hypothèse d'une détérioration future de leur situation financière (celle-ci étant jugée inévitable compte tenu de la dégradation du ratio actifs/inactifs et de l'allongement de la durée de vie... et de la dépendance). Le gouvernement souligne et encourage par ailleurs la volonté des individus de transmettre de manière anticipée une partie de leur patrimoine. Le groupe d'étude mandaté par le Ministère des finances pour étudier les mécanismes du

prêt viager (Jachiet et al., 2004) s'est interrogé sur les raisons de l'absence de ce type de prêts en France. Celles-ci seraient essentiellement d'ordre culturel (réticence à l'endettement, faible développement du prêt hypothécaire, approche différente de la propriété, attachement au logement et à l'héritage) mais aussi juridiques (liés au régime d'hypothèque, au droit à la consommation, à la fiscalité, à l'interaction avec les minima sociaux, à la réglementation bancaire). Les auteurs ajoutent que l'impact démographique ne s'est pas encore fait sentir et que les retraites françaises restent encore très confortables par comparaison à celles des américains ou des britanniques.

1.3 Les politiques du logement

Situation résidentielle des personnes âgées

– Amélioration des conditions de logement des personnes âgées

Dans tous les pays, des études ont été réalisées souvent à l'initiative des politiques, dans le but de dresser un portrait de la situation résidentielle des personnes âgées et de leur répartition géographique (Cribier, 1994, ADIL75, 2001, Renaud, 2000, SHQ, 1999, Whitten, 1999, Warnes, 1994). Ces études qui s'appuient généralement sur les données des recensements prennent en compte l'âge du chef ou soutien de ménage. Elles montrent que la grande majorité des ménages âgés réside dans des logements ordinaires (Whitten, 1999) et décrivent une forte concentration des personnes les plus âgées dans les grands centres urbains tandis que les retraités les plus jeunes sont plus nombreux à la périphérie des villes. Ce mouvement vers les banlieues et l'habitat pavillonnaire : en Europe, 61% des ménages de 65 ans et plus résident dans un pavillon (Whitten, 1999) est particulièrement marqué au Québec et dans l'ensemble de l'Amérique du Nord.

Ces études mettent en évidence l'amélioration des conditions de logement des personnes âgées (et de la population en général) dans tous les pays de la Communauté Européenne et au Québec, notamment chez les retraités les plus jeunes. Plusieurs facteurs ont contribué à cette amélioration notamment la progression générale du niveau de vie et le développement du parc d'habitations à loyer modique, qui dans les pays scandinaves, en France et au Québec a largement profité aux personnes âgées (Cribier, 1994, Renaud, 1991, 2004, Pihet, 2004, Christoffersen, 1992). Par ailleurs, l'accès à la propriété s'est développé pour les nouvelles générations de retraités⁷ (59% des européens de 65 ans et plus étaient propriétaires de leur logement en 1995, Whitten, 1999).

7. En France, en 2003, 3 ménages retraités sur 4 étaient propriétaires (Minodier et Rieg, 2004).

Toutefois, les personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène et des différences persistent au niveau du type de logement (appartement versus pavillon), de son emplacement, de sa taille, de son confort et de l'accès à la propriété selon la catégorie socio-professionnelle, le genre, l'appartenance culturelle, et le fait de vivre seul ou en couple (Cribier, 1994, Whitten, 1999, Renaud, 2000, ADIL, 2001). Au Royaume-Uni, la qualité des logements des personnes âgées reste très insatisfaisante pour 10% des personnes âgées de 65 ans (soit 700 000 foyers) (Wanklyn, 1996).

Les études qui se sont penchées sur la satisfaction des personnes à l'égard de leur logement attestent d'un niveau élevé de satisfaction (Lindgren et al., 1994, Cribier, 1994, ADIL, 2001), avec une augmentation de la satisfaction vis à vis du logement chez les plus jeunes générations (Cribier, 1994). Elles témoignent de l'attachement des personnes à leur lieu de vie qui augmente avec la durée dans le logement et est souvent jugé plus important que certains éléments de confort intérieur (Lindgren et al., 1994, Lord, 2004). Les personnes âgées expriment aussi leur volonté de vieillir chez elles (Lord, 2004) ; très peu formulent des projets de déménagement, y compris lorsque le logement est peu confortable et mal adapté aux incapacités déjà présentes (Adil, 2001, Lindgren et al, 1994, Perinel, 1998, Lord, 2004).

Certaines études plus récentes se sont intéressées aux effets du vieillissement sur les usages de l'habitat. Elles montrent que l'avance en âge qui s'accompagne souvent d'une progression des incapacités entraîne une transformation du lien social et un recentrage sur le quartier, le logement gagnant en importance (Argoud, 2004). Toutefois, la multiplicité des façons d'habiter selon les individus, les types d'habitats, et les territoires reste encore assez mal cernée.

– Les trajectoires résidentielles

Plusieurs études se sont intéressées à la trajectoire résidentielle des individus au moment de la retraite, soulignant qu'il importe de la replacer dans le contexte familial et patrimonial (Gotman, 1998). Elles mettent en évidence la progression des « migrations de retraite » qui s'inscrivent dans un projet de retraite et poussent les individus vers les régions touristiques du littoral et plus généralement hors des grandes villes (Cribier, 1993, Pihet, 2004). Une part importante des changements de domicile survenant à la retraite se produit au sein du même quartier ou en faveur de la banlieue (Cribier, 1994, Warnes, 1994, Renaud, 2000). Les motivations à l'origine de ces déplacements sont diverses : expulsion, perte du logement de fonction, choix de la résidence secondaire, recherche d'un logement plus confortable, d'un environnement plus agréable, charge du loyer trop élevée, retour au pays, rapprochement des enfants (Cribier, 1994, Oswald, 2002).

Les réaménagements vers les établissements d'hébergements, qui interviennent généralement suite à des ruptures biographiques (notamment le veuvage) ou de santé, notamment en fin de vie (Cribier, 1999) sont assez bien documentés. Les études montrent que l'institutionnalisation est une solution plus fréquente lorsque la dépendance s'aggrave et que le réseau familial de la personne est limité ou ne souhaite pas être mobilisé (Wanklyn, 1996, Aude-naert, 2001, Somme, 2003).

Les déménagements vers des solutions alternatives à l'institutionnalisation (pavillons-jardin, logements bi-familiaux, maisons de type Abbeyfield, villages de retraités, résidences avec services...) sont par contre peu documentés (Lord, 2004). La société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL, 2001) a réalisé plusieurs études de cas concernant les motivations au déménagement, les attraits de ces nouveaux lieux de résidence et la satisfaction des personnes âgées de 55 ans et plus qui y sont installées. Elles montrent que pour la plupart les réaménagements sont motivés par l'état de santé ou la diminution de la force physique (28%), la difficulté de s'occuper de l'ancienne maison (20%) et le désir de côtoyer d'autres personnes (21%). L'attrait principal de ces solutions est la qualité du logement et de son environnement, notamment la proximité des installations de services (36%), et les services et les activités offerts sur place (36%). Dans l'ensemble la satisfaction à l'égard de ces nouveaux modes de logements était élevée. Les personnes interrogées expriment leur volonté de participer plus activement au choix et à l'organisation de leur lieu de vie.

Les réaménagements (à l'exception de ceux qui s'inscrivent dans le projet de retraite) sont rarement anticipés. Les personnes âgées ne semblent quitter leur logement que lorsqu'elles y sont obligées. Ce « manque de planification » résulte de la relation affective développée à l'égard de l'habitat et des difficultés qu'éprouvent les individus lorsqu'ils sont bien portants à envisager des solutions de logement en cas de perte d'autonomie, soit parce qu'ils refusent d'envisager cette éventualité ou qu'ils manquent d'information sur les alternatives disponibles (ADIL, 2001, Pihet, 2004, Lord, 2004).

Les politiques de l'habitat des personnes âgées en Europe et au Québec

Dans tous les pays, la priorité accordée au maintien à domicile a mis l'accent sur la question clé du logement des personnes âgées. Tout comme les politiques vieillesse, les politiques de logement des états s'inscrivent dans l'évolution des politiques sociales. Elles suivent plusieurs orientations : le soutien financier des plus démunis, la réhabilitation des logements et le développement d'une offre de logements adaptés aux handicaps et d'alternatives innovantes à l'institutionnalisation (Houben, 2001).

Nombre de publications soulignent le manque de coordination entre les politiques de vieillesse et de logement. Or la mauvaise qualité des logements limite la personne dans son autonomie et peut entraîner un besoin d'aide supplémentaire (Perinel, 1998). La nécessité d'adopter une approche globale des besoins de la personne âgées est systématiquement soulignée par les politiques mais reste essentiellement à l'état de vœux pieux (Houben, 2001).

Dans les pays scandinaves, le parc de logements est d'un haut niveau de qualité par comparaison aux autres pays européens. L'investissement du gouvernement dans les politiques de logement social est très important et nombre de ces pays ont adopté des réglementations visant l'adaptation des logements aux besoins des personnes âgées et/ou handicapées avec par exemple, l'installation systématique d'ascenseurs, norme de construction qui s'applique également aux constructions neuves (Bertrand, 2004, Houben, 2001). Ces pays ont également développé dans les années 1990, dans le cadre des politiques en faveur du maintien à domicile et en partenariat avec des sociétés de construction privées et des sociétés de logements à but non lucratif, un parc d'appartements spécialement conçus pour les personnes âgées avec des services spécifiques. L'objectif n'est pas tant de maintenir la personne âgée dans son logement actuel que de lui permettre de vivre dans un logement où elle sera autonome (Houben, 2001).

Là encore, le Danemark fait office d'exemple. Les politiques de logement ont en effet largement favorisé le maintien à domicile de la population âgée et ce d'autant plus que la coordination avec les politiques de vieillesse y est élevée (Bertrand, 1994). Les communes disposent ainsi d'un parc de logements équipés de cuisines et de salles de bains accessibles aux handicapés et dotés d'un système d'appel d'urgence fonctionnant 24 heures sur 24 (Bertrand, 1994). Christoffersen (1992) souligne toutefois que ces mesures ont plus largement bénéficié à la classe moyenne et moins aux personnes âgées plus fragiles et plus démunies.

Le Québec a mis en place dans les années 1980 différents programmes d'aide au logement à destination des plus démunis tel le programme d'Allocation-Logement qui s'adressent aux ménages de plus de 55 ans consacrant une part trop importante de leur budget pour se loger ou le programme de remboursement des impôts fonciers visant à alléger les charges des plus démunis pour leur permettre de demeurer dans leur logement. Le programme de logement social (secteur HLM et secteur coopératif), développé à partir de 1969 a largement bénéficié aux personnes âgées auprès desquelles il est très populaire (en 1998, 15% des ménages âgés du Québec résidaient dans un HLM). Toutefois, ce parc de logements est de moins en moins adapté au vieillissement de sa clientèle (Renaud, 1991).

Le Québec propose également un soutien financier et différents incitatifs fiscaux à la rénovation du domicile pour les personnes souffrant d'incapacités (Chagnon, 2004). La Société d'habitation du Québec (SHQ) a par ailleurs encouragé le développement d'alternatives à l'institutionnalisation comme les maisons intergénérationnelles qui se multiplient depuis les années 1990 et les organismes de partage de logement (on recense 150 logements partagés dans la région du Saguenay). Elle a également facilité le développement de solutions bi-familiales avec ou sans cohabitation (logement aménagé à l'intérieur d'une maison existante, pavillon-jardin, logements de type plex) (Renaud, 2004). Toutefois, ces programmes se sont développés indépendamment les uns des autres, ce qui génère des incohérences et des inégalités (Chagnon, 2004). Ainsi, la contribution gouvernementale mensuelle versée dans le cadre du programme Allocation-logement (80\$CAN) est très inférieure à celle qui est versée dans le cadre du programme de logement social Accès-Logis (350\$CAN), d'où la nécessité selon Robert Chagnon, (2004) de procéder à une analyse coût/bénéfice des différentes options offertes aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Au Royaume-Uni, les crédits en faveur du logement social et des institutions d'hébergement publics ont été très largement réduits dans les années 1980 avec le changement de cap en faveur d'une politique plus libérale (Bertrand, 1994). La construction de solutions alternatives à l'institutionnalisation a débuté dès les années 1970 avec la mise en place de logements protégés (Sheltered housing) et de logements adaptés aux besoins des personnes âgées. Depuis les années 1980, les promoteurs privés et le secteur associatif ont investi ce créneau, avec l'aide de subventions publiques. Les associations ont également pris le relais pour la construction de logements sociaux destinés aux personnes âgées. Les aides que proposait le gouvernement en faveur de l'amélioration de l'habitat depuis les années 1960, ont été redirigées au profit des plus démunis à la fin des années 1980 (Bertrand, 1994). Le gouvernement a également soutenu le développement d'agences privées spécialisées dans la réhabilitation de l'habitat dont l'objectif est d'aider les personnes âgées dans leurs démarches administratives et techniques.

Le passage aux soins communautaires (« community care ») dans les années 1990 a favorisé la coordination des politiques de logement et de maintien à domicile, puisque toutes les aides sociales et les allocations sont gérées par un même coordinateur (« care manager ») et attribuées en fonction des besoins et des revenus de la personne (Bertrand, 2001). Toutefois, elles restent limitées ce qui fait que le logement des personnes âgées est au Royaume-Uni quantitativement et qualitativement insuffisant et peu adapté au vieillissement sur place (Houben, 2001, Bertrand, 2001, Wanklyn, 2001).

Dans les pays d'Europe centrale (Pays germanique, France, Belgique), le gouvernement a développé des politiques de logement social qui ont largement profité aux personnes âgées. La qualité des logements est globalement satisfaisante (Houben, 2001). Dans ces pays, les gouvernements visent essentiellement à maintenir des personnes âgées dans leur logement (et plus particulièrement celles qui souffrent d'incapacités légères et modérées), et mettent l'accent sur les politiques d'amélioration de l'habitat, et d'aide à la personne.

En France, la politique du logement des personnes âgées relève essentiellement du département. Au départ, les aides pour l'amélioration de l'habitat concernaient essentiellement les plus démunis dans un souci de lutte contre l'insalubrité des logements. Depuis une quinzaine d'années, elles se font fixer comme objectif principal d'adapter le logement au handicap. Les personnes âgées qu'elles soient propriétaires ou locataires peuvent bénéficier de différentes aides, attribuées par divers organismes (Caisse d'allocations familiales, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Direction départementale de l'équipement, Agence nationale pour l'amélioration de l'habitat, Agence départementale d'information sur le logement), ce qui ne facilite pas le cheminement du demandeur.

L'aide à l'amélioration de l'habitat, financée par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV) et gérée en partenariat avec les PACT-ARIM et les services sociaux, vise à financer la réalisation de travaux d'aménagement et/ou d'adaptation du logement pour favoriser le maintien à domicile. Françoise Leborgne et Simone Pennec (2000) qui ont analysé les demandes présentées au PACT-ARIM en Bretagne soulignent que contrairement aux objectifs annoncés, la grande majorité des travaux portent sur l'amélioration de l'état général du logement (toiture, menuiseries et revêtements extérieurs) et moins sur l'adaptation au handicap (élargissement des portes, pose de barre d'appui, etc.). Par ailleurs, la participation financière des ménages reste très importante et les seuils de revenus pour l'attribution de l'aide sont encore très faibles (Le Borgne, Pennec, 2000).

Dans les pays d'Europe du Sud, les politiques en matière de logement social sont limitées et la qualité des logements des personnes âgées reste insatisfaisante. La coordination entre les politiques de logement et les politiques de vieillesse est rare (Houben, 2001). En Italie, le parc de logement social est un peu plus développé.

– Le recours limité aux aides pour l'amélioration de l'habitat

En France et au Royaume-Uni, à la différence des pays scandinaves, l'aide à l'amélioration de l'habitat reste largement insuffisante compte tenu des coûts impliqués et de la difficulté à mobiliser rapidement une aide pour faire face

aux situations d'urgence liées à l'apparition brutale d'un handicap (Leborgne et Pennec, 2000, Couraye du Parc, 2004). La méconnaissance des dispositifs d'amélioration du logement et la complexité des circuits administratifs découragent également les demandes (ADIL, 2001). Dans plusieurs pays, la mise en place de guichets uniques devrait contribuer à faciliter ces démarches (sites de vie autonome départementaux et CLIC en France, agences privées d'aide à la rénovation du domicile au Royaume Uni).

Toutefois, les limites des prestations d'aide à l'aménagement de l'habitat, la complexité des démarches et la méconnaissance des dispositifs n'expliquent pas entièrement le nombre réduit d'adaptations réalisées. Les personnes âgées semblent également largement réticentes à la transformation de leur logement et notamment à l'introduction de technologies dans leurs habitats⁸. Elles privilégient le développement de stratégies d'adaptation qui leur permettent de déjouer les inadaptations du logement (Lord, 2004, Le Borgne et Pennec, 2000). De plus, les besoins d'adaptation émanent bien souvent de la famille ou d'experts et répondent parfois plus aux besoins des soignants professionnels qu'à ceux de la personne âgée ou des aidants profanes (Le Borgne et Pennec, 2000). Enfin, ces aménagements sont souvent mal vécus parce qu'ils sont considérés comme une intrusion dans la sphère de l'intime (Simpson et al., 2003), affichent la dépendance et portent atteinte au logement comme support d'identité (Le Borgne et Pennec, 2000). Toutefois, peu d'études ont visé à évaluer les usages des aménagements réalisés.

Nouvelles conceptions de l'habitat des personnes âgées

Ces dernières années, nombre de publications émanant des gouvernements mais aussi de chercheurs ou de professionnels du secteur gérontologique soulignent la nécessité de penser l'usage de l'habitat dans sa globalité, c'est à dire intégré dans son environnement. Elles insistent sur l'urgence de dépasser la dichotomie hébergement/domicile, l'habitat collectif devant devenir un véritable lieu de vie. Enfin, elles appréhendent la personne âgée sous la figure du citoyen présentant la liberté de choix du logement comme un droit de la personne, quelque soit son état de santé ou ses handicaps (SCHL, 2004, Anonyme, 2001).

8. Selon Brigitte Chaline (2004) la majorité des réaménagements du domicile ne devrait pas nécessiter l'utilisation de « technologies ». Il faut privilégier les adaptations simples : éviter les tapis, les sols glissants, repenser les rangements, la taille des entrées, favoriser les douches, les plaques à induction plutôt que les cuisinières à gaz...

Ces publications précisent les objectifs que devraient viser les politiques de logements :

Refuser la ségrégation des personnes âgées

L'objectif est de favoriser la mixité des logements et des quartiers, ce qui implique en premier lieu de reconnaître le rôle des personnes âgées dans la société, notamment comme « dépositaires » de l'identité du quartier (Anonyme, 2001, ONU, 2002). Plusieurs expériences innovantes valorisant les relations intergénérationnelles tant au sein du logement individuel que du logement collectif ou du quartier vont dans ce sens.

Favoriser l'accès à la vie urbaine et aux services urbains pour tous

La nécessité d'améliorer l'accessibilité extérieure du logement et la mobilité au sein du quartier est largement soulignée dans nombre de publications. L'objectif est de permettre aux personnes âgées de continuer à participer à la vie sociale urbaine et d'évoluer dans un environnement familier.

Ces publications mettent l'accent sur la nécessité d'adopter une approche globale et d'abolir les pratiques « spécifiques personnes âgées » soulignant que ces adaptations profitent à l'ensemble de la population : Ce qui est bon pour les « vieux » l'est aussi pour tous ceux qui ont des problèmes de mobilité (Institut de gérontologie du Limousin, 2004).

Développer un large éventail d'options de logement

Les options de logement doivent être variées pour tenir compte des besoins et des préférences de toutes les personnes âgées, des plus actifs aux plus fragiles (SCHL, 2004). Nombre de pays se sont engagés dans la mise en place d'expériences de logement alternatives à l'institution qui sont restées assez peu évaluées et quantifiées (Truchon, 2004). On note toutefois, dans plusieurs pays, notamment dans les pays nordiques, et plus récemment en France et au Québec, une volonté de recenser ces initiatives à l'échelle nationale et internationale et de les évaluer en termes de coût/bénéfices pour l'individu et la collectivité. Truchon (2004) qui procède à une recension des expériences internationales d'hébergement des aînés à faibles revenus en perte sévère d'autonomie utilise une grille d'analyse qui met l'accent sur la transférabilité de ces alternatives au Québec, leur impact sur l'organisation des services de soutien à domicile et sur les coûts de la prise en charge, sur la qualité de vie des personnes âgées, et leur acceptabilité tant par les personnes âgées que les professionnels.

Le développement de solutions diversifiées de logements pour les personnes âgées nécessite une bonne connaissance des besoins et attentes des personnes âgées. Or ceux-ci restent peu documentés (Vanderhaegen, 2003).

Développer des services flexibles et pouvoir s'adapter à l'évolution des besoins

Le vieillissement n'est pas envisagé comme une succession de pertes irréversibles mais plutôt comme un processus marqué par des ruptures et des reprises. Cette conception amène à miser sur la flexibilité de l'habitat qui doit pouvoir évoluer en fonction des besoins des familles en facilitant notamment des re-cohabitations à tout âge de la vie (Rodriguez, 2004).

Intégrer les personnes âgées dans le choix et les décisions concernant leur milieu de vie

Les personnes âgées sont souvent négligées en tant qu'usager ou citoyen. Elles sont des citoyens à part entière et doivent être associées via la consultation et la participation. Il convient par ailleurs d'exclure toute représentation par âge dans le débat collectif (Anonyme, 2001, UNSA, 2001, ONU, 2002, Institut de gérontologie du Limousin, 2003).

Le marché de l'habitat des personnes âgées

Dans différents pays, plusieurs études statistiques viennent documenter les conséquences du vieillissement de la population sur le marché de l'habitat. En France, l'augmentation du nombre de personnes seules et du nombre de ménages âgés vient alimenter la demande de logements, notamment en faveur des unités de petite taille (Jacquot, 2002, Minodier et Rieg, 2004). Nombre de personnes âgées se trouvent en effet dans un logement devenu trop grand et trop difficile ou trop coûteux à entretenir. Plusieurs publications émettent la crainte que l'accroissement de la contribution des personnes âgées aux coûts de prise en charge de la dépendance les amène à recourir à la désépargne ou à la vente de leur patrimoine pour financer les services dont elles ont besoin, ce qui n'est pas sans soulever des questionnements concernant la transmission du patrimoine (Laferrere & Gotman, 1998). Au Royaume-Uni, un rapport réalisé par le groupe d'assurance Prudential explique que 4 millions de personnes âgées de 50 à 60 ans seront amenées à vendre leur logement pour financer la chute de leur pension entraînant une augmentation du nombre de propriétés en vente et une élévation des prix des petits logements.

Plusieurs études soulignent que le vieillissement de la population ouvre la voie à de nombreuses opportunités dans le domaine du bâtiment : construction, transformation de l'habitat, développement des résidences médicalisées, aménagement du territoire. Dumas (2002) distingue trois catégories de seniors : « le grand-âge », associé à la perte d'autonomie et la dépendance, les personnes moins âgées, fragilisées mais vivant chez elles, et les jeunes retraités

actifs qui disposent d'un pouvoir d'achat et d'un patrimoine importants et constituent la nouvelle cible des promoteurs immobiliers.

De luxueux complexes ultra sécurisés se développent en périphérie urbaine dans plusieurs villes d'Europe du Nord et du Québec et dans les zones touristiques ensoleillées, comme le Sud de la France (Pihet, 2004, Renaud, 2004, Chagnon, 2004). Ce type d'immeubles qui proposent une large variété de services et de loisirs répond aux besoins d'une clientèle financièrement à l'aise, encore autonome qui n'a pas envie de vieillir isolée. Au Québec, ces complexes se sont souvent organisés comme des villages pour retraités, contribuant au phénomène de ségrégation des personnes âgées (Renaud, 1991). Ces dernières années, les promoteurs immobiliers du Québec ont privilégié la construction de complexes mieux intégrés dans l'environnement urbain. Afin d'être attractif pour les baby-boomers toute référence au troisième ou quatrième âge a été gommée et les activités proposées se sont diversifiées (installation de cafés, de restaurants, de bars/rencontre, de cinémas... (Lavigne, 2003).

Discussion

Cette analyse de la littérature sur les politiques consacrées aux questions du vieillissement met en relief trois débats de société, qui ne se disent pas toujours ainsi, mais que la confrontation des écrits, en particulier sur le plan de la comparaison internationale, permet de dégager :

- la question de la ségrégation par l'âge
- la question des inégalités sociales
- la question de la prévention

Ces trois thématiques ne sont pas sans lien : les politiques engagées dans le champ de la vieillesse s'appuient sur des conceptions et des catégories qui insistent sur les spécificités liées à l'âge ou au contraire choisissent de ne pas privilégier cette entrée par l'âge. Ces politiques révèlent en même temps des formes d'action dans les tentatives de lutter contre les inégalités sociales, là aussi selon l'âge ou selon d'autres leviers. Quant à la prévention, sa plus ou moins grande prise en compte, les formes d'action concrètes développées sur le terrain, indiquent dans quelle mesure des politiques ambitionnent de réduire les inégalités de santé ou choisissent de chercher à réparer les conséquences des inégalités sociales sur la santé.

La question de la ségrégation par l'âge

En France, une grande partie du vocabulaire lié au vieillissement manifeste l'emprise d'une vision très catégorisante de la vieillesse. Les vieux, en devenant

des « personnes âgées », ont été constitués en catégorie de l'action politique avec pour effet la construction d'une « barrière », sans définition bien fixée et d'un « niveau »⁹ tellement vaste qu'il appelle d'autres découpages. Le flou des points de fixation de la barrière permet trop souvent l'amalgame entre des catégories différentes de l'action publique. Les personnes âgées, c'est aussi bien les retraités, catégorie en référence au monde du travail, que les personnes dépendantes, catégorie de l'action sanitaire. D'où le même empressement, à l'évocation du vieillissement de la population à susciter les inquiétudes pour l'avenir, alors que les questions de retraite d'une part et les questions de santé au grand âge d'autre part relèvent de politiques publiques qui ont des logiques tout à fait spécifiques. C'est l'amalgame même, à travers la notion contestable de « vieillissement de la population », qui génère les discours catastrophistes et montre du doigt une catégorie de population responsable des maux de la société. Ce qui a été dénoncé comme « âgisme » n'est pas seulement la tendance à placer sur un pôle positif la jeunesse et sur un pôle négatif la vieillesse, c'est de faire du critère « trop d'âge » le seuil qui permet à la société de prendre en charge selon l'âge la gestion des diverses carrières des individus, aussi bien par exemple professionnelle que sanitaire. Certains pays montrent qu'on a besoin de soin ou pas sans critère d'âge, qu'on a besoin d'un accompagnement à cause de ses handicaps sans critère d'âge aussi. En France on a fait un autre choix, la dépendance est une notion réservée au grand âge, l'Allocation Personnalisée Autonomie n'est distribuée qu'à partir de 60 ans. Mais le débat n'est pas clos, puisqu'en matière d'aide à l'habitat, les critères d'attribution ne prennent pas forcément le critère de l'âge. Cela dit, on peut s'inquiéter du poids de la notion de dépendance : comment une personne peut-elle se considérer comme sujet et citoyen à part entière en étant désignée comme « dépendante » ?

La question des inégalités

Un des effets de la catégorisation en « personnes âgées », est la tendance à homogénéiser la catégorie, comme si être arrivé à tel âge dispensait l'individu de le rattacher à la hiérarchie sociale. On a assisté il y a quelques temps à la production de statistiques voulant prouver que les actifs étaient moins riches que les inactifs, ce qui a été traduit facilement par : les vieux retraités sont plus riches que les plus jeunes, actifs. Si le calcul peut avoir quelque pertinence entre actifs et inactifs, il ne l'est guère selon les âges. Il suffit de faire remonter le curseur au-delà de 65 ans pour faire inverser la balance puisqu'on a affaire alors à des personnes ayant moins cotisé pour leur retraite, des veuves qui touchent

9. pour reprendre la terminologie de Goblot (1925).

une pension de reversion etc. Bien évidemment, on retrouve de très fortes disparités de revenus chez les retraités, on constate de très fortes disparités selon les états de santé. Ces disparités de santé sont liées au positionnement social et sont donc des inégalités sociales de santé. Un seul indicateur par exemple : Parmi les 65 ans et plus qui déclarent une limitation de leurs activités à l'intérieur de leur domicile, on trouve un peu plus de 30% des anciens ouvriers contre 20% des anciens employés, et 9,5% des anciens cadres et ingénieurs. Cela pour les hommes, et la même hiérarchie est retrouvée chez les femmes mais avec des chiffres plus élevés : 40%, 30%, et 13% respectivement. Des différences donc très significatives¹⁰.

Les politiques de réduction des inégalités sociales se limitent en général à des mesures contre la pauvreté, ce qui n'est qu'une manière particulière de lutter contre les inégalités. C'est ainsi que ce sont les vieux pauvres qui ont bénéficié les premiers des services à domicile. Ces services ont longtemps été marqué de l'image de la vieillesse pauvre. La prise en charge de la dépendance en France a été une affaire d'assistance sociale d'abord, plutôt que d'assurance pour tous. Avec l'APA on semble s'éloigner d'un système assistanciel, visant à aider les plus pauvres, pour élargir la population éligible, notamment en abandonnant le remboursement sur succession. Il reste à savoir toutefois si des inégalités ne sont pas renforcés avec l'apparition des handicaps, par exemple par le fait que des membres de la famille doivent intervenir auprès de leurs proches parce qu'ils n'ont pas les moyens de financer les services privés nécessaires. D'une manière générale il semble que la thématique du coût de la dépendance, de l'augmentation des dépenses de santé escamote les débats sur le risque d'aggravation des inégalités au moment de la vieillesse.

La question de la prévention

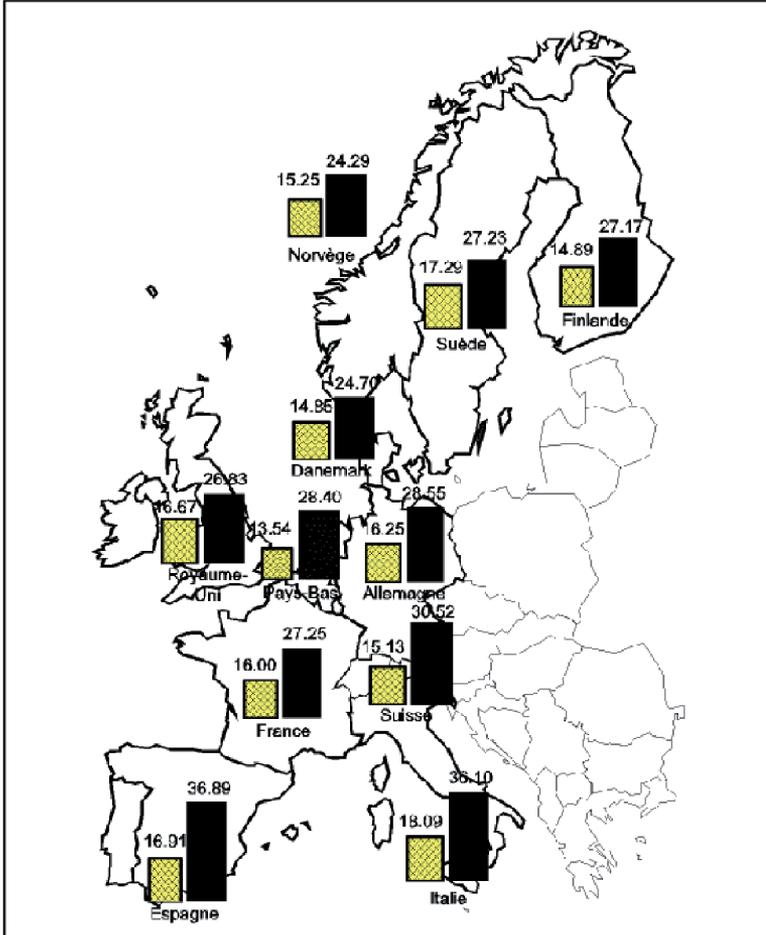
La « gérontologisation » pourrait-on dire, des problèmes liés au vieillissement, a pour conséquence des interventions qui relèvent davantage du « curatif » que du préventif. La distribution des allocations est largement dépendante du jugement médical. Attendre que la personne soit « dépendante » pour lui donner une aide c'est plus chercher à compenser des pertes que tenter de conserver les capacités de la personne. Lorsque des tentatives sont faites pour prévoir le nombre de personnes âgées dépendantes dans un pays, on s'aperçoit que les fourchettes sont larges. Ainsi pour la France : alors qu'on compte 800 000 personnes dépendantes en 2000, on estime qu'il pourrait y en avoir en

10. Voir sur cette question : Grand A, Clément S, Bocquet H, chapitre « Les personnes âgées », Les inégalités sociales de santé (sous la direction de A Leclerc, D Fassin, H Grandjean, M Kaminski, T Lang), La Découverte, 2000, pp. 315-330.

2040 entre un million et un million et demi. C'est à dire 20% de plus ou 80% de plus. N'est-ce pas reconnaître que les sociétés ont des marges de manœuvre en la matière? Des débats plus ou moins explicites sur la prévention ont lieu à propos des services proposés: une aide à domicile peut avoir cette ambition préventive. Des programmes de prévention des chutes (voir partie « qualité de vie ») sont élaborés. Lorsque, comme beaucoup de politiques gérontologiques le préconisent, un plan d'aide doit être préparé pour la personne, cet élément de la prévention est plus ou moins pris en compte. En matière d'aménagement de l'habitat par exemple il n'est pas sûr que les acteurs professionnels aient le même souci partout. Les services de coordination au niveau local (les CLIC en France) étendent-ils leurs compétences à tous les acteurs de prévention possible (par exemple le pharmacien), rien n'est moins sûr. Mais pour le moment il nous faut reconnaître que nous ne savons que peu de choses dans ce domaine.

Annexe 1 : Projections démographiques

L'évolution des plus de 65 ans en Europe de l'Ouest
US Census Bureau



Légende :



Annexe 2 : Quelques indicateurs

	Personnes de plus de 60 ans/65 ans en % de la population totale	Personnes de plus de 80 ans en % de la population totale	Projections démographiques 2020/2050 en % de la population totale	Personnes de +60 ans/65 ans vivant à domicile en % de la population totale	Personnes vivant seules à domicile en % des personnes âgées vivant à domicile	Personnes âgées en institution d'hébergement ou de soins en % de la population âgée de 60 ans/65 ans et plus	Personnes recevant des soins à domicile en % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile	Personnes dépendantes vivant à domicile en % de la population âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile	Personnes dépendantes en % des personnes vivant en institution
France	12,1 millions de 20% de +60 ans (INSEE 2000)	1997 : +80 ans : 3.9% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 5.8% (Eurostat, 1997) 2050 : +60 ans : 33%	96% des plus de 60 ans vivent à domicile ou en logement foyer 87% des plus de 75 ans en France (HID, 1998/2001)	Près de la moitié des femmes de 80 ans vivent seules (recensement 82)	+60 ans : 4% soit 480 000 personnes (HID, 1998) exclut le logement foyer +80 ans : 16% (HID1998) dont 74% de femmes et 26% d'hommes (INSEE, août 1999). Age moyen d'entrée fin 1998 : 79 ans pour les hommes et 84 ans pour les femmes. 46% des résidents ont plus de 85 ans. (HID1998)	6,1% en 1995 (OCDE, 1999)	5% des personnes de plus de 60 ans sont dépendantes GIR 1 à 4 (HID-2000 dans DREES, 2003) 1% de personnes très dépendantes (GIR 1 à 2) (DREES, 2003)	6.6% de la population de plus de 60 ans est dépendante GIR 1 à 4 soit 800 000 personnes 57% des personnes sont dépendantes GIR 1 à 4 (HID-2000 dans DREES, 2003) 30% de personnes très dépendantes (GIR 1 à 2) (DREES, 2003)
Finlande	14,9% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 3.2% (Eurostat, 1997)	2020 : +65 ans : 22.7% (Stat. Ann. Finlande, 1997) +80 ans : 4...9% (Eurostat, 1997)	93% des 65 ans et plus vivent à domicile. (OCDE, 1996)	+75 ans : 37% en 1990	+65 ans : 5.3 à 7.6% en 1995 (OCDE, 1999)	14.6 en 1995 (OCDE, 1999)		
Norvège	15,4% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)			94 % des 65 ans et plus vivent à domicile. (OCDE, 1996)		+65 ans : 6.6% en 1995 (OCDE, 1999)	17% en 1995 (OCDE, 1999)		
Danemark	15,0% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 3.9% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 4.2% (Eurostat, 1997)	93% des 65 ans et plus vivent à domicile. (OCDE, 1996)		+65 ans : 7% en 1995 (OCDE, 1999)	20.3% en 1995 (OCDE, 1999)		

	Personnes de plus de 60 ans/65 ans en % de la population totale	Personnes de plus de 80 ans en % de la population totale	Projections démographiques 2020/2050 en % de la population totale	Personnes de +60 ans/65 ans vivant à domicile en % de la population totale	Personnes âgées vivant à domicile	Personnes âgées en institution ou de hébergement ou de soins en % de la population âgée de 60 ans et plus	Personnes recevant des soins à domicile en % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile	Personnes dépendantes à domicile en % de la population âgée de 60 ans ou 65 ans et plus vivant à domicile	Personnes dépendantes en % des personnes vivant en institution
Pays Bas	13,7% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 3.1% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 4.4% (Eurostat, 1997)	91% des 65 ans et plus en 1995 (OCDE, 1996)		8.8% des 65 ans et plus en 1995 (OCDE, 1999) âge moyen d'entrée en institution : 85 ans (Houben, 2001)	12% en 1995 (OCDE, 1999)		
Suède	17,4% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 4.8% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 5% (Eurostat, 1997)	91% des 65 ans et plus en 1995 (OCDE, 1996)		8.7% des 65 ans et plus en 1995 (OCDE, 1999)	11.2% en 1995 (OCDE, 1999)		
Royaume Uni	15,8% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 4% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 4.9% (Eurostat, 1997)	95% des 65 ans et plus vivent à domicile. (OCDE, 1996)		+65 ans : 5.1% en 1995 (OCDE, 1999) 65-74 ans : 1.1% +85 ans : 29% (Laing and Buisson, 1993)	5.5% en 1995 (OCDE, 1999)		
Allemagne	16,4% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 3.9% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 6% (Eurostat, 1997)	93% des 65 ans et plus vivent à domicile. (OCDE, 1996)		+65 ans : 6.8% en 1995 (OCDE, 1999)	9.6% en 1995 (OCDE, 1999)	2% pop totale soit 1.65 million de personnes (Floch'hic, 1995) 2030 : 3 millions (Floch'hic, 1995)	
Belgique	+60 ans : 20% en 2000 (Institut National de la Statistique) 17% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 3.9% (Eurostat, 1997)	2020 : +60 ans : 27% +80 ans : 6% (Eurostat, 1997)			+65 ans : 6.4% en 1995 (OCDE, 1999)	4.5% en 1995 (OCDE, 1999)		

	Personnes de plus de 60 ans/65 ans en % de la population totale	Personnes de plus de 80 ans en % de la population totale	Projections démographiques 2020/2050 en % de la population totale	Personnes de + 60 ans/65 ans vivant à domicile en % de la population totale	Personnes âgées vivant seules à domicile	Personnes âgées de 60 ans /65 ans et plus	Personnes âgées en institution d'hébergement ou de soins en % de la population	Personnes recevant des soins à domicile en % des personnes de 65 ans et plus vivant à domicile	Personnes dépendantes à domicile en % de la population âgée de 60 ans ou 65 ans et plus vivant à domicile	Personnes dépendantes en % des personnes vivant en institution
Espagne	17% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 3.3% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 5.6% (Eurostat, 1997)	97.2% des 65 ans et plus (1995)		2..9% des 65 ans et plus en 1995 (OCDE, 1999)		1.6% en 1995 (OCDE, 1999)		
Italie	18.1% de plus de 65 ans (OCDE, 2002)	1997 : +80 ans : 4.1% (Eurostat, 1997)	2020 : +80 ans : 6.8% (Eurostat, 1997)			3.9% des 65 ans et plus en 1995 (OCDE, 1999)		2.8% en 1995 (OCDE, 1999)		
Québec	+ 65 ans : 13% en 2001 (ISQ, 2001)	+85 ans : 1.3% en 2001 (ISQ, 2001)		90% des plus de 65 ans vivent à domicile en 2001 (incluant les résidences avec services) (ISQ, 2001)	31% des 65 ans et plus vivent seules en 2001 (Eco-Santé Québec, Compilation INSPQ)	+ 65 ans 10% en 2001 - 72% sont des femmes - 46% ont 85 ans ou plus (ISQ, 2001)			En 1998 : 5.5% des 65-74 ans présentent une incapacité grave 13.9% des 75 ans et plus (ISQ, 2001)	63% des personnes admises en CHSLD sont en très grande perte d'autonomie (Conseil de la Famille et de l'enfance, 2004)

Annexe 3 : Modèles de protection sociale et de prise en charge de la dépendance en Europe

Pays	Quel modèle ? Qui bénéficie des prestations de prise en charge de la dépendance ?	Comment est financée la prise en charge de la dépendance ?	Qui en assure la gestion ?	Evaluations, évolutions
<p>France Modèle de protection sociale : bismarkien : assurance sociale obligatoire</p>	<p>Couverture des soins médicaux par l'assurance maladie Aide à la personne, sous condition de besoin (aide à la dépendance) et d'âge (+ 60 ans) - PSD : Adoptée en 1997 et abandonnée en 2002. Evaluation basée sur la grille AGIR basée de l'octroi de cette prestation. Aide en nature (paiement de services délivrés à domicile ou en établissement) - APA depuis 01/2002 sous condition de besoin (attribuée au GIR 1, 2, 3) et de ressources (en dessous d'un certain seuil de revenu, les allocataires sont exonérés de toute participation) risque lié à l'âge (+60 ans) possibilité de rémunération des aidants</p>	<p>Financement par l'assurance maladie Aide sociale seuils de ressources très bas, récupération sur succession Co-paiement (ticket modérateur) au dessus d'un certain seuil de ressources. Obligation alimentaire des descendants. En 2003, réforme de l'APA pour en réduire le coût (abaissement des seuils de revenus)</p>	<p>Caisse d'assurances maladie Décentralisation du système (inégalités territoriales) GIR 1, 2, 3 gérés par les départements GIR 4 gérés par les caisses de retraite Accès à la même prestation sur tout le territoire</p>	<p>Offre de services insuffisante pour couvrir les besoins des générations âgées futures qui bénéficieront d'une aide familiale réduite. Prise en charge financière de la dépendance encore réduite</p>
<p>Royaume Uni Modèle bévériquien</p>	<p>Pas de protection sociale spécifique dépendance. Couverture de tous les résidents par le NHS. « Community care Act » Aide sociale aux personnes âgées. Beaucoup d'aides sous condition de ressources</p>	<p>Impôts généraux Co-paiement des usagers sous condition de ressources individuelles.</p>	<p>Autorités locales évaluent les besoins des personnes âgées et proposent un panier de soin (care package). Les soins que le patient ne peut assumer après évaluation de sa capacité de contribution sont pris en charge par les autorités.</p>	<p>Développement du secteur privé, recours au secteur de l'assurance privée pour les plus aisés et à la désépargne.</p>

Pays	Quel modèle ? Qui bénéficie des prestations de prise en charge de la dépendance ?	Comment est financée la prise en charge de la dépendance ?	Qui en assure la gestion ?	Evaluations, évolutions
<p>Allemagne Modèle de protection sociale bismarckien : Assurance sociale obligatoire</p>	<p>Système d'assurance dépendance adoptée en 1994 : reconnaissance du risque (sous condition de besoin), couverture indépendante de l'âge et des ressources. Sont couvertes toutes les personnes relevant de l'assurance maladie. Couvre l'aide à domicile et l'institutionnalisation. Définition très formalisée des niveaux d'aide en fonction des niveaux de dépendance. Pas de critère d'âge.</p> <p>Système complémentaire d'aide sociale pour les personnes âgées les plus démunies</p>	<p>Création d'une nouvelle cotisation sociale</p> <p>Aide sociale Participation exigée du bénéficiaire ou de ses descendants au delà d'un certain seuil de ressources.</p> <p>Impôts généraux</p>	<p>Caisse d'assurance maladie</p> <p>Tradition de décentralisation</p>	<p>L'assurance dépendance reste insuffisante pour la prise en charge des dépendances lourdes.</p>
<p>Québec Modèle bévériidgien</p>	<p>Services médicaux : Universalisme : prise en charge de tous les individus. Principes d'équité et d'égalité d'accès aux services collectifs.</p> <p>Allocations accordées (sous conditions de besoins) (ex : aide à domicile, soins de longue durée)</p>	<p>Impôts généraux</p>	<p>Tradition de décentralisation</p>	
<p>Pays scandinaves (Danemark, Suède, Finlande) Modèle bévériidgien</p>	<p>Services médicaux : Universalisme : prise en charge de tous les individus. Principes d'équité et d'égalité d'accès aux services collectifs.</p> <p>Dans l'idéal, les prestations vieillesse seraient de véritables « droits des citoyens »</p> <p>Allocations accordées (sous conditions de besoins) sans critères d'âge (ex : aide à domicile, soins de longue durée)</p>	<p>Recettes fiscales Impôts locaux et nationaux Co-paiement des usagers variant de 10 à 20% Montant important des aides Rémunération des aidants</p>	<p>Tradition de décentralisation : gestion et financement (en partie) des services par les municipalités.</p>	<p>Rationnement des prestations aux personnes âgées à domicile, dualisation sociale</p>
<p>Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal, Grèce) Modèle logique d'aide sociale</p>	<p>Aide sociale aux plus démunis. Offres de services limitées. Traditions culturelles d'aide au sein de la famille.</p>	<p>Impôt général</p>	<p>Tradition de décentralisation : gestion par les communes</p>	<p>Offre de services à domicile très insuffisante pour couvrir les besoins des générations âgées futures qui bénéficieront d'une aide familiale réduite Financement par l'Etat très limité.</p>

II. Amélioration et innovations en matière d'habitat

Les enjeux de l'habitat et du vieillissement

De nombreuses publications scientifiques ou grand public commencent leur propos par des données démographiques actuelles et projetées : elles soulignent le mouvement de vieillissement de la population dans tous les pays occidentaux en particulier. Ce phénomène est présenté alors comme un risque social majeur, notamment en termes de coûts sociaux de la prise en charge de la population dite dépendante. Face à cela, les pays concernés ont adopté depuis généralement trois ou quatre décennies, une politique de soutien au maintien à domicile des personnes âgées¹. Or maintenir à domicile ne concerne pas seulement la question des soins, il s'agit aussi de considérer le logement dans lequel vivent ces personnes. C'est là que politique de la vieillesse et politique de l'habitat se rejoignent, ainsi que les politiques sociales.

Ainsi, au Québec, le Conseil de la famille et de l'enfance, placé sous la responsabilité du Ministère de l'Emploi, de la solidarité sociale et de la famille, a émis un avis en 2004 intitulé « vieillissement et santé fragile : un choc pour la famille? ». Il y est question des besoins pour favoriser le maintien à domicile et des solutions existantes en matière d'aménagements du logement ou de nouveaux modes d'habitation mais aussi en matière d'aménagements des espaces publics et de transports en commun (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004).

Le vieillissement de la population soulève des questions d'adaptation et d'aménagement de l'habitat mais aussi des questions de réglementation et de politique nationale d'aide à l'amélioration du logement. Les enjeux sont économiques, sociaux et politiques. Et plutôt qu'un risque social, le vieillissement

1. Depuis le rapport Laroque en 1962 pour la France.

peut être perçu comme un catalyseur de nouvelles politiques d'habitat et d'innovations en la matière ainsi que comme un marché bien lucratif (Dumas et al, 2002). Les expériences et réflexions qui se sont développées dans différents pays ont fait apparaître que si ces deux secteurs, habitat et vieillissement, sont effectivement à considérer conjointement, leur rapprochement n'est pas si immédiat et réinterroge la problématique des enjeux et des acteurs impliqués dans le champ de l'habitat et celui du vieillissement.

Parmi les questions émergentes :

- comment se structurent l'offre et la demande ?
- quels sont les processus d'usage des aides techniques et des aménagements du logement ?
- quels sont les rapports entre projet technico-architectural et projet de vie ?
- comment passe-t-on d'une perspective centrée sur l'habitat à une perspective ouverte sur l'habiter ?
- Comment passe-t-on d'une perspective centrée sur le handicap ou la dépendance à une perspective ouverte sur le processus de vieillissement ?

Programmes d'action expérimentaux et principaux acteurs

Pendant une dizaine d'années, à partir de la moitié des années 80, les pouvoirs publics ont engagé et soutenu des programmes expérimentaux visant à « transformer les conditions de vie des personnes âgées » (Bordet et al., 1995).

L'exemple de la France permet d'appréhender quels sont les acteurs qui ont joué un rôle dans ces programmes ainsi que les définitions des publics auxquels ils étaient destinés.

Le programme SEPIA (par exemple, Roger et Lefort, 1990) : mis en place en 1989 par le ministère du logement, le ministère des affaires sociales et le Plan Construction et Architecture et en lien avec le mouvement HLM. Il vise les personnes à domicile et en institution. Pour l'élaboration des projets, il s'appuie sur une méthode dite de « programmation générative », source de réflexion conceptuelle mais aussi à visée opérationnelle.

Hoddé, R. (1993), La programmation générative. Application aux résidences de personnes âgées, *Techniques et architectures*, 410, 98-101. Méthode de programmation mettant l'accent sur la dimension collective du projet, affirmant le caractère primordial de l'usage et procédant par étapes avec réajustements (interactivité entre programmation et construction architecturale, consultation des utilisateurs). Cette méthode est expérimentée dans le cadre du programme SEPIA (Secteur expérimental pour une programmation innovante de l'habitat des personnes âgées). L'auteur présente 3 exemples qui montrent que si la programmation générative permet à l'architecture de combler le déficit d'usage qui la caractérise, ce n'est pas seulement parce que les usagers sont présents mais surtout parce qu'à travers le dialogue et les groupes de pilotage, ils ont l'occasion de préciser ce qu'ils attendent. Il y a là une occasion de promouvoir la démocratie dans la conception de l'habitat à condition de savoir tisser un dialogue et partager une culture professionnelle. En effet, les concepteurs, et dans une moindre mesure les programmeurs, ne sont pas toujours disposés à céder sur ce qui leur apparaît comme un domaine réservé. De plus, il n'est pas facile de donner accès à la culture architecturale si peu diffusée dans la société.

En termes de bilan, « de façon locale ou nationale, ce programme a fortement influencé les institutions et les professionnels qui y ont participé » ; des nouvelles pratiques et questions ont émergé (Bordet et al., 1995). Les auteurs poursuivent : « La lourdeur du dispositif de coopération et d'élaboration a toutefois empêché sa reproduction ».

Ce programme a donné lieu à de nombreux écrits et à des évaluations. Les réalisations issues de ce programme se sont appuyées sur la définition d'un projet local et global et pas seulement architectural et technique. La méthode de programmation générative a ceci d'intéressant qu'elle renversait la vision de la personne âgée en termes d'incapacités et de dépendance pour promouvoir une figure de l'utilisateur qui dispose du droit de choisir (Le Moniteur, hors série, 1994).

Chatauret, A., Knoll M. & Renault, C. (1997). Un bilan du programme SEPIA : vivre chez soi en établissement. *Retraite et société*, n°19: 30-39.

Le bilan de l'évaluation réalisée montre la pertinence de 3 principes de fond du programme SEPIA :

- la personne âgée peut rester décideur de sa vie à condition de disposer d'un lieu de vie qui reprenne les fonctionnalités du domicile, qu'il soit ouvert sur la ville, qu'il permette les visites dans un cadre valorisant, que la personne puisse choisir parmi des services à la carte, qu'elle noue avec l'établissement qui l'accueille des relations contractuelles
- il faut rompre avec la spécialisation actuelle des établissements et privilégier la prise en compte individuelle de situations variées au sein d'une même structure
- il faut mettre la personne âgée au centre du fonctionnement de l'établissement.

Des progrès sont à réaliser sur le second objectif de décroisement entre les champs sanitaire et social :

- nécessité d'associer les différents acteurs au processus de décision notamment les Conseils Généraux.
- nécessité de créer des lieux de ressources où les multiples acteurs pourront trouver informations, expériences et conseils

La méthode SEPIA n'est pas un facteur d'augmentation des coûts :

- optimisation des choix de programmation et donc d'amélioration du rapport qualité/coût
- la prise en compte de l'évolution est également un facteur d'optimisation du rapport qualité/coût
- l'appel aux services extérieurs peut parfois permettre un ajustement aux besoins à un meilleur coût
- des logements spacieux dans des petites structures ne sont pas nécessairement plus coûteux que des petites chambres dans des grandes structures.

Les Programmes Locaux Habitat-Services (PLHS) : à l'initiative du mouvement HLM, soutenu dans un premier temps par le Plan Construction Architecture et, dans un deuxième temps par la Caisse des Dépôts et Consignations. Ces programmes sont venus à la recherche d'une réponse face au vieillissement des personnes résidant en HLM. Ils ont manifesté la volonté d'une approche plus globale des situations d'habitat en situant la personne dans son environnement proche et en prenant en compte les usages de l'habitat. Mais la coopération entre le mouvement HLM et les Centres Communaux de l'Action Sociale a fait notamment obstacle au développement de ce programme, les seconds définissant les organismes HLM comme des « logeurs » et non comme des opérateurs. L'absence d'implication des administrations de tutelle (en particulier au niveau départemental) a rendu difficile la pérennisation des actions engagées. Enfin, les travaux d'évaluation ou de bilan font défaut (Bordet et al., 1995).

Les Contrats Locaux de Soutien à Domicile (CLSD) : initiative d'un autre acteur important de l'habitat : le PACT-ARIM. Il s'agissait de créer des dispositifs locaux coordonnés visant à favoriser le maintien dans leur milieu de vie des personnes âgées. Là aussi, la légitimité des PACT-ARIM comme animateur de ces dispositifs n'a pas été reconnue par l'ensemble des partenaires. De plus les politiques locales n'ont pas eu suffisamment d'engagement, la notion de coordination locale n'étant qu'à ses balbutiements (Bordet et al., 1995).

Ces programmes ont été novateurs et ont certainement contribué à ouvrir la voie vers de nouvelles pratiques et modes d'intervention institutionnels et professionnels. Ainsi, les CLSD semblent une pré-figuration des Centres Locaux d'Information et de Coordination mis depuis en place par décret. Ils entraient dans une logique mettant l'accent sur le partenariat inter-professionnel et inter-institutionnel, sur une vision dépassant les strictes limites du logement, et sur une définition de la personne âgée comme usager. Cependant, le partenariat est difficile à instaurer entre des acteurs de milieux différents, aux contraintes et intérêts différents, et appartenant à des institutions plus ou moins prêtes à s'engager vers de nouvelles pratiques ou de nouveaux terrains. Une des questions cruciales est celle de la reconnaissance de la légitimité de l'animateur ou porteur de projet.

En 1989 déjà, un responsable du mouvement HLM écrivait que face au vieillissement de la population : « il est nécessaire d'avoir une approche pluridisciplinaire pour une politique globale d'habitat (à adapter) et de services (à coordonner) » (Raibaut, 1989).

En conclusion d'un travail de synthèse sur les principales actions de recherche et d'expérimentations en France, Bordet et al (1995) préconisent de :

- valoriser l'acquis par l'évaluation des expérimentations et la diffusion des résultats
- engager des recherches sur les notions de solitude et de handicap, sur les conditions de structuration de l'offre privée et publique vers le logement et sur l'émergence de nouvelles solidarités et de développement communautaire dans les quartiers
- promouvoir des expérimentations visant à articuler sur un même territoire, l'hôpital, les services, l'habitat et la vie sociale, en coordination avec les politiques départementales et régionales
- privilégier les actions vers l'habitat existant car celui-ci concerne le plus grand nombre des personnes

Des programmes ont également été initiés par des institutions publiques dans d'autres pays européens. Par exemple :

- *aux Pays Bas* : expérience de construction et de rénovation à grande échelle d'un habitat adaptable réunissant le ministère de l'habitat, les organismes de logement et les associations de personnes âgées.
- *en Allemagne* : 200 centres locaux de conseil et d'aide à l'adaptation de logements pour personnes âgées dépendantes
- *en Suède* : à Eskilstuna, programme de recherche et actions sur le maintien à domicile en zone urbaine et en zone rurale (Habitat et Société, 1998)

Parallèlement à ces initiatives centrées sur l'habitat, sont apparus, dans les années 90, des programmes axés sur la domotique et les nouvelles technologies (par exemple, Jobert, 1993).

Le Programme *Interface Domotique Collective* a été engagé en 1990, à l'initiative de l'UNFOHLM, du Plan Construction et Architecture (ministère du logement) et de France Télécom et soutenu par EDF-GDF et l'Agence pour la Maîtrise de l'Énergie et de l'Environnement (ADEME).

Son objectif est de concevoir un système technique adapté à la gestion de l'habitat collectif et permettant d'assurer des fonctions de sécurité des logements et des équipements collectifs, de contrôle de l'énergie, de communication entre les habitants, les gestionnaires et les prestataires de services d'entretien et de maintenance, et de gestion des charges.

Il fait suite à une première démarche expérimentale intitulée PHI (*Pour un Habiter Interactif*) et initiée par les pouvoirs publics français en 1987 : il s'agit d'utiliser les technologies nouvelles de l'information pour bâtir une « maison intelligente » axée sur les automatismes domotiques. L'habitat collec-

tif sera choisi pour mettre au point les premiers systèmes de contrôles automatisés (sous forme de tableaux de bord domestiques, boîtier situé dans le logement et permettant à l'usager le suivi, le contrôle et la commande de tous les capteurs et actionneurs reliés au système domotique).

Un autre volet d'application était représenté par l'assistance à domicile (télé-assistance, télé-médecine...). Il ne sera pas l'objet d'un programme d'action spécifique public mais laissé à l'initiative des opérateurs de réseaux qui proposeront aux habitants des services optionnels personnalisés dont une partie des investissements pourra éventuellement être couverte par des financements publics locaux. (Raynouart, 1995).

C'est dans cette période que naît la *gérontechnologie* (Le Gérontophile, 1994). Ce fut d'abord aux Pays-Bas où l'université d'Eindhoven a développé la gérontechnologie comme champ de recherche². Elle est définie comme « l'étude de la technologie et du vieillissement mené dans un but de concevoir un meilleur cadre de vie et de travail, ainsi que des soins médicaux adaptés aux personnes âgées dépendantes ». La gérontechnologie « s'enracine dans la science mais ses applications s'inscrivent dans le réel » (Graafmans, 1995). L'idée des promoteurs de cette nouvelle approche est de créer un « centre de technologies pour citoyens âgés » qui pourrait être un « centre de développement du marché ». En vue de promotion, une maison modèle a été construite répondant aux normes du label néerlandais « senior » en termes de proximité des services, de sûreté et de sécurité du logement, de confort, d'accessibilité et d'adaptabilité (Van Berlo, 1995). La dynamique de la gérontechnologie s'étend au niveau européen avec le programme Cost A5³ (Gardent, 1993), dont l'un des animateurs les plus actifs est Jan Graafmans de l'université d'Eindhoven.

Dans les écrits, le point de vue dominant est celui des promoteurs, qu'ils soient industriels, chercheurs, institutionnels. Si ce qui est mis en avant est la figure de la personne âgée comme usager voire comme citoyen, la figure sous-tendue est celle du consommateur. La gérontechnologie fait apparaître un important nouveau marché potentiel et séduit de nombreux acteurs. Sur un site internet⁴, en 2001 la question suivante est posée : « La gérontechnologie, la science de la longévité, les expériences multiples témoignent d'un mouvement qui paraît irréversible. La naissance de "International Society for Geron-

2. programme GENIE: Gerontechnology Education Network In Europe, issu de Institute for gerontechnology of Eindhoven.

3. Ce programme européen a pour objectif de favoriser la concertation entre les chercheurs des Etats membres. Les thèmes étudiés sont : technologie médicale et vieillissement ; technologie et vieillissement de la population au travail ; technologie, vieillissement et vie quotidienne.

4. <http://perso.wanadoo.fr/sgn/projets.htm>

technology”⁵ dont le Président est Ms Vappu Taipale est-elle un signe décisif? ». Qu’en est-il aujourd’hui? La gérontechnologie existe toujours dans les activités universitaires, par exemple à Grenoble. Il semble que la difficulté pour cette discipline est de trouver sa place et de défendre l’approche globale et multidisciplinaire. En effet, il peut être tentant pour des acteurs, chercheurs ou industriels en particulier, de se concentrer sur les questions techniques et d’effacer en quelque sorte la personne des dispositifs techniques (Noury et al 2003).

Le programme MIRE-CNAV « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population »

En 1992, un Groupe de Recherche Français constitué de représentants de la MIRE, de la CNAV et de la FNG est mis en place dans le cadre du réseau européen de coopération scientifique et technique COST A5 « vieillissement et technologie ». En 1993, il finance une étude visant à établir un état de la question sur la situation française dans ce domaine (Jobert, 1993). En 1995, il organise des rencontres sous l’intitulé « évolutions technologiques et vieillissement : les pratiques sociales en question »⁶.

Un premier appel d’offre est lancé en juillet 1996, suivi d’un second en décembre 1997. 21 recherches regroupant des représentants de diverses disciplines des sciences sociales ont été ainsi soutenues. Le programme de recherche vise à développer un milieu de recherche en sciences sociales et à soutenir des travaux à l’interface, d’une part des champs du vieillissement de la population et des modes de vie des personnes âgées, et, d’autre part, de la « modernité » et de la diffusion des technologies dans la vie quotidienne et le domaine des services à la personne. Il est à situer dans un contexte d’investissement de l’Union Européenne vis-à-vis de la recherche technologique. Sur cette préoccupation centrée sur le marché et la compétitivité, s’est greffé un intérêt pour la demande sociale et le « façonnage social des technologies ». « Ce programme vise à approfondir l’analyse conjointe des processus relevant de la sphère des techno-logiques (l’offre et les offreurs) et des processus propres au domaine des anthropo-logiques (les usages et les usagers) »⁷. Les responsables de ce programme ont organisé des rencontres entre chercheurs, ont participé à la valorisation des travaux sous forme de numéros spéciaux de revue.

5. www.gerontechnology.info/. Actuellement le président est Hollandais.

6. Les actes de ces rencontres sont publiés dans le n°75 de *Gérontologie et Société* « technologies au quotidien ».

7. Se reporter en particulier à : *Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population*, document d’étape, MIRE-CNAV, janvier 1999.

Ce vaste programme pluriannuel et pluridisciplinaire, nourri de multiples réflexions et échanges, a permis d'avoir une idée plus précise sur les déterminants sociaux et culturels du recours et non-recours aux nouvelles technologies ainsi que sur les logiques d'usage et sur la formation de l'offre de services. Il a invité à penser le vieillissement en termes de dynamique du vieillissement. Il a permis de relativiser le rapport des personnes âgées avec les nouvelles technologies par un détour vers les objets techniques quotidiens. « Les personnes âgées ne se différencient pas des autres catégories de la population quant à leur utilisation d'objets techniques nouveaux ou anciens et à leur choix d'en utiliser ou d'en rejeter certains. Elles sont même un excellent révélateur de ce qui se joue pour l'ensemble de la population. De là, l'idée qu'en prenant en compte les phénomènes induits par le vieillissement dans la conception des produits, donc en facilitant l'usage aux personnes âgées, nous progresserons pour l'ensemble des usagers »⁸.

Cet exemple est intéressant à plusieurs titres. Pendant plusieurs années :

- le programme a développé des échanges entre chercheurs de disciplines diverses bien que toutes relevant des sciences sociales, mais aussi avec des industriels, notamment représentants d'entreprises participant au financement du programme
- il a permis l'émergence de nouveaux axes de recherche qui ont conduit vers un nouveau regard sur la population âgée dans ses rapports à la technique et à des nouvelles définitions des relations entre le domaine technologique et le domaine anthropologique.

On peut supposer que ces résultats n'auraient pu avoir lieu sans l'organisation de réflexions préalables à l'élaboration de l'appel d'offre et sans le contexte européen porteur à ce moment-là sur ces questions.

Des systèmes de télésurveillance aux plate-formes multiservices

Le cas de la téléalarme fournit un exemple de marché qui ne cesse de chercher à se définir et qui ne se développe pas autant que certains l'envisageaient. La multiplicité des termes utilisés pour désigner ce système est révélateur des multiples définitions et fonctions qui lui sont données : téléassistance, télécontact, télévigilance, télésurveillance ou encore télésecrétariat⁹. Il est défini comme

8. « La techno-société en mal de ses vieux », propos recueillis par M. Paquet, in *Technologies et vieillissement, pros et familles dans l'illusion*, Décideurs des maisons du troisième âge, n°45, mars-avril 2002.

9. Une distinction est parfois faite entre téléalarme et téléassistance comme dans le cas de l'enquête HID qui ne prend en compte que la téléalarme définie comme un système fonctionnant à partir du téléphone contrairement à la téléassistance. Sur cette base, l'enquête dénombre 400 000 personnes déclarant posséder une téléalarme soit 3,3% des plus de 60 ans ou 18% des plus de 90 ans.

« élément crucial de la sécurité et sécurisation », relevant de la « technologie moderne », ayant un coût non négligeable, représentant des enjeux politiques, techniques et financiers, également comme « élément du maintien à domicile », « moyen de prévention médicale et sociale » (Jani-Le Bris et Luquet, 1997).

La téléalarme arrive en France dans les années 70 grâce à un développement technique et une impulsion politique dans une perspective de lutte contre la solitude¹⁰. En 1985, un bilan fait à la demande de l'IGAS (Gambotti, 1985) relève un développement anarchique sans logique commune, une absence de réseau national et l'échec des ambitions politiques. Il s'en est suivi une baisse de l'intérêt gouvernemental pour la téléalarme. Jani-Le Bris et Luquet font le même bilan : le marché est restreint en France (alors que plus développé ailleurs) 1/ par absence d'étude des besoins, un manque de stratégie marketing, par manque de ciblage vers d'autres population 2/ à cause de freins relatifs à l'offre : inorganisation du marché avec interférence des enjeux électoraux, participation sélective des collectivités territoriales, isolement de la téléalarme par rapport aux autres instruments de maintien à domicile. Il s'agit effectivement d'un marché qui se caractérise par une diversité des acteurs (privés et publics), des systèmes hétérogènes (au niveau technique), et des finalités différentes (de la sécurité des biens à la réponse médicale).

Dans une optique de diversification de l'offre et de coordination des services proposés, ont été créées des plates-formes d'écoute (Weiller et Laumonier, 1998). Les analyses réalisées montrent que la logique de l'offre l'emporte sur celle de la demande, dans un secteur complexe dans lequel interviennent des opérateurs divers (à but lucratif ou non, ou à lucrativité limitée – HLM, mutuelle... –, mais aussi non monétaire -famille, voisins...). Souvent ce sont les arbitrages économiques qui prévalent dans le choix des services à développer. Ce type de service devrait s'insérer dans une logique d'action politique locale, ce qui n'est pas le cas, aussi peut-on s'interroger sur le devenir de ces plates-formes. Y aura-t-il partenariat avec les collectivités territoriales? Quel sera le rôle des pouvoirs publics? Quelles articulations entre offre et demande, entre central et local, entre économique et social? Enfin comment mettre les usagers au premier plan pour juger de la pertinence de ces services?

De Saint Laurent-Kogan (2003) étudiant le rôle des opérateurs de l'offre en « téléassistance » développe une approche à partir de la sociologie des sciences. Selon cet auteur, les offreurs construisent leurs représentations des usages en fonction de leurs propres principes de jugement et d'appréciation des publics d'usagers. Or les personnes âgées ne sont pas une catégorie homogène et les

10. La sécurisation au domicile : garde itinérante au domicile et garde de nuit. Document-Cleirppa, cahier n°2, avril 2001.

travaux de recherche soulignent « la difficulté des promoteurs de services à support technologique à appréhender la réalité des besoins des personnes âgées ». Dès la conception de la téléassistance, une première représentation de l'utilisateur est construite : celle des personnes âgées dépendantes ; la téléassistance s'associe alors à une vision médicale de la dépendance. L'utilisateur représenté est une personne ayant des troubles de la mobilité et avec des risques de chute qui peuvent entraîner une désocialisation.

Non seulement le secteur est confronté à une offre en mal de structuration et de soutien politique, mais aussi à la difficulté de définir le public ciblé. Quel profil de personnes âgées ? Les définitions se déplacent parmi les catégories suivantes : dépendants, fragiles, isolés... Bouget et al. notait en 1990 que « la téléalarme n'est pas réservée aux personnes très âgées ou très dépendantes » mais que le recours dépend du taux d'anxiété de la personne (ou de son entourage), ce qui ramène à la notion de sécurité. Ce terme contient diverses définitions, qui vont du plan social aux problématiques de surveillance.

Kerjosse et Weber (2003), par l'étude de résultats issus de l'enquête HID, apportent des informations sur les profils d'utilisateurs de la téléalarme : ils sont plus vieux, plus seuls, plus en maison individuelle que l'ensemble de répondants de plus de 60 ans. Globalement, il apparaît que les aides humaines (familiales et professionnelles) et techniques se combinent : si on a des aides humaines, on a davantage d'aides techniques. Les personnes seules recourent moins à des aides techniques.

Si la construction de figures de la vieillesse par l'offre a été étudiée (par exemple, Clément et al, 1999), nous n'avons pas trouvé de travaux ayant recueilli directement les propos des usagers. Il est rapporté une utilisation jugée abusive de la téléalarme pour des raisons non médicales, pourtant, la demande n'a pas le développement escompté. Un des principaux motifs avancé par les acteurs de l'offre et autres analyseurs du marché, de non utilisation de la téléalarme, est l'effet de stigmatisation et de marqueur de dépendance sur l'utilisateur. Cela reste une traduction des besoins et des usages par les offreurs de services techniques ou de maintien à domicile. Or si a priori « l'utilisateur représenté est une personne ayant des troubles de la mobilité et avec des risques de chute qui entraînent une désocialisation », l'usage du dispositif technique révèle comment les personnes âgées se l'approprient dans une dimension sociale (de Saint Laurent, 2003). Mais aussi, la population cible de la téléalarme est peut-être étroite : il faut à la fois être mobile, avoir toute sa conscience, mais être assez fragile pour risquer la chute (Clément et Mantovani, 2004).

Les analyses qui ont été faites sur les systèmes de téléalarme et les conclusions tirées sont certainement transposables, au moins en partie, sur d'autres aides techniques comme les aménagements du logement. Une technique ne

se réduit pas à une simple fonction d'usage, elle comporte un rôle d'objet actant dans les relations entre l'utilisateur et les autres acteurs du système. Une mise en perspective historique est nécessaire car il ne s'agit pas d'un dispositif figé tant du côté des aspects techniques que des usages.

Nous n'avons quasiment pas trouvé de données sur le marché et les usages des systèmes de téléalarme dans des pays européens. Notons des propos recueillis par interview concernant la situation de la téléassistance en Italie :

«Ce pays connaît un problème aigu de vieillissement et d'isolement des personnes âgées. La mortalité par suicide est la plus forte d'Europe. Des prestations de téléassistance sont offertes par des associations (Pro-Senectute, Auser et son «fil argent»), des sociétés (Tesantelevita) et des coopératives (COOP.ACLI). Dans les associations, les opérateurs sont des volontaires (retraités), sans formation spécifique, et au turn-over élevé. Dans les coopératives et les sociétés, les opérateurs sont généralement formés par des professionnels de santé, puis par des opérateurs confirmés, pendant une durée comprise entre trois et six mois. Il existe en outre des stages de formation permanente. Les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, assument à titre bénévole les tâches de formation des opérateurs et de visiophonie. Lorsqu'une intervention directe auprès de la personne est nécessaire, ils entrent alors dans le circuit classique de la sécurité sociale. Les services sont offerts par différents centrales d'appels réparties sur le territoire. Il existe une forte demande, et la volonté des pouvoirs publics de développer ces services existe, leur efficacité en terme de santé publique étant avérée (baisse de la mortalité par suicide, diminution du nombre d'hospitalisation, réduction du stress et des syndromes dépressifs chez les abonnés). Toutefois, pour l'instant, peu de personnes en bénéficient, la sélection est forte, et les listes d'attente longues en raison des contraintes budgétaires du système sanitaire italien (à ce sujet lire L'introduction du fédéralisme dans le service de santé national italien : entre stratégie utopique et opportunisme tactique)»¹¹.

Les expériences innovantes

Des expériences en matière de nouveaux modes d'habitat en direction des personnes âgées sont relatées dans la presse spécialisée, grand public et scientifique, en France, dans d'autres pays européens ou sur le continent nord-américain. Quelques unes sont présentées ci-dessous, classées en fonction des valeurs portées et des figures de personnes âgées représentées.

11. http://www.medcost.fr/html/telemedecine_tm/mag_19/suarez.htm

Le modèle communautaire intra-générationnel

Ce sont des valeurs de sociabilité qui sont mises en avant mais elles se déclinent sous deux formes : l'une vise une population en mal de lien social, sous la figure de l'isolé ; l'autre vise une population intégrée, voire engagée socialement, sous la figure du senior. Toutes deux s'appuient sur le bénévolat soit de la part des résidents soit en leur faveur.

Par exemple, *les maisons Abbeyfield* :

« Abbeyfield est un mouvement de volontaires dont le but est d'aider les plus âgés à mener une vie épanouissante. Adhérer c'est reconnaître que beaucoup de personnes âgées souffrent de solitude, d'insécurité et ont grand besoin d'attention, de compagnie et d'assistance pratique... ». Ce concept de « chacun chez soi... ensemble » est né en Angleterre pour les veuves de guerre. Au Royaume-Uni il existe aujourd'hui 1200 maisons hébergeant 10 000 personnes, appuyées par 20 000 volontaires. Il en existe au Canada, aux USA, au Japon, en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Afrique du Sud, aux Pays Bas, en Irlande, en Espagne, en Italie et en Belgique. Celle de Villers-la Ville en Belgique est présentée ainsi : c'est une « maison d'habitation groupée de 11 logements individuels et privatifs et de lieux de vie communs à l'attention de personnes vieillissantes, valides, souffrant de solitude et cherchant à s'intégrer dans une ambiance conviviale ». Le repas de midi est pris en commun, la gestion des lieux est confiée à une maîtresse de maison bénévole. L'idée est de construire un milieu de vie communautaire, mais pour l'instant il semble de ne pas y avoir beaucoup d'échanges entre résidents (trop tôt?). Avant d'entrer, le candidat passe un mois de stage dans la maison et il doit être déclaré apte à une vie autonome. Il pourra faire appel à des services d'aide et de soins à domicile si son état se détériore ; mais il lui faut aussi envisager une entrée dans une maison de soins, comme s'il était dans un domicile individuel commun (Hengens, 2002).

– Autre exemple, plus récent et moins répandu, *la maison des Babayagas* en France : l'idée est née en 1997, mais la première maison a ouvert à Montreuil fin 2003. Il s'agit d'une initiative féminine qui semble influencée par le mouvement féministe et hippie.

« Autogérée, la Maison des Babayagas, sera une maison de femmes âgées, solidaires et citoyennes. Pour de multiples raisons, le nombre de 35 femmes sera optimum. Le public visé sera composé de personnes ayant une habitude de vie collective : militantes associatives, etc. Chaque usagère aura son lieu personnel, (studio ou deux pièces avec kitchenette et salle de bains), bien insonorisé, et de grands locaux collectifs, restaurant, salle polyvalente, cuisine, laverie. La protection phonique et thermique sera garantie par des matériaux écologiques. Pleinement autonomes, refusant l'assistanat, elles gèreront leur

maison elles-mêmes, n'acceptant d'aide extérieure que le moins possible pour palier leurs forces déclinantes.

Solidaires : c'est dans la vie collective qu'elles s'aideront à bien vieillir ensemble et à mourir. Citoyennes : Loin de s'enfermer en ghetto, les Babayagas seront ouvertes sur la ville en vivant la société en termes de service, soutien scolaire, aide aux jeunes femmes, laverie collective, alphabétisation, transmission et échanges réciproques de savoir et de tradition, initiation au "SEL" etc.

Mais aussi soins du corps, gymnastique, thérapies, massages, sans oublier la culture, concerts, expositions, jour de réception conviviale interculturelle, intergénérationnelle et... gastronomique. Ces dames créeront du lien et du bien et œuvreront à la cohésion sociale de leur quartier. Elles éviteront le social martyr pour inventer le social ludique. La vieillesse n'est pas forcément un naufrage.»¹²

L'habitation partagée intergénérationnelle

Dans ce cas, le maintien du lien social est une valeur également présente, mais l'aspect économique vaut également car il s'agit de partager le coût du logement entre les deux ménages qui co-habitent. Les figures dominantes sont celles de l'isolé et du socialement défavorisé.

– les *Habitations partagées*, une formule québécoise de partage de logement qui peut fournir une alternative au placement en institution des personnes âgées mais qui n'est pas spécifique à cette population car conçue pour des personnes en quête d'insertion (jeunes, étudiants, personnes âgées, personnes handicapées, familles monoparentales, migrants). Cette solution permet de réduire les coûts, de favoriser la solidarité et les échanges intergénérationnels (Charlebois, 1999)

– en Belgique, ce type d'habiter prend la désignation d'*habitat kangourou* : l'idée initiale est que la famille est logée dans l'appartement le plus grand et la personne âgée dans une « poche » de l'habitation ; la formule peut être que la personne âgée ou le ménage de retraités occupe le rez-de-chaussée d'une maison tandis qu'un jeune ménage habite à l'étage. Un contrat est signé entre les deux parties : en échange d'un loyer très intéressant le jeune ménage s'engage à surveiller la personne âgée et à l'aider dans son quotidien (Marchi, 2004, Vercauteren et al, 2001).

12. la maison des babayagas, <http://humanvillage.com/article5707.html>

– aux Etats-Unis de nombreux programmes ont pour but d'aider les personnes âgées à rester chez elle. Par exemple à Boston le « *senior vacant unit initiative* » les incite à louer une partie de leur maison devenue trop grande et coûteuse à entretenir, offrant ainsi une solution pour des personnes à revenus modestes, personnes âgées et familles¹³.

– Au Québec, d'autres solutions toujours basées sur la cohabitation ou quasi cohabitation mais principalement avec les enfants : les logements de type « *plex* » surtout caractéristiques des centres villes ; en banlieue, développement de *pavillons jardins* (logement mobile installé sur le terrain d'une maison occupée par des proches) et de maisons *bi-familiales* (greffe au niveau du sol d'un petit logement autonome) (Renaud, 1991). Cette formule de partager son chez soi présente des avantages individuels mais est soumise à des contraintes réglementaires sur lesquelles les municipalités se montrent plus ou moins souples (Leinwand et Després, 1999).

L'habitat intergénérationnel aménagé

Le principe est de mixer dans une même résidence, ménages âgés (personne seule ou en couple) et jeunes couples (de préférence avec enfants). Chaque logement est aménagé de manière à en améliorer l'accessibilité et la sécurité. Le plus souvent une maîtresse de maison a pour fonction de veiller sur les personnes âgées et d'entretenir leur intégration sociale. Ces résidences reposent donc sur les valeurs de sociabilité et de sécurité.

La *Résidence Intégrée*, formule qui a démarré à Toulouse à l'initiative d'un opérateur de logement social et d'un service d'aide à domicile : elle a pour objectif de répondre aux problèmes liés à la vieillesse, d'éviter l'isolement et l'éloignement de la famille, d'assurer une coordination des services médico-sociaux chargés du maintien à domicile. Ce type d'habitat doit permettre aux personnes âgées de demeurer jusqu'à la fin de leur vie dans leur environnement social. Des supports techniques (téléalarme, aménagement, voire domotique) contribuent à la sécurité. (Clément et al, 1999).

Depuis, diverses autres initiatives basées sur le même concept se sont montées ici ou là, le niveau d'aménagements techniques étant variable :

– très faible sinon inexistant à Châtellerault où la municipalité a complété son offre d'hébergement pour personnes âgées par des résidences de quartier, les *maisonnées* dirigées par une maîtresse de maison, et qui associent les avantages d'un domicile personnel avec ceux d'une collectivité et d'une offre de

13. "Etats-Unis : transformer les propriétaires-bailleurs pour rénover l'habitat", seniorscopie. 25 mai 2004.

services domestiques ou médicaux. Ces lieux permettent une continuité de la vie de voisinage et des relations familiales, le maintien des intervenants habituels et la participation des résidents à la vie collective (Broudic et al, 1995).

Il en va de même à Saint Appolinaire (Côte d'or) avec la résidence *Génération* où sur les 76 logements, la moitié est louée à des couples ayant au moins un enfant de moins de 5 ans, l'autre moitié à des retraités. De plus, sont aménagés deux appartements thérapeutiques, l'un pour dépendance physique, l'autre psychique (avec médico-sociale). « L'intergénération ne se décrète pas, elle se crée et se vit » d'où une conception architecturale dans ce sens et, avec le bail de location, signature d'une charte « bonjour, voisin ! ».¹⁴

– ou plus poussé à Issy les Moulineaux avec une *résidence HLM domotisée* pour les aînés partagée avec des familles. Située en centre ville, cette structure propose aux Isséens âgés à mobilité réduite quinze appartements aménagés (prises électriques à hauteur de main, douche avec siège et siphon de sol, portes élargies) et équipés de systèmes de téléalarme. Cette résidence, qui panache logements pour aînés et pour familles, consiste surtout en un projet de vie, où toutes les générations se retrouvent dans un espace commun, animé par une maîtresse de maison.

Les résidences avec services

Il s'agit là de formules destinées en priorité à des jeunes retraités ayant un certain pouvoir d'achat. Elles sont à l'initiative de promoteurs immobiliers qui visent un marché jugé prometteur. La figure avancée est celle du senior, actif et consommateur.

– En France, on trouve par exemple, les *résidences Edilys* (Habitat et société, 1998) ou encore les *Senioriales*¹⁵

– au Québec, on assiste au développement en banlieue de constructions haut de gamme qui proposent une large variété de services. « Ces logements regroupés s'organisent souvent comme des villages pour retraités et contribuent au phénomène de ségrégation des personnes âgées » (Renaud, 1991). Ces modes d'habiter s'approchent du modèle des *Sun City* aux Etats-Unis.

Ce marché se développe dans tous les pays, avec certaines variantes selon la culture ou l'histoire de chacun. Ainsi en Suède, les résidences pour personnes âgées se multiplient : « Les appartements proposés sont adaptés aux besoins de ces classes d'âge, mais en rupture radicale avec les vieux schémas de ségrégation. L'objectif est de mettre fin aux clivages générationnels, de susciter une dynamique d'échange entre actifs et retraités. On peut voir dans cette nouvelle

14. <http://www.seniorscopie.net/dossier/dossier.asp?id=040510182954>

15. <http://www.senioriales.com/>

forme d'habitat, qui émerge sous la pression des nouveaux retraités aux exigences et au pouvoir d'achat plus important, une résurgence de l'idéal communautaire des années 1930. Toutefois, l'utopie actuelle relève davantage d'une nostalgie pour le village de l'époque pré-industriel » (Gullbring, 2002)

La maison intelligente

Ce modèle est au stade expérimental. Il s'agit de la « maison de demain », domotisée, apportant sécurité et assistance. Elle est pensée en premier lieu pour les personnes dépendantes (âgées ou malades) et est présentée comme un marché à développer.

Par exemple, *Smart Home*, « la maison intelligente est un logement expérimental installé à l'université de Floride. C'est un espace habitable équipé d'une hallucinante panoplie d'appareils pour aider les seniors locataires. Tous les appareils sont reliés à un ordinateur central. Les faits et gestes du locataire sont enregistrés »¹⁶.

L'université de Grenoble travaille également dans cette direction avec le concept *d'habitat intelligent pour la santé* qui vise à redonner une vie autonome, dans leur domicile, à des personnes qui, sinon, devraient être placées en institution spécialisée: patients souffrant de certaines maladies chroniques, handicapés, mais aussi personnes âgées dépendantes (Noury et al, 2003).

La maison pour tous les âges

La conception de ce mode d'habiter est basée sur une architecture évolutive adaptée à chaque cycle de la vie et favorisant l'accessibilité pour tous, quel que soit son handicap (ponctuel ou non). C'est principalement la figure de l'usager qui est ici dessinée.

– Avec *Future Proof Home*, une « maison pour un futur garanti », l'architecte-décoratrice Alison Wright ambitionne d'introduire l'esthétique et le design dans le réaménagement de la maison. Un créneau encore négligé par les constructeurs, selon elle. Sous l'égide du Helen Hamlyn Research Centre du Royal College of Arts, elle a développé le concept « easy living », autrement dit « comment se faciliter la vie à la maison, en dehors de toute question d'âge, maintenant et plus tard ? »¹⁷.

– La *fondation Joseph Rowntree* s'est intéressée à partir des années 80 au fait que beaucoup de maisons britanniques n'étaient guère accessibles aux personnes en difficulté, qu'il s'agisse d'un adolescent avec une jambe cassée, d'une

16. Etats Unis, «Smart Home»: une maison qui veille sur les seniors. Seniorscopie. 11 mai 2004.

17. <http://www.seniorscopie.net/dossier/dossier.asp?id=030930191854>

mère avec une poussette ou d'un malade âgé. En conséquence, seize critères d'accessibilité de la maison furent définis avec des ergothérapeutes et des spécialistes de la maison. En 1999, la fondation contribue à l'élaboration d'une nouvelle réglementation sur la construction, facilitant l'adaptation des maisons, accompagnée de dégrèvements fiscaux pour les occupants de ces logements et les contribuables au delà de 60 ans. Les responsables de la fondation proposent assistance à la conception et aides à la réalisation. Elle pilote aussi des réalisations, y compris dans le domaine des maisons intelligentes, faisant largement appel à la domotique. Elle réalise des formations et aussi des évaluations de programmes immobiliers¹⁸.

Parallèlement à ces solutions d'habiter, se créent dans différents pays des lieux ressources en matière d'aménagement ou d'adaptation du logement. Par exemple :

– Les 49 «*Disabled Living Centers*» de Grande-Bretagne sont des centres de conseils gratuits pour une vie autonome. Ils proposent gratuitement d'essayer des équipements adaptés, des avis non commerciaux d'experts. Chaque année, ces centres répondent à plus de 250 000 demandes. L'ambition de ce réseau est d'offrir progressivement un maillage de plusieurs centaines de centres, à l'image du Danemark qui, en dépit de sa petite taille et de sa plus faible population, dispose de plus de 50 centres de conseil. Chacun des centres locaux dispose de multiples éléments en démonstration dont la liste (alarmes, chaises élévatrices, cuisinières...) est disponible sur leur site Internet, comme par exemple celui d'Oxford. Il diffuse aussi une newsletter accessible sur www.dialability.org.uk.

– Dans le même pays, le «*Centre for accessible environments*» (CAE) développe lui aussi une réflexion associant le design et l'accessibilité aux équipements, mais surtout à destination des constructeurs, des collectivités publiques, des écoles, des architectes... intervenant dans la conception, la rénovation, l'adaptation d'espaces et de bâtiments publics ou à usage collectif. Cette institution sans but lucratif opère en qualité de consultant et vulgarise l'information et la réflexion notamment à partir de sa revue «*Access by Design*» et de son site Internet. www.cae.org.uk

Les Opérations Programmées d'Améliorations de l'Habitat

En France, les municipalités peuvent initier des *Opérations Programmées d'Améliorations de l'Habitat* destinées aux logements privés et réalisées en partenariat avec les PACT ARIM.

Une initiative à échelle départementale a été lancée par le Ministère des Affaires Sociales, conformément à la Circulaire DGAS/PHAN/3A/n° 2001.275

18. <http://www.seniorscopie.net/dossier/dossier.asp?id=030930191854>

du 19 juin 2001 : Trente départements français, dont la Loire Atlantique et la Sarthe pour les Pays de Loire, ont été désignés pour mettre en œuvre *un site à la vie autonome*. L'objectif des sites à la vie autonome est de faciliter l'accès des personnes handicapées aux aides techniques qui permettent de compenser les effets du handicap. Qualifié également de « guichet unique » le site pour une vie autonome permettra aux personnes handicapées (public visé en priorité incluant les personnes âgées ayant des incapacités physiques) :

- de recourir à des équipes techniques labellisées afin de définir les aides techniques nécessaires en fonction du besoin de la personne et de ses conditions de vie : les aides techniques concernent tous les âges de la vie.
- d'accéder plus rapidement aux différents financements possibles. A cet effet le dispositif nouvellement créé devra permettre une concertation régulière des différents financeurs qui pourront harmoniser leurs participations.

La DDASS, direction départementale des affaires sanitaires et sociales est le maître d'œuvre du dispositif. Elle peut s'appuyer sur un pilote, qui en tout état de cause agira pour le compte de la DDASS¹⁹.

Localement, la Communauté de communes du Pays des Herbiers en Vendée a mis au point une opération *Label Habitat Grand Axe* : « né d'un besoin pour les communes à développer des logements adaptés pour tous. Le concept est développé par "Habitat et Développement Océan" agréé par l'ensemble des organismes sociaux pour conseiller et accompagner les particuliers dans leurs projets d'adaptation du logement »²⁰.

A ce jour, aucun bilan national ou international n'a été fait de ces initiatives éparses et nombreuses. Elles ne sont pas répertoriées. Peu, semble-t-il, ont fait l'objet d'une réelle évaluation et de toute façon, elles n'ont pas fait l'objet d'évaluation comparative ou du moins sur la base de critères communs, qu'il serait nécessaire de définir au préalable.

« Sans doute serait-il aussi intéressant de pouvoir fournir dans chaque pays des statistiques permettant d'apprécier l'importance, absolue et relative, des diverses formules pratiquées effectivement par les personnes vieillissantes : maintien au domicile d'origine, transfert dans un nouveau domicile mieux adapté, recours à des formules dites de domicile social ou à des établissements communautaires, dans la mesure où, sans ce type d'information, le pilotage des politiques de l'habitat gérontologique risque de se faire sans aucune visibilité de l'offre effective, des carences éventuelles et des nouvelles tendances qui s'installent » (Loriaux, 2000).

19. <http://www.hdl-doubs.com/fr/service-conseil-accessibilite.html>

20. http://www.hd-ocean.com/default_zone/fr/html/page-170.html

De la technologie et du social

Des besoins aux usages

Le marché des aides techniques à la vieillesse est perçu comme attractif: le potentiel de marché actuel est supposé très important, et plus encore celui à venir, du fait de l'augmentation continue du nombre de personnes âgées. Le vieillissement démographique, pour les industriels, concepteurs et promoteurs, n'est pas vu comme un risque mais comme une source de profits à développer. Il s'agit pour eux de fournir une offre en produits techniques pour une population définie en termes de dépendance ou de handicap, comme une catégorie aux critères fixes. Or les personnes âgées constituent une population non homogène, constituée de personnes pouvant avoir plusieurs dizaines d'années d'écart, à l'état de santé très variable, ayant des aspirations et des modes de vie diversifiées. Les professionnels du marketing cherchent à déterminer des besoins qui sont bien souvent méconnus et bien souvent présentés sans différenciation en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie sociale, de la situation familiale, du niveau et du type d'incapacité... L'approche marketing favorise les produits pour tous plutôt que spécifiques, en tentant d'intégrer les contraintes d'usage des personnes âgées. Il y a intérêt croissant sur la nécessaire adaptation de la technologie à la vieillesse mais peu de changements réels. Les consommateurs ne sont pas pris comme médiateurs dans la conception des produits (Conte, 1995). Ce dernier auteur préconise de développer des axes de recherche sur :

- l'analyse des écarts entre offre et demande
- l'analyse des conflits d'intérêt entre acteurs
- l'évaluation de l'impact social des technologies
- le rôle des media dans l'évolution des produits
- la position et le rôle des acteurs dans la conception des produits.

Des chercheurs en sciences sociales ont effectué un travail d'analyse en prenant en compte des variables sociales pour mieux comprendre les mécanismes de recours à des aides techniques, en particulier à partir de l'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance.

Cozette (Cozette et Joël, 2004), pour un travail de thèse en économie, a cherché à savoir quelles sont les variables de la population âgée dépendante qui influencent le recours aux aides à la mobilité. Les résultats sont différenciés en fonction du sexe et par tranches d'âge (plus ou moins 80 ans pour les hommes: plus ou moins 75 ans pour les femmes). Pour les hommes, le fait d'être marié diminue la probabilité de recours à une aide à la mobilité. Le mariage ne joue pas pour les femmes de moins de 60 ans. Pour les hommes de

moins de 80 ans, plus ils sont dépendants et moins ils ont ce recours. Le recours à des aides varie selon le sexe, l'âge et le degré d'incapacité, avec l'idée d'un seuil au-delà duquel les personnes utilisent de moins en moins des aides à la mobilité (car de moins en moins mobiles). L'auteur prévoit de modéliser les résultats de l'enquête pour d'autres types de technologies de manière à établir des comparaisons.

Les résultats de Kerjose et Weber, (2003) montrent également que le recours à des aides techniques ne s'explique pas seulement par le niveau de dépendance : par exemple, les femmes recourent davantage à une aide technique, ou encore les plus dépendants sont moins demandeurs. Il apparaît également que aides humaines (familiales et professionnelles) et techniques se combinent : si on a des aides humaines, on a davantage d'aides techniques. Les personnes seules recourent moins à des aides techniques.

Pour comprendre l'écart entre besoins supposés et demande réelle, il s'agit d'appréhender la logique des usages, ainsi que les mécanismes de recours à des aides techniques et ce qui relève des rapports aux aides techniques. Ce que peuvent faire les sciences sociales (Hainard, 1995), par exemple la sociologie des sciences lorsqu'elle se penche sur les usages des objets techniques (Akrich, 1990). Vieillesse et technique ont longtemps été perçus comme antinomiques ; les chercheurs travaillant sur un champ ne s'intéressaient pas ou peu à l'autre et peu d'échanges avaient lieu entre les deux. En France, le programme de recherche pluridisciplinaire de la MIRE et de la CNAV « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population » dont le programme a été cité plus haut a permis un croisement de ces deux champs d'étude. On peut retenir des projets de recherche réalisés :

– que le rapport aux techniques peut varier selon le type de techniques. Des typologies peuvent être construites, par exemple en fonction du secteur d'utilisation : transports, habitat, divertissement... (Caradec, 1997)

– qu'il existe une grande variété de rapports aux techniques concomitante à la variété des usages ou d'absences d'usage (Caradec, 2000). C'est cette diversité qui est difficile à saisir de manière exogène et à traduire dans la conception des techniques (Juguet et Chevrier, 1999)

– que ces rapports varient en fonction du genre. Selon Cronberg : « les hommes veulent savoir si la technologie peut leur être utile alors que les femmes ne s'y intéressent que si elles savent qu'elles peuvent l'appliquer à des fins spécifiques » (Caradec, 1997). Ce dernier auteur cite également Livingstone « les hommes parlent davantage des technologies fournissant un substitut aux contacts sociaux (radio, téléphone, walkman) les femmes celles facilitant le contact social (téléphone, voiture) ». La question du genre dans les usages des technologies semble importante et est pourtant peu travaillée. Le modèle

social associé est le jeunisme et le viril. Or dans la vie des familles, les relations s'organisent par et autour des femmes; en particulier avec les plus âgés, les médiateurs sont surtout des femmes. Pour Attias-Donfut, une question sociétale est à soulever: l'adaptation de l'univers technologique au vieillissement, c'est à dire une géronto-technologie, va de pair avec la promotion des femmes dans la société; dans les pays nordiques, les femmes bénéficient de positions professionnelles plus qualifiées qu'en Europe du Sud et en France et ces pays sont les pionniers de la géronto-technologie (Attias-Donfut, 1999).

– que la famille joue un rôle dans ces rapports, notamment en faisant lien, soit facilitant soit faisant obstacle. Caradec (1999) se réfère ainsi à Simmel en proposant une typologie selon que le lien est pensé comme un pont (qui unit) ou une porte (qui scinde). Au sein de la famille, les objets peuvent ainsi prendre le statut de « passeurs » de la mémoire (Muxel, 1996).

Le travail de F. Le Borgne et S. Pennec (2000) fournit des éléments de synthèse très intéressants à la problématique de l'adaptation de l'habitat et des interactions entre personnes âgées, professionnels et proches. Il y apparaît que les usages des objets techniques introduits et des aménagements entrepris sont différenciés et déterminés davantage par les stratégies personnelles, les formes de l'organisation familiale et les normes de l'intervention des professionnels que par le degré du handicap ou l'âge. L'évaluation des habitations des personnes âgées handicapées est révélatrice des conceptions propres aux professionnels et aux générations qui les énoncent en référence à un mode d'habiter qui n'est pas celui des personnes âgées. Les usages et stratégies dans les rapports aux objets et à autrui sont à saisir à la lumière des représentations qu'élaborent les personnes âgées sur leur handicap et s'inscrivent dans une recherche de continuité. Les objets sont valorisés s'ils permettent de soutenir le projet de la personne âgée et de maintenir les relations conjugales, filiales et amicales. Les objets marqueurs du handicap sont rarement retenus ou vite abandonnés au profit d'objets ordinaires achetés ou bricolés qui permettent l'indépendance au quotidien. Ainsi, adopter, écarter ou réinventer les techniques sont autant de manière de faire preuve de pouvoir ou de « déprise » sur le cours de la vie. La place de la personne âgée dans le choix et l'orientation des adaptations résulte de sa capacité à faire entendre sa stratégie personnelle au sein des diverses configurations familiales en articulation avec les contraintes et les ressources des cadres d'intervention des professionnels (Le Borgne et Pennec, 2000). C'est la figure sociologique de l'acteur social rationnel qui est avancée dans ces travaux, avec le souci de prendre de la distance avec les autres catégories plus ou moins fixées et institutionnelles.

A Berlin, une équipe de chercheurs s'intéresse aux usages des technologies au sein des familles; pas d'approche spécifique des personnes âgées, celles-ci étant considérées en tant que membres d'une famille (Mollenkopf, 1995).

Toujours en Allemagne, U. Flick (proche des travaux de Moscovici) face au constat de déficit de recherches en psychologie sur la technique s'est penché sur la pénétration des techniques dans la vie quotidienne, en prenant appui sur les concepts de théories subjectives et représentations sociales (Flick, 1992).

Techniques et vie quotidienne

La vie quotidienne a constitué l'entrée d'analyse de l'usage des techniques développée dans un ouvrage collectif réunissant des chercheurs de divers pays européens (Gras et al, 1992). Les réflexions développées ne portent pas spécifiquement sur les plus âgés ; mais elles soulèvent des questions pertinentes si on cherche à les appliquer à cette population.

– dans l'espace domestique quotidien, ce sont les femmes qui utilisent principalement les objets techniques. Les appareils et les règles d'usage définissent qui peut les utiliser, quand et pourquoi, et ceci a toujours entraîné la construction de rôles sexuels différenciés et créé des identités masculines et féminines ainsi que des rapports hiérarchisés. Qu'en est-il pour les objets qui sont des aides techniques liés au vieillissement ainsi que des aménagements du logement ?

– il faut du temps d'adoption et d'appropriation d'un objet : le temps que l'utilisateur mette au point un mode d'emploi qui lui convienne, pour lequel il va puiser dans ses expériences antérieures. L'élaboration et l'évolution de la représentation d'un objet prennent également du temps. Le passage à un usage effectif suppose une finalité ; celle-ci renvoie à une problématique de déséquilibre : l'usage d'un objet peut répondre à un déséquilibre (Perrault, J 1992). Les pertes de capacités constituent-elles un déséquilibre que la personne cherchera à compenser techniquement ?

– l'usage d'un appareil technique n'est déterminé ni par ses seules propriétés techniques ni par ses qualités économiques. Il est inscrit dans des discours sociaux et des normes culturelles. Il y a l'idée que la technique exige de son utilisateur un mode d'action « conforme à son temps » (Hörning, 1992). Quelles sont les normes et les usages conformes des aides techniques au vieillissement ?

– entre innovation technique et changement social, les interrelations sont complexes. La société produit des usages et des sens de la technique mais il est des cas où la technique change la société (Scardigli, 1992). Les aides techniques au vieillissement ont-elles ce pouvoir ?

– les femmes se considèrent responsable du bien être de la famille mais elles ont du mal à formuler des intérêts personnels éventuellement divergents et plus encore à les imposer. Les intérêts des hommes restent prioritaires et continuent à marquer le mode de consommation et le style de vie des familles plus que ceux des femmes et des enfants (Meyer et Schulze, 1992). Que se passe-t-il au sein d'un vieux couple quand il s'agit d'aménager son logement aux pertes de capacités ?

– l'accès à la technique est un processus qui repose essentiellement sur l'imaginaire. Quiconque achète un appareil se décide sur la base d'éléments subjectifs, et non pas, comme le voudrait l'illusion consumériste, d'éléments objectifs comme l'appréciation du service réellement rendu par l'appareil. « Le halo de l'imaginaire » est cependant appelé à se dissiper au profit d'un rapport utilitariste avec l'objet. L'intégration se poursuit à condition que l'appareil possède des qualités fonctionnelles qui justifient son utilisation (Schwach, 1992). Le processus est-il identique quand une personne âgée a recours à une aide technique ?

En Suède, des ethnologues plaident pour que des études s'ouvrent aux objets ordinaires et routines quotidiennes de leur usage (Löfgren, 1996).

De manière complémentaire à ces analyses, l'ouvrage de Patrice Flichy (1984) permet de faire le point des réflexions menées en sciences sociales sur ce thème et de proposer des cadres théoriques pour l'analyse des aides techniques pour l'habitat au moment du vieillissement.

En économie, la technique a longtemps été ignorée. Le premier à s'y intéresser est Schumpeter qui soulignait que l'innovation pouvait prendre plusieurs formes : le lancement d'un produit, une nouvelle forme d'organisation, un nouveau marché... La progression de l'innovation dans le temps suit une courbe sigmoïde : démarrage lent, forte croissance, stagnation. Une autre idée tient dans le « learning by doing » : il y a amélioration réciproque de l'homme et de la technique par l'usage.

Rogers (selon Flichy, 1984), sociologue, propose 5 caractéristiques pour l'adoption d'une innovation

- des avantages économiques mais aussi un prestige social
- une compatibilité avec les valeurs de son groupe d'appartenance
- la complexité de l'innovation
- la possibilité de la tester
- la visibilité de l'innovation

L'information seule n'est pas suffisante, pour adopter une innovation, il faut qu'il y ait intervention d'un tiers. Le processus de décision est découpé en 5 étapes :

- la connaissance
- la persuasion
- la décision
- la mise en œuvre
- la confirmation

Enfin, les utilisateurs peuvent être classés en 5 groupes

- les innovateurs
- les premiers utilisateurs
- la première majorité
- la seconde majorité
- les retardataires

En sociologie des sciences, il est souligné que le succès ou l'échec d'une innovation ne vient pas de la qualité ou de la justesse d'une disposition technique, de la capacité à répondre à une demande sociale. Tout repose sur la solidité du réseau : « on mesure la difficulté de l'innovation à ce qu'elle assemble dans un même lieu et dans la même combinaison une population de gens

intéressés, dont une bonne moitié est prête à désertier, et un dispositif de choses dont la plupart est prête à tomber en panne » (citation de B. Latour in Flichy, 1984). L'étude des réseaux et de l'intentionnalité des acteurs est centrale pour cette école²¹.

L'ouvrage rappelle par ailleurs les aspects de l'anthropologie des techniques pour laquelle technique et social se pensent ensemble, notamment avec la pensée de Leroy-Gourhan sur le lien de la technique avec le corps: il s'agit d'appréhender l'outil comme le prolongement de la main. « On ne peut étudier les sièges sans étudier les manières de s'asseoir ».

Du prima technique à la simplicité

Dans cette problématique de l'innovation technique en matière d'habitat, la tendance pour la majorité des travaux est de se situer quelque part entre une position qui donne la primauté à la technique et une position qui mette en avant le social ou l'humain.

Certains, défendant un point de vue de promoteur, pensent que les aides techniques sont préférables aux aides humaines car celles-ci peuvent « redonner une réelle indépendance à la personne ce qui n'est jamais le cas avec l'aide humaine » (Couraye du Parc, 2004). Toutefois, il a été montré que les projets techniques se construisent dans l'interaction avec les projets sociaux (Clément et Dubreuil, 1999).

D'autres, chercheurs en sciences des techniques, mettent au point des systèmes visant à améliorer la sécurité des personnes, celles-ci étant définies avant tout par leur dépendance (qu'elles soient vieilles, malades ou handicapées). Elles ne sont pas pensées par ces « techniciens » comme des usagers et si la technologie est présentée comme un moyen de réduire les coûts du maintien à domicile et le travail d'aide des proches, il peut s'agir tout autant d'un argument pertinent que d'un argument vitrine. Une autre caractéristique de ses projets est leur durée: ainsi qu'il est avancé en sociologie de l'innovation et des techniques, il faut du temps, beaucoup de temps pour avancer sur un tel projet. Prenons l'exemple d'un système qui a pris naissance à Toulouse en 1995 au sein d'une équipe composée de médecins cliniciens et de santé publique et de techniciens physiciens et informaticiens (Clément et al, 1999). Il est basé sur une technique de multicapteurs qui permettent de détecter la présence et le mouvement et qui sont destinés prioritairement à la surveillance des personnes ayant des troubles psychiques (Chan et al, 1995). Dix ans plus tard, de nombreux changements au sein des acteurs du système ont eu lieu, bien des tentatives d'enrôlements ont échoués. Toutefois le système s'est technique-

21. On peut également se reporter aux travaux sur l'innovation de Norbert Alter.

ment affiné mais est toujours à un stade expérimental, des industriels sont devenus partenaires mais aucun brevet n'a pu être encore déposé.

Voici comment il est présenté par ces concepteurs : « La population des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer augmente depuis quelques années et augmentera encore pendant plusieurs années. Ces personnes, porteuses de troubles comportementaux sont de plus en plus âgées et dépendantes. Elles posent des problèmes spécifiques de prise en charge pour les professionnels soignants au niveau de la sécurité, de la responsabilité et de la charge de travail et nécessitent en particulier, de la part de leur entourage familial ou professionnel, une vigilance constante qui peut être difficile à assurer. Nous présentons un système multicapteurs qui surveille, en continu, la personne dépendante dans sa chambre d'hôpital. Durant la période d'évaluation, ce système constitué par un réseau de capteurs à infra-rouge passif, enregistre tous les mouvements de la personne âgée. Un logiciel d'intelligence artificielle traite les données et affiche les résultats journaliers soit sous forme d'histogramme en trois dimensions, représentant l'activité du patient, soit sous forme d'une liste de déplacements. La durée totale de chaque type de déplacement journalier constitue ensuite un élément du profil d'activité déambulatoire du patient » (Steenkeste et al, 2003).

En Suisse, le système QUO VADIS permet, grâce à un détecteur de mouvement sur la personne (médaillon) ou fixe (porte), la détection de fugues chez des personnes désorientées sujettes à l'errance. Le détecteur est lié à une centrale radio qui déclenche une alarme chez un voisin ou un membre de la famille. Celui-ci intervient auprès de la personne et juge de la réponse à apporter. Ce système implique donc que la personne soit intégrée dans un certain réseau social²².

Autre exemple de produit technique : la domotique. Dans les années 90, divers programmes ministériels ont été lancés, axés sur l'expérimentation domotique. Jobert (1993) écrit qu'elle n'est encore qu'un « concept ». En 2004, elle semble l'être toujours. L'engouement est retombé, peut être parce que la demande des usagers ne s'est pas révélée à la hauteur des espoirs des promoteurs ; peut être parce que les connaissances techniques n'ont pas avancé comme il était envisagé.

Aujourd'hui, les discours euphoriques sur la domotique semblent être remplacés par des discours soulignant la simplicité attendue des solutions techniques par les usagers : « La maison de demain se caractériserait, non par les gadgets et comme prothèse-vieillesse mais par le confort, l'accessibilité, le fonctionnel qui apporte satisfaction à tout âge de la vie, sécurité et maintien de

22. www.fst.ch/FST2/fr/IMAGES_LANGUES/produits/Brochure_QuoVadis1_F.pdf

l'autonomie à la vieillesse. Les solutions les plus simples sont souvent les plus utiles » (interrupteurs, largeur des portes, seuils, mains courantes)²³. Du coup, la question qui peut se poser pour les promoteurs et les chercheurs devient : comment faire vitrine avec des techniques basiques ? Comment susciter de l'intérêt notamment auprès de financeurs potentiels ?

Architecture technique et architecture sociale

Certains articles déplorent le manque d'intérêt par les architectes pour ces questions d'aménagements du logement pour la vieillesse. Qu'en est-il ? Il est possible que des architectes ne soient pas intéressés par l'habitat des vieux, qu'ils ne soient pas sensibles aux spécificités de cette population et ne soient pas tentés de chercher des solutions techniques adaptées. Ce que nous constatons c'est que certains se positionnent avant tout comme techniciens de l'habitat alors que d'autres intègrent davantage les dimensions sociales de l'habiter.

Nous trouvons ainsi des publications dans lesquelles la personne âgée est exclue des discours. Tel architecte par exemple décrit la conception innovante d'une unité dite pour « déments » (Vellas, 1994). D'ailleurs beaucoup des réflexions architecturales concernent l'aménagement de lieux de vie pour personnes atteintes de troubles psychiques. Parfois elles sont qualifiées de « déments séniles perturbants » et il s'agit de créer un environnement « protecteur » pour ces personnes mais aussi qui facilite le travail du personnel (Vetel, 1994).

Des conseils architecturaux ou d'aménagements des établissements pour personnes âgées ou des « unités de vie » sont diffusés par la presse, par internet, dans des colloques ; des ouvrages sont publiés comme le « Manuel de conception architecturale des structures d'accueil spécialisé Alzheimer » (Chaline, 2003) dans lequel il est indiqué que « Une structure d'accueil pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer doit présenter une architecture spécifique et adaptée pour leur permettre de vivre sans risque, tout en stimulant leurs facultés et en facilitant leur prise en charge par le personnel ». La figure présente est alors quasiment toujours celle du résident, passif voire « objetisé », qu'il s'agit de protéger mais dont il est peu parlé car les conseils concernent surtout l'architecture du lieu et son organisation et non les modes de relation et le mode de vie des personnes hébergées.

23. <http://www.seniorscopie.net/dossier/dossier.asp?id=040510182954>

Par ailleurs, on peut relever que l'Association Européenne pour l'Enseignement de l'Architecture associée à un groupe de prévoyance, AG2R, a organisé en 2004 un concours intitulé « l'architecture pour le 3^{ème} âge » (Darnaud, 2004)²⁴. Améliorer le confort individuel mais aussi la vie sociale des personnes âgées était l'enjeu du concours. Les projets soumis devaient prendre en compte autant les aspects architecturaux que les aspects sociaux. Le cahier des charges envoyé aux écoles était simple : choisir un lieu où loger au moins 80 personnes âgées, en les intégrant à la vie sociale de la cité. Aucune directive architecturale n'était donnée mais des critères sociaux orientés sur le cadre de vie, les relations sociales, le confort, les services et l'adaptation aux différents handicaps (physiques, psychiques, de repérages...) devaient être respectés par les étudiants. Est-ce un effet de ces consignes ? La lecture des projets soumis et primés indiquent que nombre d'entre eux présupposent un isolement des vieilles personnes, isolement auquel l'architecte peut remédier par un projet favorisant les liens sociaux.

Dans une optique défendant davantage la personne âgée comme usager et définissant l'établissement avant tout comme « un lieu à vivre... et à mourir » (Loriaux, 2000), nous trouvons des publications émanant d'architectes, de gériatres, de responsables d'institution...

Les idées avancées pour améliorer la qualité de vie ne relèvent pas d'une haute technicité : on y trouve des stimuli visuels, auditifs ou olfactifs, comme des décorations présentant des scènes de la vie familiale ou de la nature dont la présence contribuerait à diminuer les troubles du comportement de personnes déambulantes (Cohen-Mansfield et Werner, 1998). En Belgique, un établissement est présenté comme « innovant » non pas par des caractères techniques mais par son projet social dont les objectifs sont de recréer un univers « comme à la maison » : le personnel ne porte pas de blouse blanche, les personnes ont le choix de prendre leur repas en salle commune (en choisissant leur place) ou dans leur chambre si elles préfèrent (Vansteenkist, 2000).

Respecter le choix des personnes résidant en établissement implique de penser différemment les pratiques professionnelles ainsi que d'agir sur les représentations qu'ont les professionnels des personnes âgées. Il est constaté par certains auteurs que le respect de la personne ne s'accorde pas toujours avec les normes institutionnelles, or « malade, handicapé ou vieillard désire être reconnu comme être humain à part entière, corps et âme » (JFP, 1996).

24. Se reporter également au document « concours d'architecture AEEA-AG2R, réflexions sur l'évolution de l'hébergement des personnes âgées. Programmes nationaux. Descriptifs des projets ».

Cette question du choix est un des principes de base défendu, par exemple, par le groupe « saumon » (en référence aux poissons qui vont à contre courant), créé à l'occasion de l'Année Européenne des personnes âgées en 1993, composé de représentants de 4 pays européens : France, Royaume-Uni, Hollande, Belgique. Les petites unités de vie suivies par ce groupe ont comme principes communs : l'intégration sociale, la sécurité, le soin. « Quels que soient ses maladies, ses déficiences, le sujet âgé demeure un être responsable de sa vie et de ses choix », ce qui implique la remise en cause des fonctionnements institutionnels établis. Il s'agit de respecter le « chez soi », par exemple en acceptant la consommation de vin. Cela suppose d'accepter un droit au risque (Currie et al, 1995).

Pour les partisans de ce type de position, la notion de « chez soi » est centrale. L'idée est portée notamment par les participants au congrès international de 1999 « Où habitera la personne âgée du III^{ème} millénaire ? » organisé par des Belges, des Français, des Italiens et des Portugais. Plusieurs ouvrages collectifs en sont issus (Vercauteren, Predazzi et al, 2000, Vercauteren, Loriaux et al, 2000 ; Vercauteren, Predazzi et al, 2001). Le « chez soi » est défini par ces chercheurs comme « un lieu à soi » que l'on devrait pouvoir choisir. L'habitat idéal de demain est pensé évolutif, pluri-âge, solidaire, garantissant sécurité et citoyenneté. Pour ces auteurs, la gérontologie est « une science de la société au bénéfice de tous » et l'architecture est un outil au service d'un projet de vie. L'architecte tient alors le rôle de « médiateur » entre professionnels et résidents pour définir un espace de vie (Salon, 2000).

Discussion

Cette thématique est riche en nombre de documents existants. Une centaine ont été consultés pour réaliser cette analyse. Les disciplines représentées sont diverses, mais les productions s'adressent pour une grande part au champ de la gérontologie : c'est dire qu'on y retrouve plutôt un point de vue normatif. On y lit en effet davantage des propositions de vie pour les personnes âgées que des descriptions et analyse de la vie des personnes vieillissantes dans leur habitat. Les innovations proposées sont peu évaluées, divers écrits ressemblent à des manifestes sur ce qu'il serait bon de réaliser pour les personnes âgées, sans que les éléments de connaissance de cette population soient vraiment exposés. Le portrait implicite de la population visée fait davantage appel au sens commun (avec pour base une peur commune de la vieillesse) qu'à une somme de connaissances reposant sur un travail d'investigation des disciplines concernées par le champ de la vieillesse.

La figure de l'usager dépendant est la figure dominante dans ces textes, mais nous pouvons distinguer trois modes de présentation, plus ou moins explicites, de cet usager selon son niveau d'élaboration par les auteurs : soit l'usager âgé est construit, c'est un « donné » qui permet de proposer un projet dans sa direction ; soit il est en construction, c'est à dire qu'on tente de se donner les moyens (et de lui donner les moyens) de se réaliser en tant que personne vieillissante utilisant tel ou tel équipement ; soit on ne présuppose pas ce qu'il est, mais on veut connaître ses pratiques.

L'usager âgé construit

Un petit nombre de caractéristiques sont données comme évidentes, toutes dans le registre de la perte. Les auteurs s'appuient sur elles pour proposer des solutions afin de lutter contre ces pertes. La solitude des personnes âgées est la représentation la plus évidente du sens commun et se retrouve en bonne place parmi les critères qui justifient la proposition d'amélioration de l'habiter des personnes âgées²⁵. Le sens du discours n'est pas « proposons des solutions pour la petite part des personnes âgées qui souffrent de solitude », mais « trouvons des solutions à la solitude des personnes âgées », en laissant planer l'hypothèse que toute personne âgée est menacée de solitude. Parfois le propos « quantifie » l'a priori par des termes vagues (« beaucoup de personnes âgées souffrent de solitude ») ou confond isolement et solitude. Le phénomène est particulièrement évident dans la présentation de réalisations « innovantes ». Les maisons à ambition « communautaires » organisent la vie autour d'équipements collectifs, mais mis à part l'usage de ces équipements, on sait peu de chose sur la nature des échanges entre les habitants. Le mouvement des « Babayagas » affiche clairement l'ambiguïté d'une telle démarche : il est demandé aux adhérentes d'avoir l'habitude de la vie collective ! Ce qui dénote qu'on ne s'adresse qu'à une frange de la population réduite d'une part, et qui reconnaît d'autre part que pour vivre le communautaire, il faut y être socialisé.

25. Nous ne rentrerons pas de façon détaillée sur cette question. Sachons qu'un peu moins de 3% de la population totale en France dit souffrir de solitude sans que l'âge discrimine véritablement (Pan Khé Shon, 1999). On confond habituellement la montée du nombre de personnes vivant seule et le sentiment de solitude. Par ailleurs, ce sont les jeunes qui pensent que les plus âgés sont seuls : « Dans une étude suédoise, il a été demandé à des personnes jeunes, âgées de 26 à 35 ans, dans quelle mesure la solitude pouvait constituer, selon elles, un problème chez les personnes âgées. La même question a été posée à des personnes âgées de 66 à 75 ans. Dans le groupe des jeunes, 32% considéraient la solitude comme un problème pour les personnes âgées, contre seulement 11% dans l'autre groupe » (Östlund, 1999).

Une dimension souvent liée à cette vision de la vieillesse solitaire est la « dépendance ». Le terme est pris dans son acception médicale (besoin d'aide pour les actes de la vie quotidienne) et non dans sa définition applicable à toute personne : la dépendance à quelqu'un ou à un objet²⁶. Deux moyens principaux visent à compenser les pertes dues à cette « dépendance » : les services professionnels proposés dans des résidences et/ou l'apport technologique, résumé souvent sous le terme « domotique ». Hypothèses de la « dépendance » et de la « solitude » sont associées dans des réalisations où ces services et technologies se couplent avec l'ambition de l'intergénérationnel. La technologie a une place de choix dans la présentation de ces réalisations. Associer le « moderne » au vieillissement ressemble à un geste conjuratoire : par la magie de la technique on peut vaincre la peur du vieillissement. Aussi, les descriptions des avantages de ces techniques sont souvent plus lisibles dans les écrits que ceux liés par exemple à la présence d'une maîtresse de maison. Les évaluations de ces réalisations ne sont pas bien nombreuses. Il est difficile de connaître la vie sociale dans ces habitats où l'on décrète de l'intergénérationnel, les usages des technologies présentées comme les dernières prouesses de nos ingénieurs sont méconnus, et l'on aimerait aussi avoir une idée de l'importance quantitative de ces diverses réalisations qui se présentent souvent sous la terminologie « d'expériences », dont on ne sait jamais si elles sont véritablement réussies.

C'est sans doute dans ce domaine de l'innovation que la part du fantasme, à propos du vieillissement, est la plus grande. Le schéma le plus général est celui : nos sociétés vieillissent²⁷, le grand nombre de personnes âgées pose problème, il faudra s'occuper de tous ces malheureux solitaires et dépendants, inventons de nouvelles formules. Il n'est ni besoin d'évaluer l'ampleur de la question, ni de savoir ce que les personnes vieillissantes désirent, ni si les solutions proposées sont efficaces. On peut déceler derrière ces a priori une idéologie du marché à

26. Rappelons que dans sa définition générale et non étroitement gérontologique la dépendance s'oppose à l'indépendance (et pas à l'autonomie), alors que l'autonomie s'oppose à l'assujettissement. Une personne très handicapée peut faire preuve d'autonomie en sachant se faire aider... Une personne très peu handicapée peut se placer en situation de dépendance à sa fille pour se débarrasser des soucis de la vie quotidienne...

27. On relèvera le passage rapide entre le constat que la proportion des plus de 60 ans augmente au fait que la société « vieillit », alors que le seuil individuel de vieillesse, difficile à déterminer, semble plutôt se déplacer vers le haut...

conquérir : le présupposé sur l'incapacité des gens âgés à se débrouiller pour une grande part grâce leurs compétences propres ou grâce à leurs réseaux relationnels (ce qui est le cas de la très grande majorité d'entre eux) permet de rêver au développement d'un marché de biens et de services à inventer. Le portrait sommaire de l'usager « solitaire et dépendant » suffit à entretenir le rêve, et la production d'une image de la vieillesse dans ces écrits reste pauvre.

Un usager en construction

Il est une autre manière de considérer les rapports entre un public et les équipements et objets nouveaux, c'est de prévoir, d'une manière pragmatique, sa place au cours du développement de ces équipements. En matière de vieillissement et d'habitat le modèle est fourni par la « programmation générative ». L'usager n'est pas un « donné » présupposé, il est une potentialité qui va prendre forme au cours de l'application du programme. L'usager est défini d'abord comme le porteur d'une parole qui peut être prise en compte. L'évaluation du programme permet au final de préciser certaines caractéristiques des demandes de ces usagers : on s'aperçoit que ce sont les capacités d'autonomie (au sens général) qui sont mises en avant, la liberté de choix étant première pour l'individu. Loin de verser dans l'utopie d'un communautaire que l'on a pu observer précédemment, c'est la prise en compte individuelle de situations variées qui sont préconisées au sein des structures. Toutefois, nous en savons trop peu sur les conditions concrètes et sociales du déroulement de cette participation des usagers à la conception de leur habitat.

Dans d'autres opérations l'observation des usages des personnes âgées peut permettre l'évolution des équipements, par aménagements au coup par coup (Résidences intégrées à Toulouse). Des concertations entre professionnels d'univers différents (logement, soins à domicile) peuvent aboutir à diversifier les représentations des usagers âgés, mais ne garantissent pas que ces derniers y trouvent effectivement leur place. Les « lieux ressources » en matière d'aménagement ou d'adaptation du logement peuvent constituer aussi des moyens de construire l'usager. Le fait que des personnes handicapées portent leur demande auprès d'un « site à la vie autonome » par exemple peut favoriser la rencontre entre l'usager et des offreurs. Mais dans ce domaine aussi, la recherche est trop pauvre pour que l'on puisse mesurer les effets de ces rencontres.

Un usager à construire

L'hypothèse est ici faite que l'on ne connaît pas l'usager de tel ou tel habitat ou équipement, et on se donne les moyens, par la recherche, de le connaître. Or cette recherche est susceptible de partir dans de multiples directions, dont on peut retenir :

- ne pas se contenter de l'étude de l'usage des objets et équipements spécifiés « vieillesse », ou handicap, mais étudier aussi les usages des objets du quotidien.

- tenter de mieux cerner les caractéristiques des usagers de tel ou tel équipement, en abandonnant l'hypothèse d'un comportement homogène de toutes les personnes âgées. On pourra ainsi s'interroger sur des résultats qui paraissent surprenant, comme celui qui énonce que les personnes seules recourent moins à des aides techniques.

- replacer les usagers dans leur réseau relationnel, car si l'idéologie du consommateur peut faire l'hypothèse d'un rapport individuel à l'objet ou l'équipement, la recherche sociologique constate plutôt le rôle des médiateurs dans les logiques d'usage, spécialement les membres de la famille pour les personnes handicapées.

- comparer des populations d'âge divers dans leurs usages de même type d'équipement ou d'objet, et tenter de faire la part entre effet d'âge et effet de génération, ou déceler des logiques de genre.

- faire varier les diverses sortes de handicap, les divers niveaux de handicap, en rapport à tel ou tel usage, de manière à identifier des pratiques qui seraient spécifiques de processus de vieillissement, analysables par exemple en terme de déprise.

C'est donc la variété des comportement d'usages en fonction de la variabilité sociale qui apparaît comme essentielle dans ces nouveaux portraits de la vieillesse que l'on peut attendre de ces recherches.

Ces trois modes de présentation de l'usager dans les écrits sélectionnés sur cette thématique de l'innovation de l'habitat amènent deux remarques complémentaires : l'expérimentation technique peine à évaluer la co-présence des personnes et de la technique, du fait essentiellement d'un portrait sous jacent trop simpliste et fragmentaire des usagers âgés. Toutes les dimensions de la vie sociale devraient être introduites dans ces recherches, particulièrement dans les études d'évaluation des équipements. Mais aussi porter davantage attention aux démarches pragmatiques, là où l'on sollicite les usagers pour qu'ils participent à l'aménagement de leur habitat propre, ou de leur résidence de retraite, ou de l'espace public qu'ils pratiquent.

III. La personne âgée dans son environnement spatial

La situation résidentielle et l'inscription dans l'environnement physique et social sont considérés comme des éléments capitaux dans la vie des personnes âgées, influant directement sur leur qualité de vie. Nombre d'études ont porté sur l'évolution du rapport à l'espace avec l'avance en âge. Elles mettent souvent l'accent sur l'inadéquation entre la personne âgée et son environnement lorsque apparaissent des handicaps qui modifient l'expérience du chez soi et la mobilité dans l'espace urbain. Ces publications soulignent également que les contraintes liées au vieillissement peuvent être accrues ou atténuées selon le type de ressources qu'offre le cadre de vie : habitat et infrastructures adaptés, présence de services de proximité, de transports accessibles, de lieux d'échanges et d'activités. Ces aménagements sont de plus en plus présents dans le discours politique sur la ville du fait du vieillissement de la population.

Vieillir selon le type d'espace

Vieillir en banlieue

Dans la plupart des pays européens ou nord-américains, on assiste à un phénomène de vieillissement des banlieues tandis que les centre-ville, où la proportion des plus âgés est actuellement plus importante, rajeunissent (Ghékière, 1998, Renaud, 2000). La problématique du « vieillir en banlieue » est un thème qui émerge dans la littérature nord-américaine et australienne dans les années 1980, alors que ces communes qui ont fait l'objet de migrations importantes dans les années 1950-1970, voient leur clientèle vieillir (voir Lord, 2004 pour une recension de ces écrits).

Cette littérature, dont le ton est souvent alarmant, s'interroge sur les problèmes que pose la configuration physique de la banlieue lorsque les personnes vieillissent et sont affectées par des limitations fonctionnelles. Les banlieues nord-américaines sont caractérisées par une faible densité de population et un habitat pavillonnaire (maisons uni-familiales). Les infrastructures urbaines sont organisées pour un déplacement en automobile et sont peu adaptées à la marche à pied. Elles sont particulièrement peu praticables pour les personnes en perte de mobilité (éclairage insuffisant, quasi-absence de trottoirs, rues très larges et souvent configurées en boucle ce qui accroît les distances). À l'exception des lieux de culte, des centres communautaires, et des bibliothèques, les équipements urbains (récréatifs, éducatifs, et sportifs) ciblent essentiellement les besoins de la famille nucléaire. L'accessibilité aux commerces varie grandement selon les banlieues. Dans la banlieue de Québec qu'étudie Sébastien Lord (2004), on trouve de petits pôles de commerce et de services dans un rayon de 10 minutes de marche. Par ailleurs, ces secteurs sont globalement mal desservis par les transports collectifs dont les horaires sont organisés pour les travailleurs plutôt que pour les retraités (Lord, 2004, Rosenbloom, 2004). Enfin, ils sont moins accessibles (compte tenu de leur éloignement et de leur dispersion) pour les services et les soins à domicile. Vivre en banlieue en Amérique du Nord quand on ne peut plus conduire constituerait ainsi un facteur d'isolement social (Bailey, 2004)¹.

Lord (2004) souligne toutefois que la problématique ne se pose pas en ces termes pour les personnes âgées de la banlieue de Québec. Celles-ci ne considèrent pas que le fait d'habiter en banlieue soit un problème quand on vieillit. Elles sont très attachées à leur domicile, à la tranquillité de leur quartier, et à la vie de banlieue qui incarne le rêve américain (les banlieues se sont développées du fait de facilités d'accès à la propriété immobilière pour les classes moyennes). Elles expriment la volonté de vieillir dans leur domicile, en dépit des limitations auxquelles elles peuvent être confrontées, tant au niveau de l'entretien du logement que de la mobilité dans le quartier. Elles vont ainsi privilégier, tant qu'elles le peuvent et compte tenu des maladies et des handicaps, des stratégies d'adaptation (limitations des activités liées au jardin, non entretien de certaines pièces) pour ne pas quitter leur logement. Il en résulte une

1. Le rapport "Aging Americans: Stranded Without Options" du Surface Transportation Policy Project souligne que plus de 7 millions de seniors américains qui ne conduisent pas restent chez eux à cause du manque de transports publics. Les seniors non motorisés sont caractérisés par une moindre participation aux activités sociales récréatives et par une moindre fréquentation des commerces et des services de santé. Ce phénomène de démotorisation touche plus particulièrement les personnes vivant en banlieue et dans les zones rurales, les foyers sans voiture, et les minorités ethniques (qui sont aussi plus démunies) (Bailey, 2004).

dégradation de l'habitat dans les banlieues où la proportion de personnes âgées est élevée. Enfin, vieillir dans son logis est une mesure qu'elles jugent souvent plus intéressante d'un point de vue financier. (Lord, 2004). La décision de quitter son pavillon de banlieue est envisagée mais en dernier recours, et seulement si les incapacités compromettent trop sévèrement l'entretien du logis et la mobilité dans le quartier. Parmi les options citées, on retrouve le déménagement au sein de la banlieue actuelle ou dans un autre quartier de banlieue offrant une meilleure proximité des commerces et des services de soins. Les résidences avec services constituent l'alternative la plus souvent mentionnée.

Par ailleurs, la banlieue ne présente pas que des désavantages lorsqu'on vieillit. Si la mobilité au sein du quartier est souvent plus difficile en banlieue, l'accessibilité au logement est par contre favorisée par la construction de plain-pied et donc plus satisfaisante que dans les centres urbains où accéder à son logement implique un taux d'effort plus important (Renaud, 2000). Enfin, la taille des pavillons et des terrains de banlieues permet de procéder à des aménagements (expansion de la surface habitable, partage de logement) facilitant la cohabitation intergénérationnelle et le maintien à domicile (Lord, 2004). Toutefois, la capacité à rester dans la banlieue va dépendre de la disponibilité des réseaux d'entraide (famille, proches, voisins) du revenu et de la structure du ménage (présence ou non d'un conjoint). La disponibilité des services à domicile est également souvent citée dans la littérature. Lord souligne toutefois que dans la banlieue de Québec ceux-ci étaient peu utilisés et mal connus des personnes âgées interrogées et n'étaient donc pas pris en compte dans leur décision de demeurer dans leur logement.

En France, le thème de la banlieue a été peu traité sinon à travers l'accès au transport public (voir section sur la mobilité) ou le « vieillir dans une cité ». L'habitat social s'est développé en France, comme dans plusieurs pays, dans les années 1960-1970 et les résidents âgés sont de plus en plus nombreux (Mantovani, 1998, Renaud, 1991). L'expérience du « vieillir dans une cité » varie grandement d'une cité à l'autre (Wittman, 2003, Mantovani, 1998); elle serait marquée, notamment pour les plus âgés et les moins entourés, d'un double stigmaté : être vieux dans un quartier où la jeunesse est prédominante et vivre dans un environnement défavorisé et parfois peu sécuritaire (Wittman, 2003). Toutefois, la majorité des personnes âgées reste attachée à son lieu de résidence, au quartier et aux valeurs fondatrices du logement social. Comme les banlieusards québécois, elles considèrent que leur cadre de vie est globalement favorable à leur maintien à domicile (Mantovani, 1998).

Vieillir en milieu rural

Le « rural » est très peu abordé dans les recherches. Les régions rurales sont caractérisées par un vieillissement de leur population du fait de l'exode rural des générations plus jeunes et de la migration de retraités dans ces régions. Résider en milieu rural est largement présenté comme un facteur de risque d'isolement, et ce d'autant plus que la dispersion des populations ne facilite pas la mise en place de services de transports ou l'aide à domicile, ni l'accès aux structures d'accueil de jour implantées en zone urbaine.

Certaines recherches aux Etats-Unis ont mis l'accent sur l'expérience difficile du vieillir dans des communes rurales économiquement menacées, qui se dépeuplent et sont de moins en moins bien desservies par les services. L'exode rural limite le potentiel du réseau d'entraide (Baker et Sheidt, 1994). Plusieurs études qui comparent l'état de santé des personnes âgées des régions rurales et des régions urbaines montrent que les premières semblent avoir une plus haute tolérance envers les incapacités, notamment psychiques et cognitives (Keating 1991, St John et al., 2002). Par ailleurs, les personnes aidantes vivant en milieu rural semblent plus réticentes à utiliser les services d'aide disponibles, par peur du commérage et de la stigmatisation de la quête d'aide (Conseil de la santé et du bien-être, 2001).

Le vieillissement en milieu rural est également appréhendé sous l'angle du développement local. Mettre en place des services en faveur des personnes âgées résidant dans les zones rurales nécessite une nouvelle approche territoriale : on travaille à l'échelle du canton ou d'un regroupement de communes, d'où l'importance des démarches de partenariat et de la coordination. Celles-ci peuvent être portées par un CLIC ou s'inscrire dans le cadre d'un schéma de cohérence territoriale (SCOT). Le développement local s'appuie largement sur des textes réglementaires mais implique aussi la prise en compte des services développés par les associations, ainsi que l'intégration des réseaux informels et non marchands (Lasfargues, 2003).

Vieillir dans une zone de villégiature

Une partie des migrations de la retraite ciblent des zones de villégiature, le plus souvent ensoleillées et situées le long du littoral. Là encore, le vieillissement des personnes dans ces nouveaux lieux de résidence est jugé problématique parce que le logement, les infrastructures et les services ne sont pas adaptés à une population vieillissante qui se retrouve « prise au piège » dans des communes où elles ne sont pas intégrées, ni prises en compte en tant qu'usagers, le développement étant axé sur le tourisme (Pihet, 2004, Rosenbloom, 2004). L'isolement social constitue également un risque étant donné que les visites de la famille et des amis s'espacent avec les années : le logement vacances n'est pôle d'attraction pour les visiteurs que pendant un temps (Pihet, 2004).

La notion de « chez soi »

Un concept multi-dimensionnel

La notion de « chez soi » est un concept faisant intervenir les dimensions psychologiques mais aussi sociales, culturelles et temporelles de l'habitat (Lord, 2004).

- Selon Lord, les principales dimensions de la signification du chez-soi sont :
- psychologiques : milieu de vie sécuritaire psychologiquement et physiquement (protège des intempéries, parce qu'il est familier), permet le contrôle sur son environnement, reflet de la personnalité : exprimer son identité),
 - psychosociales : indicateur de statut social, relation avec les proches, lieu d'intimité et de refuge (frontières entre le privé et le public)
 - économiques : lieu dont on est propriétaire, logement abordable, héritage
 - temporelles : espace familier, lieu de mémoire, lieu reposoir pour objets biographiques et symboliques
 - matérielles : espace matériel, confort psychologique
 - spatio-temporelles : lieu de vie et d'activités domestiques quotidiennes, lieu d'ancrage, espace de mobilité

Cette notion implique celle d'élire domicile dans un lieu symbolique. Habiter ce n'est pas seulement disposer d'un toit, c'est investir un lieu, le connaître, le repérer, y retrouver son quotidien. Avec la montée de l'individualisme, la maison devient le lieu d'intimité par excellence à partir duquel l'individu se déploie et ose affronter le monde (Serfaty-Garzon, 2003). Elle est un refuge, où peut se développer l'expression de soi et son identité. Être « chez soi » est aussi une façon d'exercer sa liberté sur un territoire qui est le sien et avec lequel on entretient un lien subjectif fort. La notion de « chez soi » renvoie aussi à la construction (et à la re-construction) identitaire et au projet de vie : la relation que les personnes tissent avec leur environnement participe à la formation et à l'entretien de leur identité. Elle permet aux individus de vivre le présent en continuité avec le passé. Abritant la famille, le « chez-soi » est aussi un lieu de sociabilité et de formation des représentations collectives (Loriaux, 2001, Lord, 2004)

Plusieurs études se sont penchées sur les modalités d'appropriation de l'espace. Elles soulignent l'existence de différentes échelles de référence : de la maison, aux environs immédiats, au quartier, à la région. Certaines personnes mettent plus l'accent sur le lieu de vie micro-géographique, et notamment la maison et certains éléments extérieurs naturels (jardins, balcons, routes, allées), tandis que d'autres se situent par rapport au quartier, à la ville ou encore à la région (Bonventi, 2004, Peace, 2003).

Ce rapport à l'espace et à l'environnement semble constituer un élément déterminant de la trajectoire résidentielle future (Bonventi, 2004, Peace, 2003). Il évolue avec l'avance en âge et l'état de santé. La retraite a ainsi été identifiée comme un moment de transition où se re-négocie le rapport à l'environnement (physique et social) (Caradec, 1996, Haicault, 1996,), tandis que le grand-âge est souvent marqué par un repli sur le domicile et le local (Argoud, 2004, Clément et al., 1995). Toutefois, le quartier et la ville jouent un rôle essentiel dans la conservation de l'identité sociale, leur pratique permet le maintien des échanges (Bonventi, 2004, Clément et al., 1996).

Reconstruire un « chez-soi » en institution

La notion du « chez soi » a été abordée dans le cadre du programme SEPIA dont l'objectif est de favoriser le maintien de la personne âgée au cœur de la vie urbaine, ainsi que dans des publications qui s'interrogent sur la possibilité de reconstruire ce « chez soi » lors de l'entrée en institution qui entraîne une perte des repères spatio-temporels et identitaires. Ces recherches soulignent l'importance de l'intégration des établissements dans le tissu urbain et de leur ouverture sur la ville pour favoriser le maintien des repères spatio-temporels. Elles mettent également l'accent sur la possibilité pour les personnes de rester dans un lieu de vie marqué par leur histoire (Peace, 2003, Bonventi, 2004, Lord, 2004).

Bonventi (2004) souligne que l'appropriation de l'environnement de l'établissement d'hébergement constitue un objectif essentiel. Elle peut se faire au travers de programmes d'animation permettant de découvrir et de pratiquer l'espace environnant. Cette auteure, qui adopte une méthode de cartographie mentale, montre que les cartes représentant des « espaces faibles » caractérisent les personnes les plus dépendantes, celles représentant des « espaces passésistes », les personnes qui ne sortent plus ou sont dans un refus du quartier. À l'inverse, les « espaces plus structurés » sont le fait de personnes qui ont encore une pratique de la ville.

Mallon (2003) qui s'intéresse aux manières de reconstruire un « chez soi » en maison de retraite montre que celles-ci varient en fonction des motivations et des conditions d'emménagement dans l'institution, des parcours de vieillissement, de l'anticipation et de la représentation des handicaps, et des relations avec les proches et les professionnels. Certaines personnes (souvent isolées ou démunies) peuvent s'investir au niveau des espaces privés et publics et vivre l'institution comme un « véritable foyer ». D'autres, notamment celles dont l'entrée en maison de retraite résulte d'une décision familiale subie ou de l'apparition d'un nouvel handicap, ne s'adaptent pas à l'institution qui est considérée comme un « quasi-hôpital ».

Mobilité et déplacements au sein de l'espace urbain

La question de la mobilité des personnes âgées au sein de la ville (et maintenant au sein de la banlieue) a fait l'objet de nombreuses études. Elle est essentiellement abordée sous l'angle des freins à la mobilité et du risque. La personne âgée y est souvent définie en termes de handicaps et de limitations physiques; elle n'existe pas comme usager tant qu'elle n'est pas touchée par des problèmes de mobilité (Dartiguenave et al, 1998).

Nombre d'études mettent l'accent sur l'aménagement urbain soulignant que les incapacités n'ont pas les mêmes conséquences selon le type d'habitat et l'environnement. La conception des espaces urbains et l'accessibilité des transports peuvent ainsi transformer les handicaps en facteurs accentuant la dépendance ou au contraire favoriser l'autonomie, un trottoir trop haut, une voie dangereuse à traverser, un bus inaccessible, ou l'absence de bancs publics peuvent conduire les personnes en perte d'autonomie physique à limiter leurs déplacements, voire à éviter de sortir. De même, la conception de l'espace intérieur des bâtiments peut faciliter la vie de personnes présentant certaines déficiences ou incapacités (vision faible, difficulté à marcher, audition diminuée, etc...). Plusieurs de ces publications et communications insistent sur le fait que la pratique de l'espace urbain constitue un droit de la personne âgée et soulignent la nécessité d'associer les personnes âgées aux politiques de la ville (Anonyme, 2004a). De plus en plus d'écrits et d'acteurs revendiquent par ailleurs une prise en compte de la notion d'accessibilité au sens large de manière à intégrer l'ensemble et la continuité du cheminement de la personne âgée dans la ville (accessibilité des infrastructures publiques, déplacements extérieurs, accès de l'environnement immédiat au logement) (CMT, 2004, Anonyme, 2004b).

La personne âgée: nouvelle cible des politiques de la ville ?

En France, les politiques de la ville ont longtemps ignoré les personnes âgées qui étaient considérées improductives. Baudui (1998) montre ainsi qu'au début du siècle, l'objectif premier de l'urbanisme naissant était de penser la cité industrielle selon des critères de rationalité productive. Après la seconde guerre mondiale, c'est la question du logement des ouvriers qui a constitué la priorité.

La figure de la personne âgée comme usager ne semble pas encore très affirmée au sein des politiques de la ville et ce d'autant plus que cette clientèle entre en concurrence avec d'autres catégories d'usagers qui se mobilisent souvent plus que les personnes âgées² (Anonyme, 2004b). Les municipalités et les organismes concernés expriment pourtant leur volonté de rendre la ville plus accueillante aux personnes âgées par une adaptation des équipements, des infrastructures publiques et de l'habitat (collectif et privé), et des mesures en faveur de la mixité intergénérationnelle. Mais en pratique, les besoins des personnes âgées sont très peu intégrés dans l'aménagement urbain, l'organisation des déplacements et la conception des logements (Anonyme, 2004a). De plus, bien qu'elles revendiquent l'accessibilité et la sécurité de l'espace urbain pour tous, dans le but de ne pas stigmatiser l'usager âgé, ces politiques ont essentiellement mis en place des services destinés aux seules personnes âgées, sans doute parce que les mesures qui s'adressent à une clientèle bien identifiable ont plus de retombées politiques.

Faire évoluer les politiques d'urbanisme et de transport passe avant tout par une plus grande sensibilisation des élus et des corps de métiers concernés par ces aménagements ainsi que par une meilleure coordination entre les diverses administrations impliquées (Anonyme, 2004b). Le vieillissement démographique qui affecte les communes (ainsi que la population des élus) devrait jouer en faveur de cette prise de conscience. Plusieurs villes en France se sont ainsi engagées depuis une dizaine d'années dans une réflexion sur les conséquences du vieillissement de la population en matière de transport ou de logement. L'objectif de ces groupes de travail est de prévoir l'évolution de la population retraitée, son profil, ses ressources, ses besoins et son mode de vie futur (Voir par exemple, ville de Rennes, 1995, ou les séminaires organisés par l'institut des villes qui rassemblent élus et professionnels de l'aménagement du territoire, Anonyme 2004 a et b).

L'élaboration de politiques favorisant la mobilité autonome des personnes âgées dans la ville s'appuie également sur l'adoption de textes législatifs et la publication de normes de construction notamment en faveur des personnes handicapées. Aux Etats-Unis, l'adoption de la loi « Americans with Disabilities Act » en 1990, a eu pour conséquence la progression du nombre de personnes handicapées dans les transports (CEMT, 2004). Toutefois, force est de constater

2. Les associations de personnes âgées, rassemblées sous le terme de pouvoir gris (« grey power »), qui sont beaucoup plus développées aux Etats-Unis, se sont peu mobilisées sur les questions de l'habitat et de la prise en compte des besoins des personnes âgées par les politiques de la ville, sans doute parce que leurs membres (de jeunes retraités) étaient encore peu sensibles à ces questions (Rosenbloom, 2004, Viriot-Durandal, 2003).

que l'adoption de textes de loi est loin d'être suffisante. En France, la circulaire n°2000-51 du 23 juin 2000 imposant l'aménagement des infrastructures urbaines aux handicapés est encore peu respectée: la grande majorité des villes n'ont pas encore effectué les transformations jugées incompatibles avec les contraintes budgétaires. Ces transformations exigent une évolution culturelle et s'intègrent dans un ensemble large de politiques en faveur des personnes âgées, qui relèvent de l'aménagement du territoire et des transports mais aussi du domaine de la santé, du social, de l'éducation. L'Etat peut également accélérer le respect des textes législatifs en adoptant des incitatifs ou sanctions financières à l'encontre des communes (CEMT, 2004).

Les déplacements des personnes âgées

On dispose dans la plupart des pays de données documentant les déplacements des personnes âgées de plus de 65 ans dans la ville, leur fréquence, leurs motifs, et les modes de transport utilisés. En France, l'enquête ménages et déplacements, réalisée depuis 1995 (CERTU, 2004) montre que la mobilité (mesurée par le nombre de déplacements et la distance parcourue) décroît avec l'âge³ et chute à partir de 80 ans. Il existe des différences selon le genre (les femmes étant moins mobiles), le revenu, la possession ou non d'un véhicule, le lieu de résidence et le niveau de handicap. Toutefois, la gêne que ressentent les personnes âgées dans leurs déplacements et qui augmente avec l'âge, n'est pas propre au grand âge mais se fait sentir dès 50-60 ans sur tous les itinéraires et en particulier les déplacements dans l'environnement extérieur (Chanut & Michaudon, 2004, Madre, 1998). Par ailleurs, la mobilité est clairement affectée par l'appartenance générationnelle, les nouvelles générations étant plus mobiles, disposant plus souvent d'une automobile dont elles font un usage plus tardif et ce d'autant plus qu'elles résident en banlieue.

Les personnes de plus de 65 ans effectuent une moyenne de 2.6 déplacements par jour. Ces déplacements sont très largement motivés par les achats (45% des déplacements) qui sont réalisés pour près des 2/3 dans des petits et moyens commerces. La part de la marche parmi les différents modes de déplacement augmente avec l'avance en âge mais l'utilisation de la voiture arrive en 2^{ème} position.

3. Les personnes de 65 ans sont toutefois aussi mobiles que les autres catégories d'âge si l'on élimine les déplacements liés à l'activité scolaire ou professionnelle (en moyenne 71% des personnes de 65 ans et plus s'étaient déplacés la veille, la moyenne nationale étant de 80 à 90%). (CERTU, 2000).

Pratique automobile des personnes âgées : une démotorisation plus tardive

Nombre d'études montrent qu'une part non négligeable des personnes de 65 ans et plus ne souhaite pas ou ne peut plus conduire (Bailey, 2004, CERTU, 2004, Mollenkopf, 1995). Ce phénomène constituerait un risque d'isolement notamment dans les zones où les personnes sont dépendantes de l'automobile pour leurs déplacements (Bailey, 2004). Toutefois, la démotorisation des individus sera probablement de plus en plus tardive du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite de générations qui sont plus habituées à la voiture, bien que persistent des différences entre les classes sociales (Pochet, 1998). Il est ainsi probable que les baby-boomers, et notamment les femmes qui ont bénéficié d'un accès beaucoup plus large à l'automobile que leurs homologues des générations précédentes du fait de leur présence massive sur le marché du travail, abandonneront de moins en moins facilement leur voiture. De plus, les améliorations techniques des véhicules (lasers facilitant la visibilité, régulateurs automatiques de distances entre les véhicules, conduite assistée par ordinateur) favoriseront la conduite (légitime ?) à un âge plus tardif (CEMT, 1998). Ce phénomène de démotorisation semble encore plus tardif en Amérique du Nord où la configuration de l'espace urbain impose un usage plus soutenu de l'automobile à tout âge (Bussière et al., 1998, Baley, 2004). Aux États-Unis, 80% des déplacements quotidiens des personnes de 65 ans et plus sont effectués en voiture contre 50% dans les pays européens.

La pratique automobile des personnes âgées est également appréhendée en termes de risque collectif et individuel. Dans plusieurs pays, on souligne l'implication croissante des personnes de 65 ans et plus dans les accidents de la route et l'augmentation du taux d'accidents après 80 ans mais cette vulnérabilité des plus âgés varie en fonction du niveau d'exposition au risque. Toutefois, il semblerait que le nombre d'accidents et de décès ne soit pas plus important chez les personnes de 65 ans et plus que chez les 35-55 ans ; il est notamment très inférieur à celui des jeunes (Evans, 2000). Les États réfléchissent néanmoins à la mise en place de mesures destinées à mieux contrôler la pratique automobile des personnes âgées et aux critères sur lesquels baser cette évaluation (essentiellement des normes médicales) (CEMT, 1998).⁴ Des sociologues soulignent une « médicalisation du bien conduire », et opposent, de la

4. En Angleterre, Au Portugal, en Finlande, au Danemark et en Grèce, le permis est accordé jusqu'à un certain âge (autour du 70^e anniversaire), puis renouvelé pour des périodes allant de 2 à 3 ans selon les pays. En Espagne, il n'est plus possible de passer son permis après 65 ans, et celui-ci n'est valable que pour une durée de 10 ans jusqu'à 45 ans, puis de 5 ans entre 46 et 70 ans, puis de 2 ans par la suite. Dans plusieurs pays (Italie, Pays-Bas, Irlande, Suède), un contrôle médical (tests de l'audition et de la vision) sont exigés au moment du renouvellement.

part des conducteurs âgés le sentiment de sûreté et le sentiment de sécurité (Drulhe et Pervanchon, 2004).

La marche : pratique de santé ou pratique à risque ?

La pratique de la marche par les personnes âgées augmente en proportion des autres modes de déplacements (automobile, transports publics, bicyclette) avec l'avance en âge (Dejeannes, 2004). Toutefois, elle varie grandement d'un côté à l'autre de l'atlantique. Aux Etats-Unis, seuls 8% des déplacements des plus de 65 ans sont réalisés à pied ou à bicyclette contre 55% en Allemagne et 48% aux Pays-Bas (Bailey, 2004). La faible proportion de la marche parmi les modes de déplacements des personnes de 65 ans et plus aux Etats-Unis est ancrée dans la culture et s'explique entre autres par le fait que l'automobile s'y est développée plus tôt. Elle résulte également de l'inadaptation de l'environnement à la pratique de la marche (distances importantes, intersections dangereuses, absence de trottoirs, faible développement des commerces de proximité) (STPP, 2002). Une majorité d'américains souhaiterait des aménagements des infrastructures urbaines permettant la pratique de la marche à pied (Belden Russonello & Stewart, 2003). Favoriser la marche à pied constitue également une nouvelle priorité aux Etats-Unis, identifiée depuis de nombreuses années dans les pays européens, dans le cadre du programme de lutte contre l'obésité qui a progressé de 60% entre 1990 et 2000 alors que la pratique de la marche reculait de 26% chez l'ensemble des américains (STPP, 2002). Cela implique d'améliorer le confort, la sécurité et la continuité des cheminements piétonniers dans l'espace urbain. Toutefois, l'aménagement de zones pédestres dans les banlieues rencontre beaucoup moins de succès que dans les centres anciens, y compris dans les pays européens⁵ où la culture de la marche est plus répandue (Martincigh et al., 1998).

Il existe peu d'études analysant le cheminement des personnes âgées dans la ville. Certaines villes ont tenté des expériences pilotes comme la ville de Rennes (1995) qui a mis en place des marches exploratoires impliquant des hommes et des femmes, valides ou non, âgés de 58 à 90 ans, qui sont invités à se déplacer en évaluant l'environnement sur des parcours qu'ils ont l'habitude de pratiquer dans la ville. L'objectif est d'identifier dans la ville les éléments d'aménagement de l'espace qui favorisent ou au contraire constituent un frein à l'autonomie pour les personnes vieillissantes (éclairage inadapté, manques de signalisation, absence d'éléments de confort).

5. La marche représente 30 à 50% des déplacements des européens de 65 ans et plus (CERTU, 2000).

Nombre d'études s'intéressant au piéton âgé soulignent que les personnes âgées sont très exposées à des accidents graves en milieu urbain du fait de déficits sensoriels (visuels ou auditifs) ou moteurs, qui sont amplifiés par l'inadaptation des espaces urbains (feux de circulation trop courts, trottoirs sans bateaux, trop étroits, ou encombrés par le mobilier urbain ou des véhicules en stationnement, vitesse des véhicules circulant sur la voie) (Yerpez, 1998, STPP, 2002). La part des piétons et cyclistes impliqués dans les accidents de la route est beaucoup plus élevée aux Etats-Unis qu'en Allemagne ou aux Pays Bas (Pucher, & Dijkstra, 2003).

La personne âgée usager des services de transports collectifs

Le vieillissement de la population a des répercussions sur la consommation en matière de transports publics. Des enquêtes réalisées en Norvège et au Royaume-Uni (Dejeammes, 2004) montrent que les difficultés des personnes âgées vis-à-vis des transports publics concernent essentiellement :

- la montée et la descente du véhicule
- la perte d'équilibre à l'intérieur du véhicule
- l'équipement peu adapté sur les points d'attentes
- le manque d'information
- le sentiment d'insécurité (gérer la destination, sécurité physique...)

Les politiques de transports des agglomérations vont dans deux directions : d'un côté on développe des services de transport à la demande spécifiquement adaptés aux clientèles à mobilité réduite. De l'autre, on travaille à rendre plus accessibles les transports existants (planchers surbaissés, quais de gare sur-élevés...). Ces aménagements encore limités nécessitent une meilleure connaissance des besoins des personnes âgées (CEMT, 2004).

Nombres d'expériences de transport à la demande ont été mises en place dans différents pays (Dejeammes, 2004) :

- Flexline (Suède) : Ligne mini-bus dont les points d'arrêt sont déterminés à la demande des usagers, réservation par serveur vocal
- Créabus (France) : Minibus à la demande exploité sur le même trajet que la ligne régulière, réservation par téléphone
- Transports communautaires (UK) basé sur le volontariat
- Différentes expériences facilitant l'accès au taxi. Ces initiatives de transport spécialement destinées aux personnes âgées peuvent également émaner du secteur privé. Ainsi, aux Etats-Unis, certains hypermarchés ont mis en place des services de bus pour aller chercher leur clientèle âgée à domicile dans le but de la fidéliser.

Les premières évaluations de ces expériences et notamment du transport à la demande soulignent la nécessité d'une présence accrue et d'une meilleure formation du personnel. Ces expériences gagneraient toutefois à être inventoriées et systématiquement évaluées dans une optique d'échange de pratiques. Il serait également intéressant d'évaluer l'intérêt et l'usage que font les personnes âgées des expériences de transport innovantes qui ne leur sont pas destinées (par exemple, les navettes à la demande qui sillonnent les centre-ville). Plusieurs expériences semblent indiquer que les personnes âgées privilégient les approches ouvertes à d'autres types d'usagers (Desjeammes, 2004).

Différentes modalités de déplacement dans la ville : des approches centrées sur le sujet

Certaines publications, peu nombreuses, se sont intéressées à la mobilité dans la ville du point de vue de la personne âgée. Elles mettent en évidence la grande variété des expériences de la ville et des pratiques de déplacement. Celles-ci varient selon la classe sociale, le genre, s'inscrivent dans la trajectoire biographique (importance de la valeur de la mobilité au cours de la vie) et varient en fonction du type d'habitat (quartiers du centre-ville, versus quartiers périurbain et banlieues) (Clément et al., 1996, Haicault et Mazzela, 1997).

Haicault et Mazzela (1997) qui se sont intéressées aux jeunes retraités, présentent une typologie des figures urbaines de mobilité circulante. Celle-ci remet en question la thèse de la captivité dans le quartier et de la figure de la retraitée, seule, isolée, repliée sur son domicile. De plus, l'« enracinement dans le quartier » qui caractérise une minorité de leur échantillon, parmi les personnes les plus âgées et plus particulièrement les femmes de milieu modeste, n'est pas synonyme de renfermement parce que le quartier offre de nombreuses activités et demeure un « espace de communication ».

Clément et al. (1996, 1995) soulignent par ailleurs que la fréquentation des espaces publics n'est que très peu déterminée par leur proximité ou leur facilité d'accès, ni même véritablement par les handicaps des personnes : pouvoir se déplacer n'est pas le vouloir. Ces auteurs montrent ainsi que le repli sur le domicile qui caractérise les personnes les plus âgées dans l'hyper-centre de Toulouse s'explique par le sentiment qu'à partir d'un certain âge « on ne peut plus être dans la ville ». Rester chez soi permet aussi d'éviter de se confronter aux risques de la ville et surtout au regard de l'autre, et s'inscrit dans une volonté de se ménager en organisant son temps comme on le désire et à son rythme.

Enfin, pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent plus sortir, le repli n'est pas nécessairement subi. Celles-ci développent des stratégies de substitution pour continuer de participer à la vie urbaine. Le besoin d'accès à l'extérieur n'a pas besoin d'être actualisé mais peut se vivre de différentes manières, à

travers les bruits du dehors que l'on entend, le mouvement de la ville et du voisinage que l'on saisit depuis sa fenêtre, l'évocation des souvenirs, la sortie des proches qui racontent la ville, la télévision (Peace, 2003, Clément et al. 1996). Si les frontières entre l'intérieur et l'extérieur sont importantes parce qu'elles permettent la transition entre l'espace privé et public, elles sont aussi perméables (Peace, 2003, Clément et al. 1996).

Rapport à l'espace et secondarité

Cette notion d'espaces secondaires, lieux où l'on peut construire un autre «chez soi» (Clément et al., 1996) fait référence à Sansot (1978) et a été très peu traitée. La pratique de la secondarité « permet de ménager un rapport entre un ici et un ailleurs » (Membrado, 1998 p95). Elle entraîne un mouvement entre un dedans et un dehors, et permet à la personne d'être autre et surtout d'éviter l'assignation définitive à résidence caractéristique de la vieillesse (Membrado, 1998).

Il existe différentes modalités de pratique de la secondarité. Le phénomène de double résidence qui se développe en est l'un des aspects les plus repérables et les mieux documentés (Cribier, 1993). En France, un ménage retraité sur cinq possède à la fois sa résidence principale et un autre logement (Minodier et Rieg, 2004). Toutefois, ce phénomène atteint aussi ceux qui n'ont pas deux résidences. L'imaginaire peut être activé par tout autre pôle qui introduit de la distance : aller en cure tous les ans, fréquenter le club du 3^{ème} âge, sortir en ville pour les femmes, se retrouver dans les jardins (Membrado, 1998), voire même passer d'une pièce à l'autre au sein de la maison (Peace et al, 2003).

Discussion

L'analyse bibliographique sur le thème de « La personne âgée et son environnement spatial » peut amener deux types de commentaires : l'un sur la question de la définition sociale du vieillissement et de la vieillesse, l'autre sur les conflits de normes à propos de ce qui est bon ou permis de vivre à la vieillesse.

Handicapé ou vieux ?

Les questions liées à l'espace pratiqué font référence aux capacités à la mobilité et à l'accessibilité des lieux et services. Or, la figure dominante présentée par les écrits qui rendent compte de ces questions est celle de la personne handicapée. En effet, les difficultés à monter dans un bus, à se déplacer, à traverser une

rue tiennent à la rencontre entre une incapacité, physique le plus souvent, mais quelquefois cognitive, et la matérialité d'un espace, qui peut être plus ou moins accessible à tous. Pour autant, le fait d'être très âgé est-il réductible à celui d'avoir des incapacités ? Est-il possible d'évaluer la part « vieillesse » dans le comportement d'une personne âgée handicapée ? Peu de recherches s'intéressent véritablement à cette question, car les figures se superposent souvent sans que l'on trouve intérêt à les séparer, tant la personne âgée apparaît comme une personne malade (les « polypathologies » de la gériatrie) et/ou une personne handicapée (la « dépendance » de la gérontologie). Pourtant on peut considérer que le fait d'avoir vécu longtemps (une autre manière de dire qu'une personne est âgée) implique une façon particulière de se situer dans la société, le monde et le temps. C'est plutôt du côté de la philosophie qu'on a pu réfléchir par exemple au sentiment de finitude, mais des sociologues ou des psychologues on fait l'hypothèse que la vieillesse ne pouvait recouvrir seulement la somme des handicaps et des maladies de la personne. Il semble que le rapport à l'espace, au temps, aux autres, soient des points forts sur lesquels la recherche peut investir pour caractériser les spécificités du vieillissement. La notion de « chez soi » par exemple, à très forte charge symbolique, fortement liée à l'identité que s'est construite la personne n'est pas facilement accessible à l'observateur.

Des conflits de normes

On sait que la perception de la vieillesse est largement exogène. Mais elle est aussi hétérogène, dans le sens où les divers acteurs qui ont à construire la vieillesse ont leur propre perception et en particulier tendent à produire des normes qui leur sont propres. On peut prendre l'exemple de l'habitat des personnes âgées en banlieue, question davantage travaillée en Nord Amérique mais qui commence à susciter des interrogations en Europe aussi. Des observateurs peuvent constater des risques d'isolement social dans ce type d'espace urbain, ou de difficultés à l'accessibilité aux services. L'aménageur peut suggérer d'améliorer l'espace piétonnier, le système d'éclairage de la voie, etc, mais la municipalité, qui doit financer, s'interroge sur l'opportunité d'engager de tels frais. Le sociologue qui va enquêter chez les habitants âgés apprend que ces habitants sont très attachés à rester chez eux, qu'ils utilisent la voiture comme ils l'ont toujours utilisée dans leur quartier et qu'ils n'envisagent pas de changer leurs habitudes. Les médecins pourtant voudraient faire marcher ces personnes, pour des raisons de santé, car ils veulent combattre l'obésité, source de maladies cardio-vasculaires ; les législateurs, de leur côté, s'inquiètent du danger que peuvent représenter les conducteurs vieillissants pour les autres et songent à contrôler leurs capacités de ce point de vue. Par ce seul exemple on voit

comment beaucoup d'acteurs ont à dire, à se prononcer, sur une pratique urbaine. Quelles peuvent-elles les instances de régulation dans un tel cas? Quels sont les lieux de débats où se posent ces questions? Peuvent-ils exister à un niveau local? La recherche, pour l'instant, le dit peu.

IV. Trajectoires et stratégies résidentielles

Une thématique liée au contexte démographique, économique et social

À partir des années 80, des chercheurs (essentiellement géographes, démographes ou sociologues), se sont penchés sur la question des migrations à la retraite, c'est à dire de la mobilité résidentielles des retraités. C'est surtout en Grande Bretagne et en France (pays de fortes traditions migratoires à la retraite) que les recherches ont eu de l'ampleur, particulièrement avec les travaux de Françoise Cribier et de Anthony M. Warnes.

C'est en effet à partir des années 80, que le phénomène prend de l'importance et interroge les politiques sur ses conséquences économiques et démographiques.

Ainsi un numéro de *Espace Populations Société* paraît en 1993 consacré à la mobilité résidentielle des retraités en Europe Occidentale motivé par le fait que « la mobilité des retraités est liée au vieillissement des sociétés, à l'abaissement de l'âge de la retraite, l'amélioration des conditions de vie des retraités ». « Cette mobilité augmentant et étant plus dirigée vers certaines régions, il y aura un impact de plus en plus fort sur la distribution de la population et le caractère des régions » (Cribier & Dieleman, 1993). « Région » peut être entendu par les auteurs soit comme le niveau local (par exemple, l'attractivité de certaines régions françaises comme le Sud Est ou encore certaines zones rurales) soit comme le niveau national (risque d'augmentation du déséquilibre des populations entre pays). Les conséquences peuvent se révéler négatives ou positives en termes de développement local (augmentation d'une population potentiellement consommatrice de produits divers mais aussi nécessité des besoins en services d'aide à la vieillesse). Ainsi, les migrants anglais représentent près de 50% des personnes âgées dans les régions de la Transmanche, dénommée par

certaines « Costa Geriatrica ». Depuis le début des années 80, ce serait 200 000 retraités anglais qui auraient migré dans la zone littorale française de la Manche. Est soulevé un problème de gestion de cette population localement car si elle est moteur pour l'économie locale, elle implique aussi des investissements et aménagements lourds face aux besoins liés à la dépendance (Loew-Pellen, 2002).

Dans ce même numéro de *Espace Populations Société*, Warnes (1993) fait état des changements économiques et sociaux (mais aussi démographiques) qui ont amenés le développement des migrations à la retraite, notamment la hausse du niveau d'éducation, la place du travail salarié et la coupure entre période de travail et retraite. Selon lui, il y a mouvement de migration à la vieillesse s'il y a ressources financières et conditions politiques et institutionnelles favorables. Il explique comment à partir des années 60, on assiste à une construction sociale de la retraite, définie par le critère d'âge, le versement d'une pension et des aides versées aux plus fragiles. Ainsi est construite la période du 3^{ème} âge, la retraite apparaissant comme une nouvelle phase de la vie, dans laquelle prendre une nouvelle maison, dans un nouveau lieu, est une façon de donner une nouvelle énergie à sa vie -position qui va à l'encontre de la théorie du désengagement, mais qui rejoint l'hypothèse de la « seconde carrière » de Xavier Gaullier (1988). Mais au delà de cette période vient le 4^{ème} âge, avec ses maladies chroniques et invalidantes, qui, du fait de la longévité féminine, concerne davantage les femmes. A chaque période d'âge correspondrait un type de migrations : migrations internationales en début de retraite, migrations nationales à un âge plus avancé. Il y aurait également pour les personnes parties à la retraite à l'étranger mouvement de retour vers le pays d'origine quand la santé se dégrade et qu'un recours à des soins se fait sentir. Mais tous les pays ne seraient pas concernés par ce mouvement : Rogers (1990) l'observe aux Etats Unis, ce qui ne serait pas le cas aux Pays Bas (Hooimeijer et al, 1993).

Outre les études concernant les Pays Bas, l'Angleterre et la France, on trouve dans ce même numéro de *Espace Populations Société*, des articles traitant de la migration des personnes âgées en Suède (Oberg et al., 1993), en Allemagne de l'Ouest (Kemper et al., 1993) ou encore en Italie, plus particulièrement dans la région de Milan. À chaque fois, la migration est analysée au regard des caractéristiques géographiques et démographiques du pays (répartition de la population, taux d'équipement des zones rurales et accessibilité...) ainsi que du contexte économique et social (par exemple, le taux d'activité et l'âge de départ à la retraite, le pourcentage de propriétaires).

La mobilité totale annuelle de l'ensemble de la population âgée (âge hélas non précisé) peut être mesurée et comparée d'un pays à l'autre à partir de

recensements ou de registres. Mais les définitions de mobilité ne sont pas toutes identiques d'un pays à l'autre, les mobilités multiples ne sont pas comptabilisées... Ainsi en 1988, elle serait de :

- là 2 % par an en Hongrie, en Italie, en Belgique, aux Pays Bas, en Pologne
- 3 à 4% en Allemagne de l'Ouest, en Grande Bretagne, en France (Cribier & Dieleman, 1993)

Les mouvements dans la durée ne semblent pas linéaires, puisque les auteurs notent des phases d'augmentation et des phases de repli :

- l'analyse des migrations des jeunes retraités parisiens de 55 à 75 ans en fin de période montre une forte augmentation des départs jusqu'en 1975, une stagnation entre 1975 et 1982, un recul entre 1982 et 1990 (Cribier, 1999)
- En Allemagne de l'ouest, le taux de migration international des plus de 50 ans a diminué entre 1970 et 1988, passant de 2,23 % pour les hommes à 1,15% et de 1,46% à 0,98% pour les femmes. La baisse est plus forte chez les 50-65 ans (Kemper, 1993).

Ces évolutions de taux ne doivent pas cacher l'importance quantitative du phénomène puisque du fait de l'accroissement du nombre de personnes âgées, une diminution du taux peut signifier un nombre égal ou supérieur de personnes concernées.

Ceci dit, le phénomène dans ses manifestations les plus récentes, à un moment où l'Europe constitue de plus en plus un espace de libre circulation, n'est pas bien connu. C'est sans doute son hétérogénéité, mais aussi sa relative dispersion (même si les régions du Sud attirent, le phénomène ne peut être réduit à l'attrait du soleil), qui sont sources de difficultés pour une mesure précise.

Les facteurs qui entrent en jeu dans les stratégies résidentielles des retraités

A la lecture des recherches qui se sont intéressées aux migrations de retraite, on peut caractériser le phénomène :

- selon la distance (locale, nationale, internationale)
- selon la motivation première (de plaisance, retour « au pays »).

Cette dernière motivation serait plus fréquente en France qu'en Angleterre ou aux Pays Bas (Hooimeijer et al., 1993). Ce serait le cas d'un tiers des migrations au départ de Paris et des grandes villes de province (Cribier, 1992)

On peut y ajouter les raisons familiales, mais il n'est pas évident de distinguer cette motivation de la précédente.

- selon la durée (permanente, saisonnière -très peu connue)
- selon le moment (à la prise de retraite, plus tard)
- selon la zone d'immigration (urbaine, rurale).

Rares sont les chercheurs qui ont tenté de décrire ces migrations en périodes historiques. Warnes (1993) l'a tenté pour la Grande Bretagne. Selon ses travaux, on peut déménager :

- face à un changement d'environnement désagréable, donc pour des raisons positives : on déménage pour être mieux (mais phénomène de peu d'ampleur)
- pour retrouver son pays natal. Ce serait historiquement la première phase de migration. Elle a eu lieu en Grande Bretagne avant la France car l'urbanisation s'y est développée plus tôt. Les mouvements de migration sont alors surtout un retour en zone rurale
- pour un lieu plus attractif, dans un environnement plus agréable, avec une bonne accessibilité (par exemple en train) et des logements libres. D'où concentration vers certaines zones (plus urbanisées que dans le cas précédent). Ces trois facteurs ont un poids selon la période et les conditions locales. Ce serait la deuxième phase des migrations.
- dans un contexte d'une diversification des lieux d'immigration, avec le développement de la voiture et de l'avion, donc même vers l'étranger : de Grande Bretagne vers la France (Lot, Dordogne...), du Canada vers la Floride, du Nord de l'Europe vers le bassin méditerranéen. Il s'agit de la troisième phase de migration.

Si on peut reconnaître des types de migrations historiques dont la fréquence est fonction du contexte local et national, les résultats de différentes études montrent également des profils de population différents selon la nature de la migration et des stratégies résidentielles différenciées.

Plus généralement, les chercheurs se sont attachés à faire l'inventaire des facteurs qui peuvent permettre de comprendre la diversité de ces stratégies résidentielles. Dans l'exposé de ces facteurs, nous devons faire une place à part aux recherches de Françoise Cribier et de son équipe, qui a exploité de manière très systématique les données de ses deux cohortes de retraités parisiens. Puis nous présenterons d'autres approches, issues d'autres univers géographiques.

Les travaux de l'équipe de Françoise Cribier⁶ sur deux cohortes de Parisiens retraités

A partir d'un objectif à l'origine relativement centré (décrire et analyser les conditions de logement de deux générations de retraités qui ont terminé leur vie professionnelle en région parisienne), cette équipe a produit une grande quantité de résultats sur de multiples aspects de la vie de ces retraités : logement en premier lieu, mais aussi revenus, professions, modes de vie, migrations, mortalité, genre, état de santé... Deux cohortes ont été constituées à partir de 1974 (et les survivants sont depuis suivis), avec l'aide des Caisses d'assurance vieillesse et des allocations familiales. Les échantillons sont représentatifs, nombreux (près de 2000 personnes pour la première cohorte), et l'avantage de suivre les deux cohortes est de pouvoir travailler à la fois sur les effets d'âge et de période. La première génération était entrée en retraite en 1972, la seconde en 1984. L'équipe a multiplié les méthodologies : documents administratifs, enquêtes par questionnaires, par entretiens au téléphone, par entretien en face à face.

Il s'agit d'une expérience de recherche exceptionnelle, dans le sens où les études longitudinales par cohortes sont très rares dans le champ des sciences sociales en France. Nous avons utilisé ici les résultats qui concernent les stratégies résidentielles des retraités. Ces résultats portent particulièrement sur les facteurs suivants :

– le rapport aux lieux : soit au lieu de départ, soit au lieu d'arrivée

Cribier (1994) s'intéresse ainsi aux motifs de départ de Paris. Dans les années 70, les enquêtés donnaient autant de raison de quitter Paris que de venir en province : en 1987, ils sont beaucoup plus nombreux à donner une raison de venir en province (cf Push and pull : ce qui a « poussé » les personnes à changer de résidence et ce qui les a « attirées » là où elles sont venues).

On quitte Paris beaucoup pour des questions de bruit, d'étroitesse du logement.

L'attachement à Paris est plus fréquent chez ceux qui restent. Mais « se détacher de Paris n'est il pas une bonne façon de se préparer au départ ? ».

Le retour au pays natal est un motif de départ mais pas si important que ça. En fait un retour au pays se fait de plus en plus s'il s'agit d'un pays attractif pour les non natifs. La dimension familiale des stratégies résidentielles compte : par exemple le tiers des migrants avait au moins une personne de leur famille dans la commune, la moitié à moins de 30 km : « beaucoup ont choisi un lieu qui convienne pour des vacances à leurs enfants et petits enfants ».

6. Pour une présentation plus complète des matériaux d'étude, se reporter par exemple à Cribier, (1990).

On va vivre ailleurs pour vivre autrement: avoir un jardin, pour le « bon air ».

Ces résultats sont ils généralisables à d'autres populations, non parisiennes, nées après? La question se pose beaucoup pour les « baby boomers » qui vont commencer à prendre la retraite dès 2005, avec une ampleur jamais connue. Or ce sont les générations des enfants et même petits enfants de ceux de la première cohorte (née en moyenne en 1910) qu'a étudié Françoise Cribier. Autant dire que leur comportement de ce point de vue est totalement inconnu.

– les caractéristiques du logement dans le choix de ne pas migrer

Ici les auteurs (Cribier et Duffau, 1994) s'intéressent à ceux qui sont restés : presque tous l'ont choisi à moins qu'ils ne soient restés pour raisons familiales ou de santé (et à l'exclusion des raisons financières).

Les plus de 70 ans habitent plus souvent en maison individuelle que les plus jeunes ménages. Mais le recensement prend comme base l'âge de la personne de référence, or 20% des plus âgés sont allés vivre chez un enfant et des retraités hébergent leur parent.

Les retraités sont plus nombreux à habiter les constructions plus anciennes, donc logement plus petit et moins confortable. Mais 16% des retraités habitent dans un logement neuf (même proportion que l'ensemble de la population). La taille des logements des jeunes retraités a cependant augmenté de 10% entre 1984 et 1988, le confort s'est aussi amélioré. Donc situation différente entre générations les plus anciennes et les retraités plus jeunes. Cependant des écarts très marqués selon la catégorie sociale et entre ceux qui vivent seuls depuis longtemps et les couples ou veufs récents.

La propriété s'est beaucoup développée ; les retraités plus jeunes sont plus souvent propriétaires. En moyenne les retraités propriétaires sont plus aisés que les locataires mais il existe en région parisienne un grand nombre de locataires aisés et même très aisés et des propriétaires aux revenus modestes. Les taux de propriété en France sont moins différents selon les classes sociales qu'en Grande Bretagne ou aux USA, mais on note de fortes différences entre couples et personnes seules (surtout des femmes).

Le confort des logements s'est amélioré mais on compte quasi autant de satisfaits que d'insatisfaits: les aspirations se sont élevées aussi vite que le confort. L'enquête de 1975 faite auprès des retraités de 1972 montre que la moitié est attachée à leur quartier et autant à la région parisienne; 12% n'aiment pas leur quartier et le quart n'aime pas Paris. L'attachement est peu lié à la catégorie sociale, mais l'est au fait d'être natif de Paris. Mais 40 % des natifs de Paris ne se sentaient pas parisiens. En 1984, plus fort attachement au quartier et à Paris. La grande majorité de ceux là désirent rester dans leur logement,

la moitié parce que le logement leur convient, la moitié pour rester près d'un enfant (davantage chez ceux qui sont en banlieue) et 28% par attachement au quartier (davantage chez ceux qui habitent au centre et dans les catégories plus aisées et chez les retraités de 1984). Les migrants de ce groupe sont davantage partis pour des raisons positives et non pour des raisons négatives

Ce qui progresse est non pas la migration de retraite mais les « turbulences saisonnières » ; en 1987, 30% des jeunes retraités vivaient au moins trois mois par an hors de la capitale

– le statut d'occupation

Les auteurs (Cribier et al., 1990) estiment que les statuts d'occupation sont à traiter en tenant compte des caractéristiques des logements. Le sens d'un statut dépend de la qualité, du type, de la localisation, de la satisfaction du logement, du sentiment de sécurité.

Les statuts d'occupation varient selon le genre, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, la catégorie sociale, le type de logement, le secteur de l'agglomération parisienne

– l'attrait de la campagne

Les chercheurs (Cribier, 1992) ont aussi travaillé la question du désir de campagne.

Le taux de départ des parisiens à la retraite est le double de celui des autres villes françaises. D'après les recensements généraux de la population, sur la période 1975-1982, le taux de départ des Parisiens retraités de moins de 68 ans (en 1975) est de 21% . On se dirige d'autant plus souvent vers le milieu rural qu'on est jeune.

Les partants sont de jeunes retraités, des couples (sauf dans le cas de retour au pays de femmes seules pour rejoindre un membre de la famille), sans enfant. Mais un quart des partants en milieu rural ont un enfant dans le même département.

Au départ de Paris, les comportements selon les classes sociales sont peu contrastés (mais les motivations et les conditions diffèrent tout de même : l'auteur précise que les moins aisés –femmes seules– et les plus aisés –double résidence – sont ceux qui partent le moins), ce qui n'est pas le cas des autres villes de province.

La moitié de ces migrants s'installent dans des communes rurales, les deux tiers dans l'espace rural dont 38% sont dans des lieux mal desservis et mal équipés. Près de la moitié de ceux qui s'installent en milieu rural y possédaient déjà une résidence secondaire, et le plus souvent il s'agit d'une maison avec jardin.

La génération retirée dans les années 70 à la campagne quittait Paris pour être mieux logée, témoignant de changements négatifs de la vie urbaine. Était plus fréquent aussi le retour au pays, alors que ceux des années 80 donnent surtout une raison positive à leur départ, souvent le désir de vivre ailleurs et autrement leur retraite, comme nouvelle vie. Le lieu de migration est le plus souvent connu, du moins apprécié, sans que ce soit un retour au pays.

Dans les deux générations, près de 40% ont de la famille à moins de 30 km du lieu d'installation.

Le lieu de migration donne de nouvelles formes de sociabilité. On insiste par exemple sur l'importance accordée à la « gentillesse » des gens du pays (pour la louer ou déplorer son absence). Mais les affinités se font surtout avec des personnes du même âge, particulièrement si ce sont des parisiens et de même milieu social.

La majorité se dit satisfaite de cette installation à la campagne. Certains sont partis plus tard dans une petite ou moyenne ville. D'autres ont renoncé à une installation permanente à la campagne au profit d'une double résidence

– l'histoire sociale et matrimoniale

L'auteure (Cribier, 1994) relève ce qui dans l'histoire matrimoniale (et ses caractéristiques sociales) intervient dans la décision de migrer :

- le statut matrimonial : les mariés ont davantage que les personnes seules (veuves ou célibataires) quitté Paris
- le nombre d'enfants ; moins on en a, plus on part (et surtout si l'on est marié). Mais le fait d'avoir un enfant en province favorise le départ
- ceux et celles qui sont né-e-s en province (plus nombreux et nombreuses dans la première cohorte que les natifs et natives de Paris) sont plus migrant-e-s (retour au pays). Les retours sont plus nombreux si les deux membres du couples sont nés en province ; plus nombreux aussi si c'est la femme et non l'homme
- niveau social et localisation de l'habitat en ville se combinent : les cadres de banlieue partent plus que ceux du centre de Paris (3 sur 5 ont une double résidence), c'est l'inverse pour les ouvriers (en banlieue, jardin et atelier leur procurent un autre mode de vie à la retraite)
- même taux de départ pour un habitat en pavillon ou en appartement. Mais plus de couples en pavillon et de célibataires en appartement.

Peu de différence aussi entre locataires et propriétaires mais les propriétaires d'appartement partent plus que les propriétaires de pavillons : les locataires de HLM partent moins que les autres locataires. Les partants sont plus souvent propriétaires d'une résidence en province, achetée justement pour s'y retirer ;

et les propriétaires d'une résidence secondaire seulement sont plus nombreux à partir.

Le taux de départ est peu lié à la taille du logement mais à son confort, par exemple l'absence de salle de bains. C'est le cas en particulier de couples en situation sociale médiane mal logés, où le départ en province leur permettra d'être mieux logés que jamais.

Le passage de la propriété à Paris à la location en province est moins rare dans la seconde cohorte que dans la première. On y relève aussi de nouvelles pratiques, comme migrer à la retraite avant le grand âge, sans avoir forcément l'idée de finir ses jours dans ce nouveau lieu.

– la nécessité de négocier avec l'entourage

On retiendra ici que les auteurs (Cribier et al, 1990) prennent en compte les interactions avec l'entourage, en plaçant la discussion sur le registre de la négociation nécessaire, au moment où les difficultés liées aux handicaps amoindri la capacité des personnes âgées à gérer leur vie : « l'analyse des stratégies résidentielles de gens âgés aujourd'hui de 75 à 80 ans, permet de poser le problème de l'autonomie des conduites et de stratégies d'habitat des gens âgés. Pour ces derniers il est important de continuer à gérer leur vie, mais ces décisions doivent de plus en plus être négociées avec les institutions, avec les enfants qui sont en train de prendre le pouvoir dans et sur la vie de leurs parents. Et que meilleure est leur position sociale, plus longtemps ils garderont l'autonomie, s'ils la souhaitent ».

Autres recherches dans d'autres cadres géographiques

– Retraités nouveaux arrivants en Bretagne

Guichard-Claudic (2001) a interrogé 24 retraités nouveaux arrivants (apparemment seulement des couples) dans une commune rurale de Bretagne (département du Finistère, territoire à forte identité culturelle qui passe pour retenir ses habitants à la retraite mais aussi en attirer de nouveaux).

A partir du constat général que les jeunes retraités de 55-65 ans déménagent plus souvent que les autres catégories de population vers une commune rurale (entre 1982 et 1990, 14% de ces retraités ont quitté un pôle urbain pour une commune rurale ou périurbaine), l'auteur fait l'hypothèse que des formes de recomposition identitaire sont engagées lors de ces migrations de retraite, car s'installer dans une commune rurale constitue un tournant autant (voire plus) marqué que le passage à la retraite lui-même.

Le déménagement est motivé par un désir de changer de vie, les vertus de la ruralité sont louées par les interviewés. Mais l'auteur retient des formes diversifiées d'arrivée en Bretagne :

- 4 n'avaient aucune attache familiale dans la région mais y ont passé des vacances
- pour 8, il s'agit de l'installation dans la commune natale d'un des deux conjoints après avoir résidé à quelques dizaines de km pendant leur vie active
- pour 12, il s'agit aussi de l'installation dans la commune natale d'un des deux conjoints mais après une vie active passée dans une autre région voire à l'étranger.

Des événements ont pu être déterminants dans la décision :

- soit un événement dans la biographie, extérieur à la volonté de l'individu, qui le conduit à un choix qui n'était pas vraiment fixé auparavant (retraite anticipée, vieillissement d'un parent, héritage...). Ces événements respectent la continuité des trajectoires individuelles, ils créent les conditions d'un cheminement ultérieur
- soit événement biographique qui marque une rupture dans la trajectoire (accident, maladie, décès d'un enfant...), le déménagement est alors le désir de tourner la page et de reconstruire une nouvelle vie.

Ces migrants peuvent se distinguer selon des sociabilités et des formes d'inscription locale différenciées :

- les personnes de catégories plus populaires reviennent dans l'idée de renouer des liens avec la famille ou les amis restés au pays
- certains hommes s'investissent alors dans la famille où ils ont été absents pendant leur activité professionnelle (marin, militaire)
- pour d'autres, déménager signifie prendre de la distance avec la parenté, plus « voulue » avec les ascendants qu'avec les descendants
- peu engagés généralement dans les clubs 3^{ème} âge, contrairement aux retraités locaux, préférant une activité ciblée dans un organisme de leur choix, les cadres et les professions intermédiaires s'investissent moins dans des activités locales
- des difficultés du « retour au pays » particulières pour le conjoint non originaire. En effet, l'insertion locale demande un certain volontarisme et des écarts peuvent surgir entre l'imaginaire du retour et la réalité. Mais la déception est rarement exprimée dans les entretiens.

– Mobilité résidentielle de retraite dans le grand Londres (Warnes et Ford, 1994)

Il s'agit des résultats d'une enquête consacrée à la mobilité résidentielle des plus de 60 ans dans l'Angleterre du Sud Est. 1912 personnes ont été interrogées par voie postale en 1993 sur leur histoire résidentielle depuis l'âge de 60 ans. Puis des entretiens en face à face ont été réalisés :

- 3 principaux domaines sur lesquels ces retraités souhaitent une amélioration, qui apparaissent comme causes de mécontentement : le coût d'entretien du logement, le travail donné par le jardin (facteurs physiques du logement), le risque de cambriolage. Ceci dit, 31% disent ne rien avoir à améliorer,
- motifs de déménagement dans les 5 ans passés et après 60 ans : pour moins de 10% le déménagement est principalement lié à la localisation du logement.

Les données ont été analysées en découpant la zone d'enquête en 4 parties. Chaque zone montre des insatisfactions spécifiques. Partage entre qualité de l'environnement et vie sociale.

Les entretiens montrent qu'il y a processus d'adaptation à la vieillesse. Par exemple déménager pour réduire ses efforts à entretenir une grande maison sur plusieurs niveaux ou avec un jardin.

Selon une analyse en push and pull :

- on quitte des zones à forte densité de population pour des questions de bruit, de circulation voire de criminalité
- on va vers des zones à environnement attractif (comme le littoral) ou pour se rapprocher de la famille

En fait l'analyse de la prise de décision est complexe, et il est difficile de comprendre les aspirations des individus. Par exemple, certaines raisons données pour avoir déménagé le sont aussi pour être resté sur place. Ceux qui restent parlent d'attachement à leur maison.

Dans une autre enquête menée en 1987 sur les migrations de retour des plus âgés vers le centre de Londres, les auteurs ont constaté que la distance de déplacement diminue avec l'âge et la stabilité résidentielle augmente avec l'âge. En fait, très peu de retour vers le « Grand Londres ».

– Les trajectoires résidentielles des aînés en banlieue de Québec (Lord, 2004)

Avant de présenter les résultats de son étude l'auteur évoque quelques données concernant d'autres pays. Selon Sheenan et Karasik (1995) les personnes seules déménagent davantage en invoquant des raisons de sécurité, de solitude et d'indépendance face à leur famille. Ceux qui ne prennent pas de décision de déménager sont les moins en bonne santé et les moins scolarisés (question de revenus aussi) (Wagnild 2001). Une enquête en Allemagne auprès des plus de 50 ans (40%

ayant plus de 60 ans) indique que les motifs de déménagement sont liés à l'environnement physique (comme la taille du logis), l'état de santé, l'environnement social. Mais, semble-t-il, pas par anticipation de problèmes liés au vieillissement

Pour appréhender les aspirations de résidence, il est important de considérer la personnalité de l'individu, son contexte social et sociétal (Davidson & al, 1993, Lawton 1998, Robison and Moen 2000, Wiseman, 1980). Selon une enquête de l'AARP (American Association of Retired Persons), 27% de plus de 55 ans ne considèrent pas leur maison actuelle comme celle de leurs vieux jours. Mais un tiers de ceux là a des plans de déménagement pour le futur. Car cet attachement au logis et au quartier est une vision d'adaptation à l'environnement en fonction des besoins. Généralement, les aînés souhaitent vieillir chez eux; les études montrent que l'on déménage quand on est obligé, particulièrement face à des problèmes de santé.

L'étude de Lord est constituée par la ré-exploitation d'une enquête sur l'habitat en banlieue: les entretiens de 56 personnes de plus de 65 ans habitant la première couronne de banlieue de l'agglomération de Québec ont été analysés. Les répondants se disent plus attachés à leur maison qu'à leur quartier mais plus à leur quartier qu'à l'agglomération. Leurs réponses montrent un souci de s'adapter, de « faire avec » leur maison et leur quartier le plus longtemps possible, les problèmes de santé à venir sont écartés. Un éventuel déménagement viserait plutôt à rester en banlieue qu'à aller au centre ville. La cohabitation familiale ou non ou quasi-cohabitation (ajout d'un logement indépendant) apparaît une solution à envisager.

L'auteur analyse la signification du « chez soi » selon 7 axes : milieu sécuritaire, espace familial, attachement et mémoire, lieu de vie d'activités quotidiennes, relation avec famille et proches, espace de mobilité. Il dresse un tableau sur les options possibles qui conduisent à rester ou à déménager.

Arguments en faveur de « rester » :

- Maison actuelle avec ou sans modification
- Cohabitation sans modification
- Cohabitation avec modification comme l'ajout d'un pavillon dans le jardin
- Prestation de services à domicile

Arguments en faveur de « déménager » :

- Cohabitation dans une autre maison
- Logement social
- Logements regroupés sécurisés
- Résidences pour aînés, avec ou sans services, médicalisées ou non

Le déménagement s'effectue de préférence dans le même quartier, et, s'il se fait dans une banlieue, pour une autre banlieue; la stabilité et la sécurité (subjective) sont les arguments principaux.

La perte d'autonomie fonctionnelle, les revenus limités, l'insécurité physique, l'entretien trop lourd de la maison, un changement dans la structure familiale, la perte de la mobilité véhiculaire sont des facteurs pouvant influencer un aîné à quitter sa maison.

– La trajectoire résidentielle des 45 – 64 ans dans les RMR⁷ (région métropolitaine de recensement) de Montréal et Québec.

L'étude a été menée auprès de 1272 personnes interrogées par téléphone en 2001. En voici les principaux résultats :

- Un ménage sur cinq a déménagé au cours des cinq dernières années. Les copropriétaires et les locataires ont eu tendance à se déplacer davantage que les propriétaires uniques. Les raisons de cette mobilité résidentielle ne sont pas liées à des phénomènes de société, tels le retour au centre-ville. Ce sont d'autres motifs qui ont justifié les déménagements : recherche de confort, amélioration des conditions de vie, modification des besoins, etc.
- Un ménage sur quatre a sérieusement l'intention de déménager au cours des cinq à dix prochaines années. Les locataires prévoient d'être plus mobiles que les propriétaires. De plus, parmi les propriétaires, ceux ayant un revenu élevé seront plus mobiles. Il est toutefois possible que cette proportion soit sous-estimée, puisque des événements qui ne sont pas encore survenus, comme par exemple une séparation, un décès ou une perte d'emploi pourraient motiver un futur déménagement. Les résultats de l'étude révèlent que, parmi les ménages qui ont l'intention de déménager, un sur quatre souhaite modifier son mode d'occupation.
- Le marché des résidences secondaires est un marché qui prendra de l'expansion au cours des prochaines années. Selon le sondage, un peu plus de 10 % des ménages âgés de 45 à 64 ans (13 % à Montréal et 11 % à Québec) possèdent actuellement une résidence secondaire et une proportion toute aussi importante (12 % à Montréal et 10 % à Québec) a l'intention d'en acquérir une d'ici les cinq prochaines années⁸.

7. SCHL (Société Canadienne d'Hypothèque et de logement, Québec
http://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/region_fr/quebec/quebec_006.cfm

8. Pour comparer avec la France : Selon les données de l'INSEE, en 1984, le tiers des retraités parisiens possède une maison secondaire, et un ménage sur 5 possède et le logement qu'il habite et une maison secondaire (Cribier, 1994).

– Quant à la possibilité d’aller habiter sa résidence secondaire sur une base permanente elle est relativement élevée. Un peu plus du tiers des répondants (38 % à Montréal et 34 % à Québec) envisage cette option. L’étude, à caractère « marketing » évident, estime que le marché des résidences secondaires offre donc des possibilités intéressantes pour le marché de la rénovation. En effet, des travaux devront être entrepris pour transformer ces maisons afin de les rendre habitables à l’année.

Vu l’engouement pour les régions de villégiature, il y aura un regain d’activité sur le marché des résidences secondaires dans ces régions et même la possibilité de proposer des concepts d’habitation particuliers et personnalisés dans des secteurs tranquilles, situés près de la nature.

De plus, le changement de mode d’occupation des propriétaires permettra la mise en marché d’ensembles d’habitation (copropriétés ou logements locatifs) adaptés aux goûts précis de la clientèle des 45-64 ans.

Les stratégies résidentielles, une histoire de famille

Nous avons, dans cette partie, fait le choix d’évoquer les recherches où la question de l’entourage familial des personnes âgées dans les stratégies résidentielles de ces personnes a été abordée. Une première entrée concerne la proximité géographique : les enquêtes montrent que malgré l’importance des mobilités dans nos sociétés une très grande part des plus âgés ont des proches familiaux à proximité de leur habitat. La seconde entrée est celle de la cohabitation : si la tendance est nette d’une progressive dé-cohabitation entre les générations, même dans les régions les plus cohabitantes, sont relevés des phénomènes de quasi-cohabitation ou de re-cohabitation, spécifiquement dans les cas de soutien à un parent handicapé.

La proximité géographique

Selon Claudine Attias-Donfut (1995), parents et enfants adultes habitent majoritairement à proximité : dans l’enquête CNAVTS de 1992, auprès de 1958 personnes de la génération pivot, 49% des parents âgés ont un enfant à moins d’un km et 90% à moins de 50 km (rappelons qu’il s’agit, selon la définition de l’enquête, de personnes ayant des enfants).

31% des binômes parents âgés/enfants adultes habitent dans la même commune, 66,6% dans le même département.

Dans une enquête menée auprès de 2884 personnes de 75 ans et plus dans le sud ouest de la France, (Aptel et al 1997), parmi les 86% ayant des enfants, 3 sur 4 ont un enfant à moins de 10 km.

Pour Françoise Cribier (1992) dans son étude auprès des retraités parisiens, 63% vivent à moins d'une demi heure d'un enfant : ce pourcentage reste à 31% pour ceux qui se sont installés en province.

En Belgique, dans une étude du début des années 90, réalisée auprès de 4500 ménages (soit 8000 personnes), plus de 50% des enfants vivent à moins de 10 km de leurs parents. Ce pourcentage est plus important chez les ouvriers, petits commerçants, profession de la santé, du social et de l'enseignement que chez les cadres, professions libérales et chefs d'entreprise (Bawin-Légros et al, 1995).

Le résumé de 5 entretiens de parisiens nés au début des années 20 et qui ont changé de logement dans la région parisienne vers 70 ans montre que s'y jouent des stratégies d'adaptation, chaque logement a ses avantages et ses inconvénients avec lesquels il faut faire, mais aussi le rôle de la famille, avec la proximité ou le rapprochement de membres ou encore des séjours prolongés en famille hors Paris (Cribier et Duffau, 1994).

La cohabitation

Françoise Cribier dans un travail sur la cohabitation à la retraite effectué à partir des données du recensement de 1982 (Cribier, 1992) montre que près du quart des retraités (10 millions de personnes) en France vivent avec quelqu'un qui n'est ni le conjoint ni un enfant de moins de 25 ans soit plus que le nombre de retraités vivant en institution. De plus, le recensement sous estime la cohabitation car il ne tient pas compte des quasi cohabitations ni des cohabitations temporaires ou saisonnières. Il ne dit pas non plus qui est chez qui, ni l'ancienneté. Selon des données du recensement de population de 1990, il y aurait un net gradient Nord/Sud en France en matière de cohabitation intergénérationnelle, qui serait un fait essentiellement rural (et d'ailleurs le Gers, département du Sud Ouest aurait un des plus fort taux avec 13%) (Petibon, 1994).

Des recherches menées dans le sud ouest français (Drulhe et Clément, 1992, Clément et Drulhe 1992), montraient au début des années 90 les limites de la cohabitation intergénérationnelle même en milieu rural : si la cohabitation était très liée au mode de transmission d'un patrimoine d'exploitation, on pouvait voir dans l'évolution économique, dans les changements dans les rapports de genre, dans les nouvelles formes de solidarité, des facteurs tendant à réduire l'habitat sous le même toit des vieux parents et de leurs enfants adultes. Même si récemment la cohabitation des 75 ans et plus se maintient à un haut niveau (25,7% en région Midi-Pyrénées en 1999), la chute d'un recensement à l'autre est importante : en 1990, ils étaient, toujours dans cette région, 34,5% à cohabiter (CRAM, 2002).

Il y a recul général de la cohabitation depuis le milieu du XX^{ème} siècle (en France, en Angleterre, en Suède par exemple en lien avec le développement des « Welfare States ») et augmentation des personnes de plus de 60 ans vivant seules. Mais une bonne part des résidences communes d’hier n’étaient-elles pas des cohabitations forcées, liées à la faiblesse des ressources ou à un mauvais état de santé et au travail agricole intergénérationnel ?

Françoise Cribier (1992) fait l’inventaire des variables qui rendent compte de la cohabitation :

- elle augmente avec l’âge après 85 ans pour les hommes, après 80 ans pour les femmes
- pour les femmes : en couple jusqu’à 70 ans, seules entre 70 et 87, cohabitation après.
- elle est au maximum à 55 ans quand les retraités hébergent encore un enfant de plus de 25 ans ou quand ils reçoivent un parent âgé ; le minimum est à 70 ans
- les couples retraités cohabitent moins que les non mariés à tout âge
- des célibataires non mariés peuvent cohabiter (deux sœurs, avec parents, des ami-e-s...)
- du côté des non retraités, les hommes non mariés sans enfant cohabitent plus : vrai en France, aux USA, en Suède depuis longtemps.

La configurations des ménages avec cohabitation se définissent ainsi :

- 84% des cohabitations entre ascendants et descendants, les petits enfants présents dans 30% des cas
- 19% entre retraités non conjoints
- 58% réunissent deux générations, 25% trois générations, 16% une génération
- 48% des retraités cohabitant avec un enfant vivent avec un fils contre 28% une fille non mariée et 24% un enfant marié (le plus souvent une fille)

La cohabitation est aussi dépendante du milieu social :

- les retraités les plus instruits cohabitent moins, mais plus souvent en couple, ou non mariés en cohabitation ; différence aussi selon la catégorie de métier mais moindre que selon le niveau d’instruction
- seule la cohabitation entre deux générations de retraités est moindre en milieu modeste (retraité avec un ou des parents)
- les retraités nés hors de France de nationalité française, cohabitent plus, et les retraités « étrangers » cohabitent encore plus

La cohabitation a un lien avec le type d'habitat :

- elle est fonction de la taille du logement (même s'il existe des cohabitations dans de petits logements), plus fréquente en maison, en propriété
- elle varie en fonction de la localisation en zone urbaine et surtout d'une région à l'autre. Mais si l'on cohabite plus à la campagne qu'en ville, à taille égale de logement on cohabite un peu plus dans les grandes villes

En conclusion de cette étude : la solidarité familiale (ici mesurée par la cohabitation) joue en faveur des retraités surtout aux grands âges ; la cohabitation intervient dans un système d'échanges. Elle est un mode de vie que les générations successives vivent de manière différente.

La cohabitation intergénérationnelle n'a pas disparu. Dans une enquête menée à Québec dans les banlieues pavillonnaires, c'est près d'une personne sur 4 rencontrées qui cohabite actuellement ou qui a cohabité avec son parent à un moment de sa vie. On peut croire que la cohabitation va se maintenir, un nombre significatif de parents se disant prêt (1 sur 10) à envisager une forme de proximité qui laisse une part d'autonomie réciproque, comme un logement attaché à la maison (Fortin et al, 2002). Dans l'enquête de Sébastien Lord citée plus haut (Lord, 2004) : 12 sur 56 ménages cohabitent aujourd'hui (enfants de plus de 25 ans, frère et sœur) ; 8 ont cohabité dans le passé ; 3 l'envisagent ; 12 vivent seules contre 38 en couple. Selon les études, 2 ou 4% des aînés opteraient pour une cohabitation, familiale ou non ; mais 40% des québécois d'une étude seraient favorables à une quasi-cohabitation.

La quasi-cohabitation

Les aspirations à une quasi cohabitation intergénérationnelle font émerger des modes d'habiter nouveaux, ainsi les « appartements accessoires » au Québec où la Société Canadienne d'Hypothèques et du Logement a financé une recherche sur cette question dont le but énoncé est de fournir de l'information pour des politiques publiques visant la cohabitation et déterminer dans quelle mesure les règlements municipaux influent sur les stratégies des ménages en la matière.

La revue de littérature montre qu'il y a des bienfaits possibles de la cohabitation intergénérationnelle, qui bénéficie d'une attention croissante des politiques et du grand public mais on manque de compréhension de la dynamique des familles cohabitantes.

L'enquête auprès de familles ayant opté pour une telle solution indique :

- qu'il y a toujours une contre partie financière, presque toujours sous forme du versement d'un loyer des occupants du logement accessoire au propriétaire
- que les motivations sont diverses : économiques, santé, confort, liens affectifs
- que le projet de cohabitation se déroule en plusieurs étapes, parfois sur plusieurs années. Parfois elle était vue comme une possibilité lointaine sans penser vraiment qu'elle devienne réalité, mais événement déclencheur (maladie, veuvage...)
- que les avantages perçus par les ménages sont la sécurité (surveillance de la maison pour le jeune ménage, présence pour le vieux ménage), les intérêts financiers, le gain de sociabilité (liens grands parents/petits enfants), l'amélioration de la vie quotidienne (échanges de services), un meilleur entretien de la maison et plus d'espace pour les ménages, et pour certains une amélioration de l'état de santé du fait de la satisfaction des conditions de vie
- que l'inconvénient principal est la perte d'intimité, d'où la nécessité de définir des règles d'usage de l'espace et de la place de chacun.

Du côté des pouvoirs publics, les avantages sont le rajeunissement des banlieues, la densification de la population et la préservation du parc de logement ; alors que les inconvénients perçus sont une demande accrue de services et la densification de la circulation automobile.

En conclusion, les auteurs indiquent que la cohabitation intergénérationnelle n'est pas la « panacée » mais c'est une solution pour un mode de vie intéressant et financièrement avantageux. Les restrictions réglementaires d'urbanisme sont aujourd'hui des entraves à ce mode de vie, ainsi que l'absence de subvention pour aider les ménages à financer la construction du logement accessoire.

Co-résidence et re-cohabitation

Cette différenciation montre qu'elle est pertinente et soulève des questions à travailler (Attias Donfut, 1994).

Constat : entre les Recensements de 1962 et 1990, baisse régulière de la cohabitation des personnes âgées (toutefois on n'a pas de données sur la durée de cohabitation dans ces recensements). Existence aussi du phénomène de quasi cohabitation ou intimité à proximité « aux frontières de la cohabitation, entre intimité partagée et intimité à distance ».

Objectifs de l'analyse de l'auteur : étudier les familles cohabitantes de toujours et familles re-cohabitantes.

Ces deux populations sont bien différentes, avec un fort clivage social. Ce sont les fils surtout célibataires qui restent toujours avec leurs parents et les filles qui recohabitent, surtout mariées sinon veuves ou divorcées. Ce fils ou cette fille est plus souvent le dernier de la fratrie. Les parents en couple sont plus nombreux dans les co-résidents de toujours. La perte du conjoint apparaît un élément de re-cohabitation, ainsi que la dépendance et sa durée. La cohabitation de toujours est très fréquente chez les agriculteurs; il y a immobilité sociale intergénérationnelle fréquente avec l'enfant cohabitant, alors que chez les re-cohabitants il y a ascension sociale des enfants. Les raisons données à la cohabitation: quand un parent est hébergé par un enfant, il évoque un problème qui lui est propre et quand il héberge un enfant il évoque des raisons liées à l'enfant. Les cohabitants de toujours sont plus nombreux à exprimer un « désir de vivre ensemble ». Importance des transferts de propriétés: 29% des parents hébergés ont fait des donations contre 11% de ceux qui hébergent un enfant. Et 42% des enfants cohabitants de toujours hébergés par leur parent sont bénéficiaires de donations contre 20% des enfants qui ont accueilli leur parent chez eux.

Conclusion: cohabitation et re-cohabitation relèvent de solidarités réciproques. La re-cohabitation vient en retour d'une mobilité sociale ascendante, les parents bénéficiant ainsi d'une amélioration de leurs conditions matérielles, sociales voire culturelles. La cohabitation de toujours est prioritairement économique, mais aussi bidirectionnelle: l'enfant cohabitant reçoit donation du logement en échange du soutien à ses vieux parents.

Mais quels que soient les enjeux économiques et relationnels de la cohabitation? Celle-ci garde une inscription historique, non seulement dans la ligne de l'histoire familiale mais aussi dans la longue durée des pratiques et mentalités régionales dont la dynamique reste à découvrir.

Cette étude, qui repose sur des données maintenant anciennes, mériterait d'être renouvelée au regard des changements dans les trajectoires matrimoniales (les effets des divorces) et à celui des difficultés économiques rencontrées par les jeunes générations.

Le cas des migrations internationales

La migration n'est pas un fait strictement individuel. La famille est le lieu où se prend le plus souvent la décision de migrer. Si l'on se réfère à Fibbi et Bolzman (2002), la famille en migration a cependant donné lieu à peu d'étude en Suisse. Il existe des lacunes dans les connaissances concernant les relations entre vie de famille, caractéristiques de la migration et processus d'intégration. Les relations intergénérationnelles se maintiennent bien étroites, mais il y a apparemment contradiction entre la disponibilité proclamée à assumer la prise

en charge d'un parent vieillissant et le faible taux de personnes âgées immigrées habitant chez leurs enfants.

En France, une enquête a été réalisée (Attias-Donfut, 2004) en 2003 auprès de 6211 immigrés âgés de 50 à 70 ans, par questionnaire, au domicile, centrée sur le vieillissement et le passage à la retraite : 5% des immigrés de plus de 60 ans en France sont arrivés après 50 ans. Surtout d'Europe du Nord, en couple, catégories sociales élevées, niveau d'éducation supérieur.

C'est une pratique ancienne et en augmentation en particulier de la part des Britanniques : ainsi en 1997, 763 000 citoyens britanniques reçoivent leur pension de retraite « outre mer », contre 63 396 retraités français en 2002 résidant hors de France.

Les retraités comptent un nombre relatif plus important parmi ceux qui ont rompu tout lien avec leur pays d'origine : en fait, on doit noter un effet de sélection puisque les retraités sont par définition ceux qui ont choisi de finir leurs jours en France. Mais si on ne regarde que ceux qui ont gardé un lien avec leur pays d'origine, les retraités sont plus nombreux à y retourner plusieurs fois dans l'année et à y faire de longs séjours.

La fréquence et la durée de séjour varient beaucoup selon les pays. La transmigration est très courante chez les Européens du Nord et frontaliers et est très minoritaire chez les Asiatiques et les Africains du sud du Sahara.

La retraite accentue la transmigration vers l'Afrique du nord et subsaharienne et vers l'Orient (dont la Turquie), c'est à dire pour les pays où elle est moins pratiquée pendant la vie active.

Pour conclure, l'auteure souligne que les nouveaux profils migratoires sont caractérisés par des migrations tardives (dont migrations de retraite), l'augmentation de celles-ci tend à accentuer le phénomène de transmigration. Ces migrations tardives vont augmenter le vieillissement de la population ; le recours à l'immigration ne peut donc pas être un moyen d'inverser la tendance au vieillissement des sociétés européennes (Léridon, 2000).

À propos des stratégies résidentielles, il semble opportun de développer des travaux de recherche concernant :

- les facteurs attractifs et répulsifs de déménagement (analyse en « push and pull ») en fonction des pays et des populations de manière à faire la part de l'impact des structures sociales et spatiales. Cela peut passer par l'étude des facteurs de mobilité ou d'immobilité, en tenant compte d'un ensemble de variables individuelles
- les composantes des différents types de migration : locale/nationale/internationale ; saisonnière/permanente

- les conséquences selon que ces migrations sont dirigées vers des zones rurales ou urbaines
- une approche en terme de « life course » permet une approche dynamique en terme d'expériences individuelles tant sur le plan de la trajectoire résidentielle que de la trajectoire sociale
- le poids de la variabilité historique au niveau des conduites des générations et du contexte socio-politique
- des comparaisons internationales, d'autant que certains pays sont apparemment démunis de données
- le rôle de la famille (dans les décisions de migration, en matière de cohabitation – re-cohabitation et quasi cohabitation)
- la situation des personnes seules (femmes ou hommes) versus les couples compte tenu de la complexité du phénomène et du nombre de variables intervenants

L'étude des migrations à la vieillesse demande des travaux aussi bien quantitatifs (traitement de données nationales de type recensement de la population, suivi de cohortes) que qualitatifs.

Discussion

Cette entrée par les trajectoires résidentielles renvoie à un champ de recherche assez homogène. En effet, les principales productions recensées relèvent des sciences sociales : ainsi la figure qui se dégage en premier lieu est bien celle de « l'acteur rationnel ». Les chercheurs ont essayé de comprendre les logiques qui guidaient ces stratégies résidentielles, alors que le « dépendant » ou le « senior » ont des places beaucoup plus discrètes : en matière de choix d'habitat, le champ de la médecine ou celui du marketing ne semble pas avoir eu l'ambition d'intervenir dans le cours des trajectoires.

Pourtant, à poursuivre l'analyse, on s'aperçoit que les travaux se distinguent selon deux autres figures qui apparaissent comme des objets bien différents : d'une part, l'essentiel des études sur les stratégies résidentielles portent sur les retraités plutôt jeunes, en début de carrière de retraité pourrait-on dire. D'autre part, une des entrées majeures s'est réalisée selon la thématique de la cohabitation, et là, c'est plutôt la figure de la personne âgée qui émerge.

Ces deux directions de recherche, même si parfois certains chercheur-e-s, telle Françoise Cribier, ont mené les deux de front, ont leur propre logique.

C'est au cours des premières années de la décennie 90 que les résultats principaux sur les changements de résidence des « retraités » ont été publiés. C'est bien souvent sous ce vocable de « retraités » que les personnes étudiées ont été présen-

tées, même si parfois (à l'étranger surtout) d'autres expressions comme «elderly» ont pu être utilisées. C'est que les retraités sont apparus à l'époque comme une population digne d'un nouvel intérêt : le constat d'une progression importante de la longévité a fait entrevoir une période de la vie nouvelle qui s'intercale entre la cessation d'activité professionnelle et les ennuis du grand âge (Gaullier, 1988, venait de publier son ouvrage sur « la seconde carrière »). L'amélioration du niveau de vie des retraités se faisait sentir en matière de consommation, de confort de logement, etc. Le comportement de ces « nouveaux » retraités, dont certains travaux dès les années 80 avaient montré qu'ils pouvaient évoluer fortement d'une génération à l'autre (Cribier, 1984) méritaient l'investigation sociologique.

Depuis, l'intérêt semble avoir nettement décliné, particulièrement sur le comportement des retraités en matière de stratégie résidentielle. Il faut peut-être en chercher la raison à la fois sur le plan des données disponibles, et sur celui des résultats des recherches elles-mêmes.

Au moins en France, la thématique a bénéficié des données d'une cohorte exceptionnelle (plutôt d'une double cohorte) dans la recherche française, celle qu'a constitué et analysé sans relâche Françoise Cribier et son équipe. Les effets d'une telle méthodologie sont remarquables : le suivi longitudinal peut répondre à des questions qu'aucune autre méthode ne permet. La pérennité de la population étudiée stabilise les chercheurs et évite de constituer sans cesse de nouveaux échantillons. En analysant selon de multiples dimensions ses cohortes, Françoise Cribier a pu rassembler autour d'elle (à l'occasion de numéros de revues centrés) des chercheurs étrangers travaillant dans le même champ. Mais ces cohortes vieillissaient : les retraités sont devenus « personnes âgées ». Ceux et celles qui étaient nés autour de 1910 et 1922, lorsqu'ils et elles ont survécu, ont connu les problèmes de santé et de handicap qui ont mobilisé les chercheurs sur ces questions. Et aucune autre cohorte de ce type n'a vu le jour.

Mais ce sont aussi les résultats de ces recherches qui ont peut-être découragé des investigations nouvelles. En effet, on aurait pu s'attendre à une plus grande mobilité des nouvelles générations de retraités. Or, au moins dans ces années 90, le phénomène n'a pas été marqué par une progression spectaculaire. Les recherches, en analysant les motivations de départ, ont en fait montré que les logiques qui animaient les retraités migrants dépendaient beaucoup plus d'eux mêmes que de facteurs environnementaux : l'économie de l'offre apparaît avoir peu de prise sur des personnes qui reviennent « au pays », ou dans un lieu connu depuis longtemps, ou pour des raisons familiales. Le poids du passé de ces retraités parle davantage, au moment du choix de résidence, que le désir de changer sa vie. Au fur et à mesure que la qualité de leur logement d'actif progressait, la raison de changer pour un meilleur logement au

moment de la retraite tombait aussi... L'installation à la campagne est souvent temporaire, et la migration saisonnière ne signifie pas forcément installation définitive à la retraite. De plus, quasiment aucun résultat de recherche ne montrait une anticipation des problèmes du vieillissement. Au contraire, certaines données indiquaient que la migration de retraite ne devait pas être confondue avec l'arrivée dans ce qui serait le logement de la vieillesse. Les chercheurs qui ont voulu centrer leur investigation sur les changements identitaires qui pourraient intervenir au début de la retraite constatent la force de la continuité identitaire, si bien que l'on doit plutôt parler en termes de « transitions » identitaires (Caradec, 2004), que de véritables changements. Par contre, si une nouvelle préoccupation semble émerger aujourd'hui, c'est plutôt celle des migrations du grand âge, vers les pôles de service qui peuvent assurer la sécurité sanitaire...

L'autre entrée, celle de la cohabitation, a davantage connu de permanence dans l'intérêt des chercheurs. Si dans un premier temps, la cohabitation est apparue comme un phénomène de quasi survivance d'un mode de vie ancien, dont on mesurait la progressive décroissance, elle a fait ensuite l'objet d'intérêt de la part de la recherche sur l'aide à la vieillesse handicapée. Le point de jonction des deux entrées est celui qui introduit les liens familiaux. L'entrée par les stratégies résidentielles des retraités mettait l'accent sur le rôle de la famille (logiques de couples dans le retour au pays, rapprochement avec des enfants...) celle qui privilégie la question de la cohabitation insiste sur les rapports d'entraide intrafamiliale. Il s'agit d'analyser les formes de proximité d'habitat qui permettent que les plus jeunes soutiennent leurs aînés dans leur maintien au domicile. Finalement, ce sont des formes décalées par rapport à la cohabitation d'autrefois, qui était une « cohabitation de toujours » qui sont mises en avant : recohabitation éventuellement chez un enfant, quasi-cohabitation...

On le voit, les stratégies résidentielles de retraite obéissent à des logiques complexes sur lesquelles les politiques ou les marchands ont eu jusqu'à présent peu de prise, et c'est une des raisons sans doute d'une baisse d'intérêt de la recherche pour cette question. A moins que les nouvelles générations de retraités, celles des baby boomers, manifestent des pratiques plus étendues qu'autrefois : on peut se demander ce que « l'espace Schengen » a modifié de ce point de vue.

Ces stratégies de retraités sont en tout cas à distinguer nettement de la question des stratégies résidentielles au grand âge. Celle-ci peut toutefois bénéficier des interrogations suscitées par les premières. L'attachement au quartier, au logement, à la ville, avaient été interrogé chez les retraités. Il peut l'être chez les plus âgés, mais peut-être sous une autre forme : qu'est-ce qui constitue aussi

bien le « chez soi » que le « local » pour des individus vieillissants ? Tout un domaine est à explorer de ce point de vue : ne pas limiter l'interrogation au seul logement, mais le replacer dans le milieu de vie de la personne. Quel sens a un milieu de vie au grand âge ? Qu'est-ce que vivre dans tel lieu, quelle est la place du lieu de vie (dans ses dimensions globales d'un rapport à la localité) dans l'ensemble de la vie ?

Les recherches sur la cohabitation, de ce point de vue ont été trop limitées dans leur ambition : certes, la question de l'indépendance entre les générations a été soulevée, mais les nouvelles formes développées (cohabitation limitée aux périodes de crise, quasi cohabitation, « intimité à distance ») tentent de dépasser une simple opposition entre contrainte de la vie commune sous un même toit et indépendance de l'habitat isolé entre générations, et les façons de vivre ces nouvelles formes, les négociations qui permettent qu'elles aboutissent, ne sont pas bien connues, ni du côté des proches, aidants pour la plupart, ni du côté des personnes âgées en besoin de soutien. De quelles dimensions est composée l'appartenance à un lieu de vie ? Qu'est-ce que se sentir en sécurité, en confiance, là où l'on habite ? Qu'est-ce qui change, avec l'âge, sur le plan des sociabilités ? Voici des thématiques qui méritent des recherches plus « écologiques » peut-être (au sens de milieu écologique) que reposant sur des enquêtes strictement basées sur des individus.

V. La qualité de la vie

Qualité de vie et personnes âgées : un champ de recherche qui se développe

On trouve de plus en plus de publications visant à évaluer la qualité de vie des personnes âgées. Nombre de ces recherches ont mis l'accent sur le vieillissement « pathologique » et la figure de la personne âgée dépendante (Beaumont et Kenealy, 2003). Elles attestent d'une détérioration de la qualité de vie avec l'avance en âge, conséquence de l'augmentation du nombre d'incapacités, de l'altération des fonctions sensorielles, et de l'apparition de problèmes de santé, qui limitent l'individu dans son autonomie fonctionnelle.

L'évaluation de la qualité de vie est au centre des questions concernant la prise en charge des personnes âgées présentant des limitations fonctionnelles ou souffrant de maladies dégénératives, qu'elles vivent en institution ou à domicile. On trouve ainsi des recherches sur la qualité de vie des personnes dépendantes (Fassino et al., 2002), et des personnes atteintes de maladies graves comme le cancer (Di Maio & Perrone, 2003) ou la maladie de Parkinson (De Boer et al., 1997). La qualité de vie des personnes très âgées ou souffrant de démence était restée moins documentée parce qu'il était considéré qu'elles ne pouvaient pas s'exprimer sur ce sujet (Cassou et al., 2001). Mais, depuis une dizaine d'années, plusieurs recherches se sont intéressées à la question de la démence (Jolly, 1996, Novella et al., 2001), certaines comparant la qualité de vie de ces personnes selon le mode d'hébergement (Wills et Leff, 1996). Conduire des recherches sur la qualité de vie des personnes souffrant de démence nécessite toutefois la mise en œuvre d'approches méthodologiques spécifiques (Hubbard et al., 2003, Blanchard et al., 1996).

La qualité de vie en institution, son évaluation et son amélioration ont particulièrement attiré l'attention sans doute parce que la situation était jugée

critique. On trouve par contre peu d'études comparant la qualité de vie selon le mode d'habitat (institution versus domicile). Les rares études qui s'y intéressent attestent généralement d'une meilleure qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile et ce, même lorsque l'on tient compte de l'état de santé ou du niveau d'incapacités (Beaumont et Kenealy, 2003). La quasi totalité des recherches sur la qualité de vie ou le maintien à domicile souligne d'ailleurs que les personnes aspirent à vieillir chez elles. Oldman et Quilgars (1999) estiment toutefois que beaucoup des débats sur les lieux de vie souhaités par les personnes âgées ne sont pas basés sur des études empiriques. Ils préconisent la conduite de nouvelles recherches pour mieux cerner l'impact de la situation résidentielle sur la perception de la qualité de vie. Ils montrent par exemple que le sentiment de perte d'autonomie, d'identité, ou de contrôle n'est pas caractéristique de toutes les personnes hébergées en établissement mais peut aussi se retrouver chez des personnes âgées vivant à domicile (Oldman et Quilgars, 1999, Baldwin et al, 1993).

Définir la qualité de vie

La définition du concept de qualité de vie et le choix des instruments pour la mesurer ne font pas consensus dans la littérature (Moragas, 1994, Von Kondratowicz et al., 2003, Cassou, 1996). Depuis un peu plus de dix ans, les recherches qui s'inscrivent de plus en plus dans une perspective multidisciplinaire, ont adopté une définition de la qualité de vie assez large et dépassant l'approche bio-médicale. La détérioration de l'état de santé et l'augmentation des limitations fonctionnelles constituent en effet des facteurs importants mais leur action sur la qualité de vie des personnes âgées reste encore mal cernée. Si la modification des fonctions sensorielles comme la vue ou l'audition limite la personne âgée dans ses activités quotidiennes, il existe des variations individuelles importantes et toutes les activités ne sont pas affectées de la même manière (Vézina et al, 1994). L'influence des limitations fonctionnelles sur la qualité de vie semble ainsi combinée à celles d'autres facteurs comme le sentiment de contrôle sur l'existence ou la continuité identitaire, qui pourraient constituer des variables intermédiaires (Bowling et al, 2002). Plusieurs études ont également mis en évidence d'autres dimensions telles la satisfaction à l'égard de l'environnement résidentiel et la qualité des relations sociales (Rojo Perez et al, 2001, Beaumont et al, 2003, Jakobsson et al, 2004).

De plus en plus d'enquêtes européennes portant sur la qualité de vie des personnes âgées mettent ainsi désormais l'accent sur l'atteinte des objectifs suivants (Moragas, 1994):

- la santé globale qui se traduit par un bien-être physique et psychique
- la sécurité physique et psychique
- les moyens de vie matériels et le maintien d'un revenu suffisant pour permettre une indépendance financière notamment vis à vis de sa famille,
- l'épanouissement personnel, l'autonomie, le sentiment de contrôle sur son existence, le sens de la vie
- les relations sociales et l'insertion dans l'environnement

L'impact des dimensions culturelle et spirituelle reste peu documenté. Ces aspects ont surtout été traités aux Etats-Unis. De même, on trouve assez peu d'études en Europe (par comparaison aux Etats-Unis) s'intéressant à l'expérience du vieillir dans les quartiers défavorisés (Scharf et al, 2003, Mantovani, 1998) ou aux conséquences du type d'habitat et du territoire sur la perception de la qualité de vie des personnes âgées. La qualité de l'environnement résidentiel, l'ancrage local, la disponibilité de transports adéquats semblent pourtant favoriser une meilleure adaptation aux modifications qui accompagnent le processus de vieillissement (Beaumont et al., 2003, Lord, 2003, Gilhooly, 2003).

La plupart des recherches sur la qualité de vie des personnes âgées ont privilégié l'utilisation d'instruments (d'échelles) centrés sur l'évaluation de la santé (objective) et la mesure des incapacités fonctionnelles. Or, ces indicateurs qui restent encore très populaires ne tiennent pas compte du caractère subjectif de la qualité de vie. Par ailleurs, les échelles de mesure de la qualité de vie ne sont pas facilement transposables pour des évaluations réalisées auprès des personnes plus âgées (Cassou, 1996, Holland et al., 2004).

Depuis dix ans, les chercheurs en sciences sociales soulignent la nécessité de prendre en compte le point de vue des personnes âgées dans les recherches sur la qualité de vie et de privilégier des approches qualitatives (Bowling, 2002, Farquhar, 1994, Moragas, 1994, Vercauteren et Chapeleau, 1995). Ce nouveau courant de recherche insiste sur le fait que ce ne sont pas les conditions objectives de vie qui sont importantes mais plutôt l'interprétation subjective qu'en fait l'individu comme l'ont démontré Bowling et al. (2003) à propos du revenu ou Cribier (2003) à propos de la santé. Cette dernière qui compare l'état de santé de deux générations de parisiens (l'une partie à la retraite en 1972, l'autre en 1984), montre qu'objectivement, au même âge, l'état de santé des personnes du second groupe est plutôt meilleur (niveau d'éducation plus élevé, travail moins pénible, départ à la retraite plus jeune, meilleur accès aux soins). Toutefois, ces personnes jugent plus sévèrement leur état de santé et ce d'autant plus qu'elles ont intégré le savoir médical, d'où l'importance de distinguer la santé objective de la santé perçue.

Plusieurs recherches réalisées dans différents pays européens, montrent par ailleurs que contrairement aux représentations sociales en vigueur, la grande majorité des personnes âgées vivant à domicile fait état d'une qualité de vie satisfaisante (Bowling et al., 2002, Sarvimaki et Stenbock-Hult, 2000).

La qualité de vie des personnes âgées vivant en institution

La plupart des publications qui s'intéressent à la qualité de vie des personnes âgées vivant en institution insiste sur les caractéristiques de cette population qui est de plus en plus âgée et de plus en plus dépendante ; la dépendance physique et psychique se cumulant souvent. La question principale que se posent les chercheurs et les acteurs du secteur gérontologique est alors de savoir comment préserver l'autonomie, définie au sens large comme la capacité des individus à rester acteurs de leur vieillissement, lorsque les habiletés physiques et psychiques déclinent.

Plusieurs recherches se sont intéressées à la rupture que constitue l'entrée en institution, souvent motivée à la base par d'autres ruptures dans la trajectoire de santé ou biographique. Les facteurs influençant la décision d'une prise en charge institutionnelle sont multiples (logiques familiales, option par défaut, niveau de dépendance, avance en âge, milieu socio-professionnel) mais la détérioration de l'état de santé constituerait le principal motif de la démarche d'institutionnalisation (Somme, 2003). Les études portant sur le processus décisionnel entourant le recours à l'institution montrent toutefois que la personne âgée est souvent (mais pas toujours) exclue de ce processus décisionnel et insistent sur le rôle de l'environnement familial ou médical qui juge que la sécurité de la personne est compromise si elle reste à domicile (Thomas, 1998, Andrieu et al., 1997). Or, il apparaît que les résidents vivent d'autant mieux leur vie en institution qu'ils ont participé à la décision d'y entrer (Somme, 2003).

Une part importante de la littérature a traité du déclin physique et mental qu'entraîne l'entrée en institution. Celui-ci est attribuable à « l'effet miroir » (Vanhoutte, 2003) que provoque la concentration de personnes âgées mais surtout à l'institution elle-même, qui est jugée productrice de dépendance notamment lorsque elle est médicalisée. Au sein de l'institution, la notion d'autonomie est généralement utilisée dans un sens restrictif et porte essentiellement sur les capacités physiques et mentales de la personne. Par ailleurs, les besoins psycho-sociaux, l'identité passée, et les émotions de la personne âgée restent largement ignorés (Liukkonen, 1995). On aboutit ainsi à « une construction par l'institution d'hébergement d'un nouvel objet

à connotation médicale : la personne âgée devenue dépendante » (Vanhouette, 2003, p. 3). Cette catégorisation de la personne âgée entraîne une focalisation sur les comportements de dépendance, qui seuls suscitent une réponse immédiate de la part du personnel de l'institution, contrairement aux comportements autonomes souvent ignorés et non valorisés (Baltes, 1996).

Plusieurs recherches dénoncent la qualité de la prise en charge et son aspect infantilisant, témoignant aussi de l'agressivité entre soignants et usagers (Wenner, 2002, Bawin-Legros, 1998). Ce thème a fait l'objet d'un large écho dans les médias, en France comme au Québec, suite aux scandales concernant la maltraitance des personnes âgées institutionnalisées, conduisant à la mise en place d'associations de protection pour les représenter (Dubois, 2002). Ce débat est aussi l'occasion pour les établissements d'exiger des ressources supplémentaires, ceux-ci soulignant que le manque de personnel, l'inadéquation des formations, l'absence d'animation, la vétusté et l'inadaptation des institutions sont à l'origine des problèmes de maltraitance. Pour les établissements privés (40% des établissements en France) l'inscription dans une logique marchande entraînerait aussi une course au profit au détriment de la qualité (Czerwinski et al, 2003). Enfin, malgré les efforts entrepris par les politiques et les établissements pour améliorer la qualité de la vie, les représentations de la vie en institution restent très négatives tant chez les personnes âgées, que pour leur famille ou les professionnels de la santé (Oldman et Quilgars, 1999). L'image des hospices reste dominante dans l'imaginaire social ; elle est associée à la représentation d'une vieillesse pauvre, déchu de ses droits, et largement médicalisée.

Parmi les publications qui s'intéressent au déroulement de la vie en institution, décrivant les conditions et l'organisation de la vie en maison de retraite, on trouve plusieurs ouvrages et guides à destination des familles en prévision d'une éventuelle institutionnalisation d'un proche. Peu s'adressent à la personne âgée, ce qui montre à quel point on la considère exclue du processus de décision d'entrée en institution. D'autres publications ciblent les professionnels visant à amener une réflexion sur leur pratique (Darnaud et Gaucher, 2003).

Les études qui appréhendent la qualité de vie en institution du point de vue des résidents sont moins nombreuses et plus récentes. Elles se sont intéressées à la capacité des résidents à préserver des marges de choix dans leur vie quotidienne (choix des repas, possibilité de boire de l'alcool, de fumer, choix de la tenue, accès aux médicaments antalgiques), et à la possibilité de préserver leur intimité (disposition d'un espace personnel privé, possibilité d'amener des meubles, de décorer sa chambre), de conserver un animal (Bizet, 2003, Mallon, 2000a, 2000b, Saint-Jean, 2003, Vuillemenot, 1997).

Ces études soulignent que le maintien de la capacité de contrôle sur l'environnement et sur l'existence est un élément essentiel de la qualité de vie en institution, notamment parce qu'il permet de s'inscrire dans la continuité identitaire (Tester et al., 2003).

Thomas et Saint-Jean, (2003) ont montré que la capacité de préserver des marges de choix dans la vie quotidienne et de maintenir une citoyenneté active (mesurée entre autres par la connaissance des droits liés à la vie en établissement) varie grandement selon les établissements et baisse au fur et à mesure que s'accroît la dépendance. Selon le type et le statut des établissements (commerciaux ou non), il semblerait que les résidents soient présentés plutôt sous la figure du patient, ce qui entraîne une limitation de leur autonomie sociale ou sous la figure de l'utilisateur, voire du client, ce qui s'accompagne d'une plus grande autonomie. L'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle élevée et, dans une moindre mesure, le fait d'avoir travaillé, se révèlent des caractéristiques déterminantes de la préservation des marges de choix et d'autonomie.

D'autres études soulignent que la qualité de la prise en charge et l'importance accordée à l'autonomie des résidents ne dépendent pas tant du statut juridique des établissements, mais semblent plutôt refléter des modes d'organisation distincts (Bravo et al, 2002). Dans les institutions qui valorisent les comportements autonomes, la satisfaction des résidents (mesurée notamment par le sentiment de contrôle sur l'existence) est plus élevée et d'un niveau comparable à celle des personnes âgées vivant à domicile (Vallerand et al., 1989).

Les expériences de vie en institution sont toutefois marquées par une grande diversité. Comme le souligne un courant de recherches qui s'est développé depuis une dizaine d'années et qui met l'accent sur l'individu comme acteur social rationnel, l'expérience de l'entrée en institution s'inscrit dans la continuité de la vie passée. Pour certaines personnes pour lesquelles la vie avant l'entrée en institution n'était pas très riche, notamment sur le plan social, l'entrée en institution peut être vécue comme une délivrance. De plus, les personnes âgées ne sont pas des victimes passives des effets de l'institution. Elles déploient différentes stratégies pour rester acteur de leur existence, gérer leur entrée en institution, s'adapter aux contraintes qu'elle impose, améliorer leur qualité de vie, et préserver leur autonomie (Oldman et Quilgars, 1999, Tester et al, 2003, Grammer, 2004). Ces stratégies entraînent différents modes d'appropriation de l'espace (Mallon, 2003). Même l'adoption de comportements de dépendance ne peut être systématiquement assimilée à une perte d'autonomie mais peut aussi s'inscrire dans une stratégie visant à multiplier les interactions avec le personnel (Baltes, 1996).

Ces recherches contribuent ainsi à remettre en cause les stéréotypes associés à la vie en institution. Toutefois, l'expérience de vie en institution de même que la capacité des individus à préserver des marges d'autonomie restent encore assez peu documentées.

Les études qui appréhendent la qualité de vie en institution du point de vue de la famille de la personne institutionnalisée sont encore moins nombreuses. Roberge et al. (2002) qui s'intéressent aux processus d'appréciation de la qualité des soins dispensés en unités gériatriques au Québec, montre que pour les aidants les critères essentiels sont : l'information, la communication, l'attitude du personnel, la qualité, la continuité de l'aide et les ressources physiques. Ces auteurs soulignent par ailleurs que les aidants se considèrent comme des clients des services gériatriques, responsables du proche âgé même lorsque celui-ci ne souffre pas de problèmes cognitifs.

De la qualité de vie en institution à la démarche qualité

En France, se manifeste dès les années 1970, une volonté « d'humaniser » les établissements. Ce processus s'inscrit dans la loi hospitalière de 1975, qui prévoit la transformation des hospices en centres de longs séjours ou de cure médicale et l'humanisation des lieux de vie. Mais c'est surtout depuis une dizaine d'années que se construit une réflexion et que se mettent en place des actions visant l'amélioration de la relation de service dans les établissements dans le but de favoriser l'autonomie des personnes âgées. L'évaluation de la qualité de vie en institution est depuis dix ans au centre des préoccupations des chercheurs et des politiques et ce, dans la plupart des pays européens comme au Québec.

En France, les méthodologies d'évaluation se sont structurées à l'occasion de la mise en place de la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) adoptée en 1999¹. Dans le cadre de cette réforme, les établissements doivent s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité qui repose sur l'établissement d'une convention tri-partite impliquant l'établissement, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et les conseils généraux (Dubuisson et Gardeur, 2000). Selon cette convention, l'établissement est dans l'obligation d'engager une démarche globale d'évaluation et de présenter un cahier

1. Cette réforme vise à établir une transparence financière en distinguant clairement les trois postes de dépenses principaux : l'hébergement, l'assistance à la vie quotidienne (la « dépendance »), et les soins que nécessite l'état des personnes (Brunetière, 2000).

des charges réglementaire s'appuyant sur un outil d'évaluation (ANGELIQUE²). Cet outil diffusé en juin 2000, est centré sur les besoins de la personne âgée et le projet de vie de l'établissement. Il vise à aider les établissements à établir leur bilan, afin de dégager les points forts et les points faibles pour s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité grâce à la définition d'objectifs précis d'amélioration qui doivent être réalisés pendant la durée de la convention (certains impliquant des coûts supplémentaires, d'autres relevant essentiellement de l'organisation fonctionnelle et des pratiques). On vise également à éradiquer les pratiques jugées inacceptables. Ces aménagements s'inscrivent aussi dans un contexte de rationalisation des choix budgétaires. La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 est venue valider cette démarche en lien avec le droit des usagers, sous le vocable de « projet d'établissement », lui donnant désormais un caractère réglementaire (Amyot et Mollier, 2002).

La mise au point de normes de qualité participe également de cette démarche de promotion de la qualité. La norme française des services des établissements d'hébergement des personnes âgées (Normes afnor NF X50 058) prévoit le respect de certaines étapes dans la prise en charge des personnes âgées (notamment l'accueil personnalisé, la contractualisation de la relation avec la personne hébergée, et l'élaboration d'un projet de vie personnalisé).

Cette démarche d'amélioration de qualité dans les établissements pour personnes âgées se retrouve dans plusieurs pays. A titre d'exemple, la méthode du « *Resident Assessment Instrument* » (RAI) développée aux États-Unis (Morris, 1990), et utilisée depuis 1991, par le programme de financement fédéral Medicare pour l'accréditation des *nursing homes*, a été introduite et validée dans de nombreux pays, y compris en France (1993). Le RAI est une méthode d'évaluation globale du résidant qui prend en compte les différentes dimensions de l'être : physique, psychique, fonctionnelle, sociale, environnementale ainsi que les habitudes de vie et permet d'élaborer un plan de soins individualisé (Henrard, 2000).³ Nombre d'études visent à valider ces outils d'évaluation de la qualité en institution dans différents pays Européens.

2. Application Nationale pour Guider une Evaluation Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements. Il a été élaboré par un groupe de travail réuni dans la cadre de la mise en application de la réforme.

3. Elle comprend 3 étapes : la première est l'évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire de chaque résidant, avec si possible sa participation et celle de sa famille. Elle permet l'identification des problèmes du résidant et tient compte de ses ressources et de ses capacités. La deuxième étape consiste en l'élaboration d'un tableau synthétique (dit « tableau d'alarme ») signalant des situations problématiques relevant de domaines d'intervention. La troisième étape est l'analyse approfondie de 18 domaines d'intervention les plus fréquemment rencontrés en gériatrie, à travers des guides d'analyse standards (GAD) (Henrard et al, 2000).

Le projet de vie

Le concept de projet de vie est au centre de la démarche qualité des établissements. Il a généré une abondante littérature à destination des directions d'établissement et des professionnels du secteur gérontologique, notamment des guides d'évaluation et des méthodes pour construire le projet de vie (Amyot et Mollier, 2002, Vercauteren 1998, 1999, Bascoul et al, 1995).

Ce concept recouvre à la fois le projet institutionnel, c'est à dire les efforts d'amélioration des services et de management entrepris par l'établissement pour transformer l'institution en un lieu de vie et favoriser une approche centrée sur la personne âgée et le projet existentiel de la personne âgée qui rentre en institution (également dénommé « projet individuel », ou « projet personnel ou personnalisé ») (Le Masson, 2003). « C'est grâce aux passerelles que les soignants sauront instaurer entre ces différents projets, en partenariat avec la personne âgée et ses proches, que pourra se construire le projet de vie individuel, compromis entre l'idéal et la réalité. » (Le Masson, 2003, p.28).

Le projet de vie est avant tout une méthode. Il doit intégrer et favoriser les échanges entre les différents acteurs intervenant dans l'institution qui sont non seulement les résidents et le personnel mais également les intervenants extérieurs, les familles, et les bénévoles. Présenté lors de l'entrée en institution, il définit les objectifs proposés aux résidents pour assurer leur bien-être, le respect de leur dignité et leur permettre de trouver leur identité dans l'établissement. Le résident est ainsi considéré comme une personne au delà de ses handicaps. Il est essentiellement appréhendé sous la figure de l'usager, apte à choisir ses règles de conduite, les risques qu'il est prêt à courir. Il s'agit de donner à la personne les moyens de « se reconnaître dans la vie qu'on lui organise ici, de préserver son identité dans chaque geste de la vie courante, dans sa tenue vestimentaire, dans son choix d'animation, dans son rythme de vie ». Cela implique aussi un respect de la personne notamment par le personnel (suppression des modes d'appellation stigmatisants ou infantilissants, non exclusion des résidents les plus dépendants notamment sur le plan psychique, respect du territoire de l'intime du résident, ...) (Arfeux-Vaucher, 1995, Anghelou, 1995).

Le projet vise également à donner sens au travail des différents intervenants et implique le recours à un personnel qualifié et en adéquation avec les problématiques des personnes âgées résidentes (Amyot, 2002). En plus de l'adhésion du personnel, il exige une connaissance de la personne, de ses capacités physiques et intellectuelles, de son parcours de vie, de son entourage, d'où l'importance de l'accueil personnalisé qui peut être facilité par l'utilisation d'un guide d'entretien. Par ailleurs, le résident doit rester intégré dans la communauté, ce qui implique que l'établissement soit lui même

intégré socialement (implantation géographique, accessibilité des commerces). Le refus de ségrégation des populations âgées semble toutefois plutôt relever du souhait que de la réalité compte tenu des coûts d'installation des institutions dans les centres urbains. Le projet de vie constitue ainsi un document important, qui intègre entre autres, le programme de soin, les modes de gestion du personnel et notamment la politique de formation, l'organisation des animations et d'activités favorisant la relation sociale et le maintien des capacités motrices et cognitives, la politique de gestion de l'espace et les plans architecturaux.

Ces interrogations sur la qualité de vie en institution sont à l'origine de la mise en place d'expériences innovantes de prise en charge des personnes âgées (voir chapitre II) visant à préserver l'autonomie de la personne âgée et la continuité identitaire et allant dans le sens d'une revalorisation de la sociabilité. Elles favoriseront peut-être l'émergence d'une nouvelle figure de la personne âgée en institution : celle de l'usager ou du citoyen.

Les obstacles à la mise en place des démarches qualité

La démarche de projet de vie n'est pas sans susciter des résistances dans les établissements. Certains d'entre eux soulignent le manque de moyens en temps et en personnel formé, qui justifient l'accent mis sur la réponse aux besoins jugés élémentaires des résidants. Un autre frein réside dans la culture professionnelle très largement imprégnée de la culture sanitaire, notamment dans les institutions les plus anciennes (c'est le professionnel qui sait ce qui est bon pour le résident catégorisé sous la figure du dépendant, sans désir ni volonté propre). Les conditions de travail, les différentes logiques des métiers intervenant en institution et l'absence de coordination et d'encadrement constituent également des obstacles à la mise en place du projet de vie dans l'institution (Amyot, 2002).

Les premières enquêtes réalisées sur l'impact de la réforme de la tarification des EHPAD sont actuellement en cours. Celle menée par la DRASS Ile de France fin 2001 montre qu'il existe une volonté de s'engager dans une démarche qualité mais que l'efficacité des actions d'amélioration entreprises est relative, d'où la nécessité de réfléchir sur les indicateurs de résultats attendus (Donz, 2004). Il semblerait toutefois que cette démarche qualité ait favorisé dans certains établissements précurseurs, la mise en place d'une meilleure compréhension des résidants, des familles, d'autres façons de travailler et une plus grande concertation de tous les acteurs (Amyot, 2002).

Cette démarche qualité concerne également les établissements faiblement médicalisés comme les foyers logements qui accueillent une clientèle de plus en plus âgée pouvant être confrontée à divers handicaps. Ces établis-

sements ne sont pas actuellement concernés par la réforme des EHPAD mais le seront sans doute à terme. Jean-Marc Vanhoutte (2003) présente une expérience de mise en œuvre d'un projet de vie dans un de ces établissements dans le but de produire de nouvelles façons de vivre la vieillesse dans le territoire de vie. Il préconise des actions de formation de tout le personnel, pour lui permettre d'évoluer vers une autre vision de la prise en charge des personnes âgées.

Une démarche similaire à la démarche qualité menée dans les institutions est en cours concernant les services de prise en charge des personnes âgées à domicile avec inscription du maintien à domicile dans un projet de vie (Vercauteren et Babin, 1998). Cette démarche touche tout particulièrement les soins à domicile. Certains pays ont ainsi adopté des normes concernant la qualité de ces soins (Belgique, Danemark, France, Autriche, Canada). La charte des professionnels en gérontologie élaborée en mars 2004 par l'Institut de gérontologie du Limousin avec le soutien de la Fondation nationale de gérontologie va également dans ce sens (Institut de gérontologie du Limousin, 2004).

Le maintien du lien social

Une vision alarmiste de l'isolement

La personne âgée est souvent représentée dans l'imaginaire social sous la figure de l'isolé (et plus souvent de l'isolée), la vieillesse étant caractérisée par un « désert relationnel ». La canicule de l'été 2003 en France a d'ailleurs été interprétée par les politiques et les médias comme une conséquence de la solitude des personnes âgées et de la dégradation du lien social. Cet événement a aussi fait de la solitude un problème de santé publique prioritaire commandant des actions pour repérer et briser l'isolement des personnes âgées, actions qui se sont essentiellement traduites par la mise en place de mesures sanitaires (Argoud, 2004).

Les articles dénonçant l'isolement croissant des personnes âgées sont de plus en plus nombreux dans la presse des pays européens, y compris dans les pays d'Europe du Sud. Cette nouvelle solitude qui touche principalement les femmes, est attribuée à l'augmentation de la durée de vie qui favorise le veuvage, à l'éclatement de la cellule familiale et à la mobilité des individus. Elle est présentée comme un risque de vieillissement accéléré. Le ton est souvent alarmiste soulignant que le pire est à venir compte tenu des perspectives démographiques et du vieillissement de la génération du baby-boom. Plusieurs articles soulignent également l'égoïsme de cette génération qui

récolterait les conséquences de ses modes de vie « individualistes » (voir par exemple l'article de *The Times* du 20/07/2004 qui caractérise les baby-boomers britanniques de « fringants célibataires vieillissant seuls » – « *swinging singles growing old and lonely* »). Ce « problème » de la solitude des personnes âgées soulève des interrogations quant au rôle de l'Etat.

Cette représentation de l'isolement résidentiel comme risque se retrouve chez nombre d'acteurs (politiques, professionnels, famille). Elle est particulièrement ancrée chez les professionnels de l'action sociale (Boulet, 1998). Elle est nourrie par les recherches sur l'isolement des personnes âgées. Celles-ci ont insisté sur les risques liés au fait de vivre seul, montrant que l'isolement résidentiel, qui s'accompagne souvent d'un isolement relationnel, peut avoir des répercussions négatives sur la santé (malnutrition, dépression, suicide), la qualité de vie, et la capacité de faire face aux imprévus, et ce, surtout si la personne est âgée et fragile (Argoud, 2004, Rutten, 2003). A l'inverse et dans la tradition des théories de l'activité et conformément aux normes du bien vieillir, l'engagement et la participation active des personnes âgées à la vie de la communauté contribueraient au maintien de la qualité de vie (Victor et al, 2003).

Dans les différents pays européens ainsi qu'au Québec, des études statistiques ont visé à quantifier ce double phénomène d'isolement résidentiel et relationnel. Elles se basent généralement sur deux types de données. Celles relatives à l'habitat mettent en évidence la progression du nombre de personnes vivant seules avec l'avance en âge, et les différences selon le genre (les personnes âgées qui vivent seules étant pour les trois quarts des femmes) (Bridgwood, 2000, Chaleix, 2001). Plusieurs indicateurs sont utilisés pour mesurer l'isolement social : la taille du réseau social, le nombre de contacts directs par semaine avec des parents, des amis et quelquefois des voisins, et la durée de ces contacts. Les enquêtes attestent d'une diminution des liens sociaux à partir de 60 ans et surtout après 80 ans. Elles permettent de tracer le processus de « diminution progressive du paysage relationnel », marqué par un repli sur les relations familiales (Blanpain et Pan Ké Shon, 1999, Stone Leroy et al., 1988) et le domicile, qui s'accroît suite au veuvage et semble plus marqué chez les femmes (Delbes et Gaymu, 2002).

Toutefois, le fait de vivre seul n'est pas nécessairement synonyme d'isolement et cache de multiples réalités (par exemple, l'indicateur du nombre de personnes vivant seules ne tient pas compte de la proximité géographique des enfants, ni des quasi-cohabitations). De même, la fréquence des contacts ne fournit pas d'indications sur la qualité des relations. Enfin, aucune de ces mesures ne permet de cerner le sentiment de solitude (« loneliness ») des personnes âgées (Argoud, 2004, Boulet, 1998, Victor et al., 2003). L'isole-

ment résidentiel, l'isolement social et le sentiment de solitude constituent en effet trois concepts distincts bien qu'en partie corrélés (Argoud, 2004, Victor et al, 2003).

Une vision plus nuancée: sentiment de solitude et stratégies individuelles

Les recherches qui ont tenté de mesurer le sentiment de solitude chez les personnes âgées vivant à domicile, montrent que celui-ci reste peu élevé (entre 5 à 16 % des plus de 65 ans en Grande-Bretagne, Victor et al, 2000, moins de 5% en France (Pan Ké Shon, 1999) bien que sans doute un peu sous-estimé compte tenu de la tendance des individus à la sous-déclaration (Pinquart et Sorensen, 2001). Plusieurs facteurs semblent influencer sur le sentiment de solitude. Il est ainsi plus élevé chez les personnes les plus âgées, les femmes, les personnes non mariées, les catégories sociales défavorisées, et les personnes très dépendantes (Victor et al, 2003, Berg et al., 1981). Mais il ne serait pas plus marqué chez les personnes âgées que chez les jeunes, d'où l'intérêt d'envisager des approches intergénérationnelles (Victor et al., 2003). Certaines recherches montrent par ailleurs que le sentiment de solitude n'est pas non plus nécessairement plus élevé chez les personnes vivant seules que chez celles vivant avec quelqu'un, même en situation de handicap (voir l'étude américaine de Foxall et al., 1993). Il apparaît en effet que les personnes isolées socialement et les personnes rapportant un sentiment de solitude constituent deux groupes qui se recoupent assez peu (Victor et al., 2003).

Plusieurs recherches utilisant des méthodes qualitatives ont visé à mieux cerner le ressenti des personnes âgées vivant seules (Boullet, 1998, Victor et al, 2003) notamment à la suite de ruptures dans la trajectoire biographique (Pitaud et Redonnet, 2002). Elles s'intéressent également aux évolutions du lien social qui accompagnent le processus de vieillissement à domicile (Mantovani et al., 2002, Pennec et al, 2002). Ces recherches centrées sur la personne âgée comme acteur rationnel montrent que si le vieillissement peut entraîner des incapacités qui limitent les interactions sociales, les personnes âgées, notamment les plus mobiles, mettent en oeuvre des stratégies pour préserver leur autonomie, reconstruire de nouvelles sociabilités et rester actives (Pennec et al, 2002, Meintel et Peressini, 1993). Les efforts visent notamment à permettre de maintenir un statut reconnu en dehors du chez soi (Pennec et al, 2002). Ces stratégies d'adaptation varient selon le sexe, le territoire résidentiel, les ressources familiales, et le milieu social (Argoud, 2004).

Ainsi, le repli sur soi n'est-il pas nécessairement subi mais peut constituer un choix déterminé, voire même un comportement anticipé. Il résulte souvent de l'émergence de problèmes de santé et de mobilité qui peuvent rendre plus difficile la fréquentation de réseaux hors de chez soi mais peut aussi s'inscrire dans une volonté de repli sur soi, de « déprise »⁴ initiée par la personne qui ne se sent plus à sa place dans les activités extérieures. Ce retrait n'est alors pas nécessairement vécu sous le signe de la solitude mais peut être envisagé comme une recherche de tranquillité (Pennec et al, 2002). Il peut aussi avoir pour objectif de préserver son indépendance vis à vis de la famille, quitte à recourir à l'aide professionnelle, ou de ne pas épuiser les solidarités familiales (Boullet, 1998, Argoud, 2004).

Lorsque leur réseau relationnel se rétrécit, les personnes âgées peuvent mettre en oeuvre des stratégies pour rester en contact avec le monde environnant, via l'utilisation d'objet médiateur, comme la télévision (Argoud, 2004, Caradec, 2000), l'utilisation du téléphone (bien qu'il permette surtout de renforcer des contacts existants), et d'Internet mais cette dernière ne concerne que les couches les plus favorisées (McCarthy et Thomas, 2004, considèrent toutefois que pour les baby-boomers l'usage d'Internet comme moyen de communication sera plus largement répandu).

Une réalité multiple et complexe

Adopter une perspective biographique permet par ailleurs de différencier les situations d'isolement relationnel nouvelles qui interviennent souvent à la suite de ruptures dans la trajectoire de santé ou biographique, des situations de solitude ancrées dans des choix de vie antérieurs (Victor et al, 2003, Argoud, 2004), qui appellent différents types de prise en charge. Le sentiment de solitude constitue en effet un concept dynamique qui peut évoluer dans le temps ; il varie selon les saisons, l'heure du jour ; certaines situations d'isolement étant temporaires (Victor et al, 2003). Peu d'études ont comparé le sentiment de solitude selon que l'on vit en milieu urbain ou rural où il semble plus difficile de renouveler son réseau relationnel (Paul et al, 2003,

4. Notion développée par Barthe, Clément et Drulhe (1988) qui montrent que le processus de vieillissement est marqué par des phases de rupture (moments pendant lesquels l'individu n'est plus adapté à son environnement) entraînant le retrait de certaines activités et de certaines relations sociales. L'objectif du processus de déprise est de conserver l'identité que l'on s'est forgée et de préserver au mieux le sentiment d'autonomie. La déprise apparaît ainsi comme une stratégie d'économie des forces et de recentrage sur des activités ou des personnes (qu'elles soient nouvelles ou anciennes) particulièrement significatives pour assurer la continuité identitaire. La déprise peut aussi revêtir un caractère préventif permettant à l'individu d'éviter des problèmes d'adaptation qu'il a anticipés. Enfin, elle ne constitue pas un processus irréversible, des séquences de reprise pouvant faire suite à des phases de déprise.

Havens et al., 2004, Argoud et al, 2004), selon l'inscription culturelle (Meintzel et Peressini, 1993) ou selon le pays où l'on vit (Van Tillburg et al., 2004).

Cette multiplicité des situations d'isolement des personnes âgées et des stratégies mises en place par les individus ne sont pas toujours prises en compte par les professionnels de l'action sociale, qui restent marqués par la figure de la vieille seule et dépendante et restent essentiellement axés sur la prise en charge des handicaps dans un objectif de maintien à domicile⁵. Boulet (1998:127) explique ainsi que les résultats de sa recherche sur l'expérience de la solitude chez les personnes âgées ont surpris ces professionnels : « Dans un premier temps, ils ont compris les résultats comme une remise en cause de leurs capacités d'expertise et ont cru que nous disions qu'ils avaient créé de toute pièce la solitude des personnes âgées et que celle-ci n'existait pas. La question évidemment n'était pas là, le problème était d'avantage dans la distorsion entre le ressenti des personnes âgées qui était clairement neutre et la construction d'une problématique par des intervenants experts ».

Les membres du réseau social

Les recherches qui s'intéressent à l'entourage des personnes âgées identifient trois composantes : les professionnels, la famille et le voisinage (Argoud, 2004). La permanence et le recentrage sur les liens familiaux sont assez bien cernés (voir entre autres les études sur les aidants naturels et leur rôle essentiel dans le maintien à domicile – Attias-Donfut et al, 1994, Aptel et al, 1997). On trouve moins d'études s'intéressant aux liens qui se tissent avec les professionnels intervenant au domicile de la personne âgée (Caradec, 1995) ou avec le voisinage (voir Argoud, 2004 qui synthétise plusieurs recherches récentes sur la question).

Avec l'avance en âge, l'inscription dans l'espace social de proximité et notamment le quartier est souvent plus marquée. Dans certains cas, le repli sur la sphère domestique peut s'accompagner d'un réinvestissement des relations de voisinage. Toutefois, celui-ci est rendu très difficile lorsque la personne est déracinée (Pennec et al, 2002). Les modes du « voisiner » sont multiples allant du « bonjour-bonsoir », à la « co-surveillance » assurée avec la famille, en passant par l'échange de services, ou la véritable relation d'amitié. Elles varient grandement d'une personne, d'un territoire à l'autre, et en fonction du type d'habitat (pavillon versus habitat collectif) (Pennec et al, 2002, Mantovani et al., 2002).

5. Peu de mesures ciblant les personnes âgées visent à préserver le maintien du lien social surtout en situation de handicap (Argoud, 2004).

La sociabilité en milieu rural a été peu étudiée mais le stéréotype de la « communauté villageoise » où la vie serait moins individualiste qu'en milieu urbain reste très présent (Argoud, 2004).

Le maintien du lien social pour la personne âgée en institution

La figure de l'isolée est encore plus marquée pour la personne âgée vivant en institution. Nombre d'études quantitatives attestent d'un isolement émotionnel des résidents d'autant plus marqué que les personnes souffrent d'un handicap psychique (Hubbard et al, 2003). Toutefois, la sociabilité des personnes âgées vivant en institution n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études de la part de chercheurs en sciences sociales. Par ailleurs, il existe peu d'études prenant en compte l'antériorité de l'isolement et comparant la situation des personnes âgées selon qu'elles vivent à domicile ou en institution (Bondevik et Skogstad, 1996, Beaumont et Kenealy, P, 2003).

En France, l'enquête HID (Aliaga, 2000) montre que le réseau social des personnes âgées résidant en établissement se réduit et que 15% des personnes n'ont plus de contacts avec l'extérieur (soit 40 000 personnes), ce qui s'explique entre autres, par le fait qu'un tiers des personnes résidant en institution n'a pas ou n'a plus d'enfant vivants. C'est d'ailleurs souvent cet isolement relationnel qui motive l'entrée en institution (Argoud, 2004). Toutefois, cette même enquête montre aussi que la grande majorité des personnes hébergées (85%) garde un contact avec leur famille autour de laquelle se recentrent les relations. Celles-ci sont d'autant plus fréquentes que la famille réside à proximité de l'institution (Aliaga, 2000). L'hébergement non loin du lieu de vie favorise également le maintien des contacts hors institution. Or, pour la personne âgée vivant en établissement, les relations amicales ou avec la famille sont très importantes notamment parce qu'elles permettent d'acquérir une position sociale plus favorable au sein de l'institution (Drulhe, 1981, Mallon, 2004).

La plupart des enquêtes quantitatives attestent d'interactions limitées au sein de l'institution (Hubbard et al, 2003). Selon l'enquête HID, seuls quatre résidents sur dix ont tissé des liens d'amitié en institution (Aliaga, 2000) et la différence est grande entre les personnes peu ou très dépendantes (Aliaga, 2000, Enshooten, 2003). Ces relations se nouent généralement à l'occasion d'activités collectives comme les animations ou les repas. Elles seraient souvent antérieures à l'entrée en institution (Dougnet, 2002).

Toutefois, les interactions sociales entre les résidents ont été assez peu étudiées jusqu'à ces dernières années. On s'est notamment peu intéressé à la sexualité des personnes âgées en institution, comme si celles-ci n'avaient ni besoin, ni même une véritable identité sexuelle, la figure de la dépendance étant largement dominante (Hubbard et al., 2003).

Depuis quelques années, des études adoptant des méthodologies qualitatives, notamment l'observation ethnographique, ont mis en évidence différentes modalités d'interactions entre les résidents (allant de l'humour, à la l'agressivité, en passant par le flirt) soulignant la variété des réseaux de sociabilité dans lesquels s'inscrivent les personnes. Ces auteurs insistent sur le fait qu'en institution les personnes âgées restent des acteurs à part entière endossant des rôles actifs et chargés de signification (voir par exemple Mallon, 2000c et Hubbard et al. 2003, Dupré-Levêque, 2000). Les caractéristiques des résidents (leur niveau socio-économique mais aussi leur trajectoire de vie passée), et des établissements (structure et mode d'organisation des établissements) conditionnent les modes de sociabilités (Drulhe, 1981, Thomas et Saint-Jean, 2003).

Plusieurs expériences innovantes de prise en charge des personnes âgées visent à recréer le lien social et notamment le lien intergénérationnel (voir par exemple l'expérience de la Cité Apollinaire qui prévoit la création d'une charte « Bonjour Voisin », constituant un engagement à la participation à la vie du quartier ou les expériences d'hébergement des personnes âgées en famille d'accueil, Aliaga et Woitran, 1999). Toutefois, il n'est pas toujours facile de « créer » du lien social (voir chapitre II).

L'environnement et les risques

La sécurité physique et psychique est un facteur qui conditionne la mobilité et la qualité de vie. La sécurité physique concerne l'absence de risques dans les déplacements tant au domicile qu'à l'extérieur, mais aussi la sécurité de ne pas être attaqué. La sécurité psychique relève plus du sentiment de sécurité et d'autonomie des personnes (Moragas, 1994).

Nombre d'études ont mis en évidence l'influence exercée par l'environnement physique de la personne âgée sur sa qualité de vie et son état de santé (voir Levasseur, 2001 pour une revue de cette littérature). L'environnement serait ainsi responsable d'environ la moitié des chutes dont sont victimes les personnes âgées (Lamontagne, 2003). Toutefois, selon certaines études l'existence d'un lien causal entre l'environnement et le risque de chute n'est pas clairement établi (voir l'étude australienne de Carter et al., 1997).

Plusieurs publications se sont attachées à évaluer les dangers environnementaux et notamment les situations de risque que présentent le domicile des personnes âgées, les espaces communs des immeubles et la voirie. L'accent est très largement mis sur les risques de chutes qui constituent l'accident domestique et non-domestique le plus courant chez les personnes âgées, entraînant

des conséquences sur le plan physique, psychologique, social mais aussi économique. La prévalence, les facteurs de risques et les conséquences des chutes sont des aspects très largement documentés dans tous les pays. Plusieurs des études qui mettent l'accent sur les facteurs de risque environnementaux prévoient une inspection du domicile réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation standardisée (voir par exemple Lamontagne, 2003). On trouve également un certain nombre de guides d'évaluation du domicile à destination des professionnels (Maltais et al, 1989) mais aussi des particuliers (guide d'auto-évaluation du domicile de la SCHL-Canada, 2003). Plusieurs organismes proposent aussi des services d'évaluation du domicile (Organisme Tandem au Québec).

Ces études identifient différents facteurs de risque environnementaux : la structure des bâtiments, les caractéristiques des sols (surfaces glissantes ou inégales), le mauvais éclairage, les obstacles, le mobilier mal conçu, etc... Au sein du domicile, les éléments jugés les plus critiques sont généralement les salles de bains et les escaliers. Certaines études insistent également sur l'interaction entre ces facteurs environnementaux, et des facteurs individuels (comme l'état de santé) ou les comportements jugés à risque (port de chaussures inadaptées, prise médicamenteuse, prise d'alcool).

L'objectif de ces études est de dégager des pistes d'intervention. La plupart des pays Européens ont mis en place des programmes de prévention des chutes à domicile (évaluation des risques du domicile, information et sensibilisation des personnes) (voir par exemple le programme de l'INPES, 2003), tout en favorisant l'accès à des aides financières pour l'amélioration du logement⁶. Toutefois, ces évaluations émanent généralement d'experts et la façon dont ces programmes sont reçus par les personnes âgées est encore mal cernée. L'étude qualitative de Simpson et al. (2003) semble indiquer que celles-ci ne sont pas toujours très réceptives aux mesures d'aménagement proposées qui sont perçues comme une intrusion dans la sphère de l'intime (voir aussi l'étude de Leborgne et Pennec, 2000, sur l'introduction de technologies dans le domicile de la personne âgée). Pour mieux gérer les risques environnementaux, les personnes âgées privilégient l'adoption de stratégies d'adaptation et de « prudence » (Simpson et al., 2003).

6. Le Québec et la plupart des pays européens ont mis en place des programmes d'adaptation et d'amélioration des logements permettant aux personnes âgées de bénéficier de crédits d'impôts ou d'une prise en charge partielle des dépenses d'aménagement des logements (voir chapitre I sur les politiques). On constate par ailleurs, une amélioration générale de la qualité des logements. Les personnes âgées ont été largement bénéficiaires des politiques de logements, notamment via l'accession aux HLM en France. De plus en plus de personnes âgées disposent ainsi d'un logement jugé confortable, équipé d'une salle de bains et d'un ascenseur lorsqu'elles vivent en immeuble (voir par exemple Cribier, 1990 à propos de la situation des parisiens retraités).

Cette réflexion sur la façon de rendre « plus sûr » son domicile est largement médiatisée dans la presse Senior (voir par exemple les deux titres du groupe Bayard Presse, *Notre Temps* en France et *Le Bel Age* au Québec) qui a largement vanté la nécessité de s'engager dans une adaptation préventive du domicile. Ces articles insistent sur le fait que les adaptations sont généralement réalisées en réaction à une perte d'autonomie qui met en péril le maintien au domicile. Elles interviennent donc souvent trop tard pour que la personne âgée puisse les intégrer. Les auteurs appellent à la responsabilisation des nouvelles générations de retraités, l'adaptation étant présentée comme une garantie du maintien de l'autonomie, valeur chère à la génération du baby-boom.⁷ Les jeunes retraités sont alors essentiellement considérés sous la figure de l'homo-economicus. Ces seniors actifs (et souhaitant le rester) sont aussi la cible des campagnes de promotion des sociétés commercialisant les équipements permettant d'adapter le logis aux handicaps, qui contribuent très largement au financement de la presse senior. Les efforts de sensibilisation des baby-boomers visent également à motiver une adaptation du domicile de leurs ascendants qui sont plus souvent décrits sous la figure de la dépendance. Ce discours appelant les jeunes retraités à s'engager dans des stratégies préventives et à changer de domicile avant qu'il ne soit trop tard est de plus présent dans les campagnes de prévention de la santé au Danemark (Palsig-Jensen, 1999).

Certaines études ont cherché à identifier les caractéristiques socio-démographiques des populations les plus à risque et à évaluer la connaissance des risques environnementaux par les personnes. Elles montrent que les personnes âgées ont tendance à sous-évaluer les risques physiques de leurs logements, considérant que leur cadre de vie est globalement favorable à leur maintien au domicile. Pour la plupart, les personnes âgées se déclarent d'ailleurs satisfaites de leurs conditions de logements, comme l'indiquent des études réalisées dans différents pays (Cribier, 1998, Lindgren et al., 1994). D'autres études, beaucoup moins nombreuses, visant à recueillir le point de vue des personnes âgées ont souligné le caractère subjectif du sentiment de sécurité. Celui-ci est intimement lié à l'enracinement dans le quartier et à la familiarité des lieux. Ainsi, la peur de la chute est-elle plus grande dans les lieux que l'on ne connaît pas. Elle peut s'accroître à la suite de modifications de l'infrastructure urbaine ou lorsque la personne âgée est déracinée pour favoriser un rapprochement avec ses enfants (Argoud, 2004).

7. Voir également les Rencontres professionnelles de *Notre Temps/Seniorscopie* (Bayard Presse) « Maison et dépendance », *Anticiper le vieillissement. Adapter l'habitat. Les solutions, les normes, le marché* (4 mai 2004).

Elle peut avoir un lien avec le sentiment d'insécurité dans l'espace public (Clément et al, 1994).

L'environnement joue également sur la santé et la qualité de vie des personnes vivant en institution (Maltais, 1999) où les risques de chute existent aussi. Toutefois, comme le soulignent certaines publications, nombre d'institutions semblent souffrir d'un excès de judiciarisation et ont largement succombé à la tentation du « tout sécuritaire » (Amyot et Villez, 2001). Ces environnements en apparence bien aménagés, car dénués de risques, peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé des individus comme l'expliquent Shipp et Branch (1999). L'aménagement de l'espace devrait en effet offrir un certain nombre de défis physiques (comme les escaliers) afin de stimuler l'activité physique des résidants dans leur vie quotidienne et par là améliorer leur état de santé. Il convient de trouver un équilibre entre l'autonomie et la sécurité (Lamontagne, 2004) et ce d'autant plus que l'acceptation de la prise de risques fait partie de la liberté de la personne (Michel et al, 1998, Vanhoutte, 2003). Toutefois, peu d'institutions semblent encourager une gestion autonome des risques par le résidant qui reste appréhendé sous la figure du dépendant à protéger de ses initiatives.

Discussion

Cette analyse bibliographique sur le thème de la qualité de vie montre que les différentes acceptions de la notion délimitent des champs de dimension très variable. La définition gérontologique est relativement étroite, se donne pour projet en tout cas de délimiter la notion assez suffisamment pour qu'elle soit traduisible en outils d'évaluation. La définition des sciences sociales est tellement large qu'on ne sait pas toujours quel champ de la vie des personnes âgées mériterait d'être à l'écart en terme de qualité de vie. Cette opposition entre disciplines gérontologiques et sciences sociales se retrouve tout au long de la revue bibliographique, selon d'abord les définitions implicites des personnes âgées que chaque champ met en œuvre, ensuite sur le peu de perméabilité des deux domaines lorsqu'il s'agit de fabriquer et de mettre en pratique des outils, enfin en matière de prévention et recommandations, où là aussi les deux champs ne se rencontrent guère.

Des figures différentes qui sous tendent les approches gérontologiques et les approches des sciences sociales.

En gérontologie, la notion de qualité de vie a été développée par le souci d'améliorer la vie du malade âgé souffrant essentiellement de maladies chroniques et invalidantes. Il s'agissait d'avoir un autre regard sur le malade, certes débordant le cadre strict de la prise en charge d'une pathologie par le soin, mais ne rompant pas avec une approche bio-médicale. Dans la mesure où c'est le travail des soignants qui devait être modifié dans ce but, c'est l'hôpital et les institutions de retraite qui ont été privilégiés dans la recherche d'amélioration et de normalisation, la question de la qualité de vie à domicile étant plus rarement abordée. Il aurait été important de poser la question de la comparaison entre domicile et institution de soin ou de retraite, afin de spécifier les différences liées à l'habitat, mais cela n'a été qu'exceptionnellement réalisé.

Les sciences sociales n'ont pas généralement érigé en notion opératoire celle de « qualité de vie ». Pour autant, nombre de recherches s'intéressent à la vie des personnes âgées et ont un discours sur les aspects qualitatifs de cette vie. C'est ainsi que des résultats ont été apportés en particulier sur les réseaux relationnels dans lesquels s'inscrivent les vieilles personnes, ou sur les aspects les moins travaillés par les gérontologues, comme le rôle de la subjectivité ou les stratégies de conservation de la continuité de l'identité à la vieillesse. Sociologues et anthropologues ont mis ainsi en avant ce que nous avons pu appeler « l'individu rationnel », celui qui a ses raisons d'agir comme il le fait. Mais ces études sont ponctuelles, et l'habitat est trop peu considéré dans ses multiples dimensions. Les stratégies de conservation de son identité peuvent être analysées dans une maison de retraite, ou au contraire au domicile, mais ce seront d'autres chercheurs qui s'intéresseront à l'espace public, au rapport au quartier. Le sentiment d'appartenance à de multiples niveaux de l'espace n'a pas suscité beaucoup d'interrogations. Certains espaces mériteraient de plus amples investigations, comme l'espace rural.

De nombreux outils élaborés par la gérontologie, mais qui ont peu de liens avec le champ des sciences sociales.

Il est frappant de constater qu'à propos de la qualité de vie les acteurs administratifs et professionnels se sont engagés sur la création d'outils. En premier lieu bien sûr les échelles mesurant la qualité de vie des personnes, très nombreuses, puisqu'elles existent selon les diverses pathologies, ou handicaps, ou sont plus « généralistes », mais aussi les outils d'évaluation qui s'inscrivent dans les démarches « qualité » des établissements (comme ANGELIQUE), ou les méthodes standardisées à l'usage des professionnels du soin (par exemple le Resident Assesment Instrument). Des initiatives plus

dispersées ont aussi vu le jour en matière de projets de vie des établissements de retraite, et des modèles circulent.

Nous voyons très mal les liens entre ces différents outils et les recherches menées en sciences sociales. D'une part à l'amont de ces outils : l'histoire de leur construction a rarement intéressé les sociologues, et on connaît mal les résultats de recherche qui pourraient être à l'origine des choix des indicateurs, pour les échelles, ou les grilles d'évaluation. On regrette que les échelles de la qualité de vie fassent la part plus belle aux faits « objectifs » que subjectifs, mais les évaluateurs ne s'appuient-ils pas sur les éléments qui leur paraissent les plus maîtrisables, et les « qualitativistes » se sont-ils soucié des logiques rationalisantes des évaluateurs ? Plus en aval, rares sont les évaluations menées de front : grilles standardisées et recueil d'entretiens et d'observations, au moins dans un but méthodologique de confrontation d'outils. Sur ce terrain des outils, le monde gérontologique plus proche de l'action et le monde des sciences sociales plus proche de la recherche ne se sont guère retrouvés.

En matière de prévention, deux modèles qui ont du mal à s'articuler.

Les pathologies ou les incapacités des vieilles personnes peuvent faire l'objet de soins ou de prises en charge, mais œuvrer pour une meilleure qualité de vie est aussi essayer d'éviter leur survenue. La thématique de la « personne âgée fragile » rappelle qu'un événement relativement anodin pour une personne plus jeune peut avoir des conséquences beaucoup plus graves au grand âge. La prévention fait donc partie des missions des gérontologues, qui axent leurs réflexions sur plusieurs thématiques privilégiées, comme l'isolement social ou les chutes. S'appuyant généralement sur les études de facteurs de risques, les professionnels peuvent intervenir sur les personnes jugées les plus en danger, soit en leur offrant des services (aides familiales, aménagement de l'habitat...) soit en les « éduquant » à moins prendre de risques. C'est une vision déficitaire, de personne perçue d'abord comme dépendante qui prévaut.

Les sciences sociales mettent beaucoup plus en avant les ressources des individus. L'isolement résidentiel n'est pas un risque en soi tant qu'on n'a pas mesuré le sentiment de solitude de la personne. Les vieilles gens sont elles mêmes productrices de stratégies préventives, dont la déprise veut rendre compte : certes le nombre des relations peut diminuer avec l'âge, mais ce qui importe, c'est le choix d'un tout petit nombre d'individus qui comptent pour soi ; certes l'appartement ne possède pas un confort idéal, mais c'est celui dans lequel on se sent bien parce qu'il fait partie de l'identité que l'on s'est construite durant des décennies, et on préférera moins sortir à cause des escaliers que de changer d'appartement.

Cette place « d'objet » à convaincre, ou à protéger, s'oppose à celle de « sujet » apte à faire des choix. Les expériences où se rencontreraient vision collective des problèmes et capacité de la personne à prendre place dans un dispositif de prévention semblent manquer dans ce registre de la qualité de vie, même si certaines préoccupations apparaissent très révélatrices de cette contradiction, par exemple entre le désir de sécuriser en maison de retraite et celui de permettre que se déploient les activités des résidents.

VI. L'offre de services à domicile

La question de l'offre de services à domicile couvre un vaste champ bibliographique si l'on considère qu'on peut l'aborder selon la grande diversité des services existants. On peut par exemple l'appréhender en distinguant les services destinés plus spécifiquement aux personnes âgées (comme les aides ménagères) et les services non spécifiques aux personnes âgées (comme la vente à distance); ou en distinguant les services relevant du domaine du soin des services de consommation courante... Il a été finalement choisi de se centrer sur des thématiques jugées emblématiques du sujet général et, a priori, de nature bien distinctes. Il s'agit de l'alimentation, pris comme processus allant de l'approvisionnement à l'acte de manger, et des soins à distance, en particulier l'expérience de la télémédecine.

L'alimentation

En prenant la thématique de l'alimentation à titre exemplaire, sont soulevées des questions qui touchent au domicile et aussi à l'hébergement collectif. Y apparaissent différentes figures de la personne âgée, selon le point de vue adopté par les chercheurs et la définition qu'ils donnent au terme d'alimentation.

L'approche biomédicale en termes de nutrition

Quand on parle de nutrition, on se situe dans la sphère biomédicale. Il existe pléthore de publications sur la question de la nutrition des personnes âgées, soit dans des revues (nationales et internationales) spécialisées en nutrition, voire en nutrition des personnes âgées (par exemple : *American Journal of Clinical Nutrition*, *European Journal of Clinical Nutrition*, *Journal of*

Nutrition, *Journal Nutrition Health and Aging, Age et Nutrition...*), soit dans de revues internationales à fort impact comme le *Lancet*, *JAMA*, le *Journal of American Geriatrics Society*... Les articles traitent de la nutrition selon des approches essentiellement physiologiques. La compréhension des mécanismes de fonctionnement et dysfonctionnement est justifiée par l'amélioration de la prise en charge clinique. Un des premières justifications vient de la considération de la malnutrition et de la dénutrition comme facteurs de risque de pathologies et d'hospitalisation. Des enquêtes (Constans, et al, 1994) de grande envergure, longitudinales, sont financées comme EURONUT-SENECA¹ (et GERONUT pour la partie française) en Europe ou encore MINVITaOX².

Un autre exemple peut être pris dans le numéro 83 de *Gérontologie et Société* (1997) «Alimentation Nutrition» dans lequel les contributions à caractère médical sont très majoritaires (ainsi : «l'évaluation de la démence et ses marqueurs» ou «nutrition phosphocalcique et prévention de l'ostéoporose»). Plus récemment l'Académie Internationale de Nutrition et Vieillesse, créée en 1999, a pour but de coordonner et développer les actions de recherche, formation et diffusion d'information concernant la santé des personnes âgées³. Dans le cadre de la nutrition des personnes âgées, le cas de la maladie d'Alzheimer fait l'objet de recherches spécifiques, soit à un niveau fondamental⁴, soit par la mise en place de programmes d'éducation nutritionnelle pour les aidants -et non les personnes atteintes- (Lauque, 2003, Vellas, 1998).

Il s'agit d'un secteur de recherche qui peut être soutenu par l'industrie agro-alimentaire. Ainsi l'institut Danone a publié en 1998 un numéro spécial de sa *Lettre* : «Objectif Nutrition», intitulé «Nutrition et Alimentation de la personne âgée». Y est développée une approche biomédicale : les effets du vieillissement sur l'organisme, les besoins nutritionnels, les risques de malnutrition, l'interaction avec les médicaments, selon des pathologies (dont Alzheimer), sauf dans un chapitre (sur 6) qui traite des comportements alimentaires.

De cette approche clinique découle une perspective d'éducation pour la santé, sous forme de conseils diffusés quant à la spécificité ou non des besoins

1. EURONUT-SENECA: 2600 personnes âgées vivant à domicile dans des villes d'importance moyenne sont suivies entre 1988 et 1993.

2. MINVITaOX: étude longitudinale sur deux ans, en double aveugle, auprès de 1200 sujets en institution; visant à évaluer les effets de la supplémentation en vitamines et sels minéraux sur la morbidité et la mortalité.

3. www.serdi-fr.com/page10.htm

4. *Nutrition, cognitive decline and aging*, Editions Serdi & Springer Publishing Company, 2005.

alimentaires des personnes âgées, quant aux préjugés qui touchent à cette question. Ces messages sont le plus souvent portés par des médecins nutritionnistes ou gériatres, apportant ainsi une légitimité scientifique au discours préventif et informatif. Par exemple, nous trouvons sur le site du Centre d'Information sur les Charcuteries, un dossier sur l'alimentation des personnes âgées conçu avec une gériatre.

La présentation d'un ouvrage récent indique bien dans quels enjeux l'alimentation-nutrition est située : « dans notre pays à la population vieillissante, l'alimentation est aujourd'hui un enjeu médical important dans la préservation de la santé des personnes âgées. Elle est au cœur de la prévention de la malnutrition, voire de la dénutrition, qui atteint près de 78% des sujets âgés hospitalisés et qui a des conséquences importantes sur le mécanisme pathologique ». Il est précisé que l'auteur, spécialiste de la nutrition, propose un état des lieux de la question et offre aux « soignants en charge de ces patients un outil complet et pratique » pour une prise en charge nutritionnelle globale : préventive, évaluative, thérapeutique (Basdekis, 2004).

Ainsi, le premier argument des interventions cliniques et préventives est celui du nombre de personnes âgées malnutries ou dénutries, c'est-à-dire la taille du groupe à risque. Cet argument se retrouve quel que soit le pays de publication et paraît couvrir une longue période temporelle (au moins 20 ans) :

- 78% des sujets âgés hospitalisés (Basdekis, 2004)
- dans les centres d'hébergement pour personnes âgées puisqu'on estime qu'entre 40% et 85% des résidents n'ont pas une alimentation adéquate (West, et al, 2003)
- 40% des plus de 70 ans ne mangent ni suffisamment, ni de façon équilibrée (Busson, 1986)
- À 80 ans, 33 % des gens ont un apport calorique inférieur à la norme de 1500 calories par jour et 75 % manquent de calcium. À leur entrée à l'hôpital, de 50 % à 60 % des personnes âgées sont sous-alimentées (Baril, 1997).

Par définition même de leur objet, dans les recherches biomédicales fondamentales, la dimension du sujet n'apparaît pas. Dans les recherches à visée clinique, il est question du patient qu'il faut prendre en charge, évaluer et éduquer. La vision est celle d'une personne amputée de ses dimensions sociales, sortie de son contexte de vie et de ses causes de mauvaise alimentation. Or selon une étude exploratoire qui a examiné la prévalence des difficultés liées à l'achat des aliments, à la préparation des repas et à la consommation des mets auprès de 120 personnes âgées de 60 ans et plus, dont le comportement alimentaire était jugé à risque, divers facteurs (physiolo-

giques, comportementaux, de milieu de vie, socio-économiques et socio-politiques) interviennent dans l'explication des problèmes nutritionnels chez les personnes âgées (Dubois et al, 1999).

L'approche sociale en termes de repas

Parler d'alimentation ne se réduit pas à la question de l'ingestion de nutriments et de leur effet sur l'état de santé. Manger est un acte chargé d'une forte valeur sociale, comme le soulignent d'autres travaux émanant surtout de chercheurs en sciences sociales, de gérontologues ou autres professionnels de la gérontologie. Cette thématique mériterait une approche compréhensive, mais les travaux s'appuyant sur une telle perspective semblent bien rares. Pourtant, il est reconnu, même par des médecins, qu'il existe « une relation entre l'alimentation et l'hospitalisation, comme il y a une relation entre la convivialité et la bonne alimentation », ainsi que l'a fait valoir le Dr Rapin lors d'un séminaire sur le thème de la solitude et de l'isolement des personnes âgées. « La convivialité augmente de 20 % à 25 % l'apport alimentaire » (Baril, 1997).

A côté de la capacité à manger seul ou non, l'isolement est un des principaux facteurs de malnutrition avancé dans la littérature. Ce qui apparaît alors est la figure de la personne âgée isolée, si ce n'est la personne socialement défavorisée. Ainsi, pour Lyon et Colquhoun (1999), dans une perspective historique portant sur le 20^{ème} siècle, le problème du revenu des personnes âgées et du réseau de soutien est récurrent et, en de nombreux points, ces deux éléments sont liés au problème d'une alimentation équilibrée et à ses implications pour la santé et le bien-être. Si le fait de pouvoir se permettre d'acheter et de préparer de la nourriture d'une qualité nutritionnelle appropriée reste fondamental, celui qui permet de prendre ces repas dans de bonnes conditions de vie sociale l'est aussi. L'environnement de vie et l'accessibilité aux commerces apparaissent comme des points essentiels.

Dans la documentation repérée, la dimension sociale de l'alimentation est prise en compte aussi bien à domicile qu'en établissement. A la fin des années 80 –donc avant même le cadre des projets d'établissements ou de la démarche qualité-, des réflexions dans ce sens émergeaient. Ainsi, pour favoriser le caractère social du repas en institution, certains préconisent l'installation de petites cuisines où chacun pourrait participer à la préparation du repas (Anglard et Memin, 1988). Près de 10 ans plus tard, on peut trouver par exemple la présentation d'une action d'un établissement qui a élaboré autour de son restaurant un projet thérapeutique (Massieye et Cattiaux, 1997). Cependant ce type de démarche n'est pas exempt, loin s'en faut, de contraintes organisationnelles et économiques. Éléments qui nécessitent

d'être pris en compte dans les préconisations et la faisabilité des projets. La personne âgée paraît bien souvent prise comme « résident », destinataire des actions et sans marge de liberté sur leur réalisation. Or la considérer comme passive, c'est négliger le pouvoir d'action qu'elle peut avoir sur les cadres définis de manière exogène. Par exemple, ce pouvoir d'action est apparu à l'occasion d'un travail de reconstruction du processus de réalisation d'établissements de type « résidences intégrées »

L'exemple du repas dans les résidences intégrées (Clément et al, 1998).

« A l'ouverture des 10 premiers logements de la première « résidence intégrée »⁵ à Toulouse, les locataires pouvaient prendre leur repas dans l'appartement commun. Il était prévu cette possibilité dans des circonstances particulières et provisoires. En effet, les initiateurs avaient supposé qu'aller faire ses courses et préparer son repas contribuaient au maintien de l'autonomie des personnes âgées, d'autant que les locataires étaient des femmes habituées à cuisiner. Or quelques résidents, de plus en plus nombreux, ont pris l'habitude de prendre leur déjeuner ensemble, préférant partager ainsi un moment de convivialité plutôt que de manger seul dans leur appartement.

– On était parti sur : on ne sert pas de repas ; l'idée, c'était, pas de ségrégation et pas d'institutionnalisation. En particulier, c'était : la maîtresse de maison pourra servir des repas à la demande s'il y a des difficultés mais pas systématiquement. Au bout de 2 mois le repas était devenu systématique le midi ; le soir un peu moins. C'est devenu très vite une habitude de la maison ; déjà un peu une tentation institutionnelle. (concepteur des résidences intégrées)

– Nous avons toujours envisagé que les maîtresses de maison seraient là pour soutenir une vie autonome dans les appartements, y compris sur le plan alimentation et cuisine ; les accompagner pour les courses, les stimuler pour qu'elles continuent à cuisiner, mais nous n'avions pas envisagé une restauration collective. Nous avions juste prévu une petite kitchenette puis une demande de repas en commun est venue. Il a fallu s'adapter (service d'aide)

– C'est pour ça qu'elle se retrouvent 7 ou 8 à table, parce qu'elles ont dit « moi j'ai pas envie de me retrouver toute seule devant mon plateau repas, je préfère voir les copines. » (gérontologue)

– Le repas, au départ c'était que les gens devaient manger chez eux ou on leur montait un plateau ; il s'est transformé parce qu'elles avaient envie d'être ensemble. Sur 10 locataires, il y en avait 4 ou 5, c'était pas énorme. Donc vraiment à l'origine, il y avait

5. Il s'agit de logements adaptés aux handicaps de la vieillesse, mais intégrés à l'habitat du « tout venant ». Ils se caractérisent aussi par la présence dans l'immeuble d'une « maîtresse de maison » chargée de répondre aux demandes des personnes âgées résidentes.

toujours 4-5 personnes à table, donc je préparais les repas, je faisais les courses chez les commerçants du quartier, je me faisais livrer par la petite épicerie qu'il y avait, par le boucher, je prenais le pain le matin et après c'était une locataire qui prenait le pain. (autre membre du service d'aide). Ce noyau de personnes contribuait ainsi à créer une vie sociale dans la résidence, participant aux courses et à la confection des plats. La maîtresse de maison, qui aimait cuisiner, prit plaisir à suivre leur demande. On parle alors beaucoup d'ambiance familiale. Mais ce qui était possible et agréable avec 4 ou 5 personnes devenait une lourde charge pour une dizaine de personnes : *Donc je me suis retrouvée après 2-3 ans de fonctionnement avec 10 personnes à faire manger tous les midis. C'est plus lourd. Avec des gens qui vieillissaient, donc avec plus de services au quotidien à rendre, toujours toute seule* (service d'aide). Un poste de cuisinier a existé quelques temps puis fut supprimé. Il était plus intéressant financièrement d'externaliser la fonction. Aussi, au moment de l'ouverture des 2 résidences suivantes, la préparation des repas fut confiée à une société de restauration collective livrant à domicile. Il a fallu adapter l'équipement de la cuisine au service en liaison froide, respectueuse des normes d'hygiène imposées. A cette époque, les locataires, vieillissant ou devenant moins valides, non seulement pouvaient moins participer, mais étaient de plus en demande d'aide dans leur vie quotidienne : *lorsqu'il y a repas en commun, c'est une chose intéressante pour l'animation des personnes âgées, qu'elles travaillent à la préparation des repas. Ça a été vrai à la première résidence pendant la première génération de personnes âgées et puis le glissement institutionnel s'est fait, et aujourd'hui les personnes âgées ne participent pratiquement pas à l'élaboration des repas* (concepteur des résidences intégrées).

Nous pouvons donc considérer le recours à un service extérieur soit comme une recherche d'économie, soit comme une adaptation organisationnelle, soit comme une évolution technique. Au début des années 80, la livraison des repas par une société extérieure était moins répandue et surtout était faite en liaison chaude. La liaison froide garantit une meilleure hygiène et permet de mieux préserver la saveur des plats, qui sont réchauffés sur place : mais elle nécessite un investissement dans le matériel de réfrigération et de réchauffage pour le bénéficiaire. L'envers de la médaille de l'externalisation de la confection est la perte de l'aspect convivial et de certaines saveurs ainsi que des odeurs culinaires. Pour y pallier, l'équipe prépare de temps à autre, et selon les affinités de la maîtresse de maison, un dessert ou un goûter. Les personnes âgées ont perdu également toute possibilité de choix ou d'influence dans le choix des plats, même si leurs goûts ou leurs envies ne correspondent pas toujours à ce qui est servi. La société de restauration propose des menus au choix pour un prix un peu plus élevé. Il est rapporté que les locataires ont préféré garder le menu unique plutôt que de payer le supplément. Le repas reste cependant un moment d'échanges entre les locataires qui viennent le prendre et le personnel, mais là aussi le débat reste ouvert : *Il y a eu récemment une discussion pour savoir si le repas devait être compté en avantage en nature pour le personnel le prenant avec les résidents ou comme temps de travail. La direction a conclu sur un avantage en nature, ce n'était pas ma position* (concepteur des résidences intégrées).

Le maintien identitaire à travers le repas

D'autres, encore plus rares semble-t-il, ont souligné la dimension identitaire du repas. Un auteur évoque un médecin qui « photo à l'appui, nous a montré que ce qu'il appelle "la nourriture slash" servie aux gens édentés est "incompatible avec la dignité de la personne et le plaisir de manger". La décence nous interdit de comparer cette 'nourriture' à quoi que ce soit... » (Baril, 1997). Un autre fait référence à une enquête du CREDOC selon laquelle les personnes âgées tentent de conserver le plus longtemps possible leur mode d'alimentation, ce maintien participant à celui de leur identité. Le passage à une catégorie d'aliments (soupes, purée, viande hachée...) serait vécu comme une dévalorisation de soi. En conclusion, l'auteur déclare : « chaque personne âgée est unique. La société dans laquelle elle vit, son pays, son histoire sont autant de déterminants de ses conduites alimentaires » (Chiva, 1998).

Les dimensions du repas sont multiples, sociales, culturelles, historiques... Les études semblent porter de riches enseignements dans la compréhension du vieillissement. Pourtant, il ne semble pas exister de travaux de recherche approfondissant cette question tant à domicile qu'en institution.

Un exemple de service à domicile : le portage de repas

Le portage de repas à domicile est parfois défini comme une « prestation-phare » des services professionnels, car au delà d'une vocation alimentaire, il contribue au maintien d'un lien social (Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelle, 2000).

La figure dominante des écrits concernant ce service, qui sont notamment des témoignages de professionnels, est celle de « l'isolé » ; la logique implicite est que les personnes isolées sont à risque de dénutrition, et le repas porté au domicile réduit voire annule ce risque. Si l'on considère qu'un quart des personnes évaluées dépendantes vivent seules, le groupe potentiellement bénéficiaire est d'une grande importance. Lors d'un séminaire en Suisse sur l'isolement des personnes âgées, une intervenante québécoise déclare : « 40% de la clientèle des popotes roulantes⁶ est à risque de malnutrition parce que ces personnes mangent seules ». Le portage de repas constitue une solution technique et directe de soutien alimentaire. Il est très certainement possible de multiplier les exemples dans divers pays (Baril, 1997).

Des sociologues qui se sont penchés sur la visée technique et la visée sociale d'offres à destination de personnes âgées ont soulevé quelques points qui ouvrent à la discussion (Clément et Mantovani, 2004) :

- le bénéficiaire n'est pas forcément défini par la dépendance (comme dans le cas de la téléalarme). Si certains ne sont plus capables de préparer leur repas, d'autres n'ont plus le goût de cuisiner, d'autres encore, en particulier des hommes veufs, ne savent pas cuisiner. Dans ce registre du

6. Nom donné au portage de repas à domicile au Québec.

repas, interviennent des choix qui sont reconnus aux personnes vieillissantes. En dehors des questions de handicaps, il paraît légitime de ne pas avoir envie de faire son repas ou de sortir faire les courses pour acheter de quoi le faire. Comment se combinent alors les motivations de recours à un tel service ? Quelle compréhension et traduction de la demande font les services ? Quelles figures d'usagers sont construites ?

- le demandeur est rarement le bénéficiaire. C'est la famille qui fait la démarche et qui va aussi acheter le micro-onde qui servira à réchauffer les plats. Quelle place tient alors la personne âgée dans la négociation de la demande ? Les logiques de négociation sont-elles semblables à celles relevées lors d'une entrée en institution (Clément, Drulhe, 1992) ?

Par ailleurs, Françoise Le Borgne-Uguen (1988) notait, à partir d'une étude réalisée en Bretagne, que les personnes utilisent peu spontanément le portage de repas à domicile car il peut être considéré comme une « rupture intense dans l'économie relationnelle » de la personne et que la composition des repas est peut-être mal adaptée aux pratiques alimentaires habituelles. Un effet générationnel ou régional a-t-il joué dans cette analyse ?

- les professionnels insistent sur la dimension relationnelle de leur travail et sur leur rôle de veille. Leur clientèle leur font assez confiance pour qu'ils disposent de la clé de leur appartement ou de leur maison, pour qu'ils remplissent les chèques, et qu'ils gèrent les réfrigérateurs. Cette facilité d'accès dans les lieux domestiques permet le travail de veille, sur les questions d'hygiène alimentaire ou les questions de santé. La surveillance par la présence humaine, qui met en jeu la diversité des formes d'échanges entre des personnes, peut être exercée par d'autres personnels des services, comme les aides à domicile. La présence humaine apporte certes un service, mais elle apporte aussi, et les témoignages dans ce sens sont éloquentes, l'échange verbal entre les personnes. Comment les responsables de services définissent-ils les rôles à remplir ? Quels choix opèrent-ils entre contraintes économiques et organisationnelles d'une part et demande relationnelle d'autre part ?

Une des principales limites du service de portage de repas est le risque d'accroissement du repli sur le domicile par les bénéficiaires, même plus ou moins aptes physiquement à se déplacer. D'autre part, il peut être utilisé par défaut, face à un environnement mal adapté, qui n'inciterait pas une personne à sortir. On peut aussi chercher à agir sur les conditions facilitant la sortie, avec le souci du lien social. Comme dans l'expérience « sortir à son goût ».

Des « popotes roulantes » à « Sortir à son goût » (Gosselin et al, 1999)

L'alimentation est un déterminant important de la santé et du bien-être des aînés de même qu'un facteur crucial dans le maintien de leur autonomie. Traditionnellement, les interventions de soutien alimentaire destinés aux aînés ayant des limitations fonctionnelles ont privilégié des services de soutien direct au domicile de ces personnes, tels les « popotes roulantes ». Cette orientation rend compte de la fragilité de cette clientèle mais elle résulte également de l'absence d'une infrastructure adéquate permettant aux aînés présentant des limitations fonctionnelles de fréquenter les ressources de la communauté. « Sortir à son goût » est un programme issu d'une collaboration entre différents organismes communautaires, publics et privés qui vise à permettre aux clients de la « popote roulante » ainsi qu'aux aînés isolés de la communauté de prendre un repas dans un restaurant du quartier, en compagnie de pairs, sur une base régulière. À cette occasion, des services de transport et d'accompagnement sont offerts par des bénévoles. L'addition du programme « Sortir à son goût » aux services déjà existants de la « popote roulante » favorise ainsi une approche plus globale de l'alimentation en permettant une action simultanée sur deux facteurs de risque de malnutrition parmi les plus répandus dans cette population, soit les difficultés à préparer ses repas et à s'approvisionner et le fait de manger seul la plupart du temps. Les différentes hypothèses formulées à partir du cadre de référence de Scheirer ont été utilisées comme outil d'exploration des données dans le but de préciser les processus d'implantation du programme « Sortir à son goût ». Ces analyses ont permis d'identifier certaines particularités de l'implantation des programmes en milieu communautaire, notamment en ce qui concerne la « participation des acteurs », credo important de la nouvelle santé publique. À cet égard, les résultats suggèrent qu'une stratégie d'implantation de type « bottom-up », reposant sur la participation active des acteurs chargés de l'implantation du programme – notamment des bénévoles – est mieux adaptée qu'une stratégie « top-down » dans le contexte des organismes communautaires de petites dimensions et dont le fonctionnement repose en grande partie sur l'engagement volontaire des bénévoles. Les analyses ont également mis en évidence le fait que la participation des acteurs au développement et à l'implantation du programme tout en favorisant un meilleur ajustement entre le programme et le milieu d'adoption contribue au même coup à sa transformation. De ce point de vue, les transformations du programme ne doivent pas être interprétées comme un échec d'implantation mais plutôt comme un indicateur de son appropriation par les communautés locales et comme une condition de son institutionnalisation. La continuité du programme « Sortir à son goût », trois ans après le retrait du financement externe, indique en effet que les transformations du programme, en permettant une meilleure adaptation au contexte, ont contribué à favoriser son maintien dans les milieux concernés.

Les soins à domicile : la télémédecine

Quelles définitions ?

On peut situer le début des réflexions en Europe concernant la télémédecine à la fin des années 80 où l'idée de coordonner une recherche européenne télématique est née dans le cadre du programme cadre de recherche et développement technologique ; la santé faisant partie des 4 actions exploratoires (Lacombe, 1996). Les projets financés sont classés en 7 groupes :

- Le dossier patient multimédia (par exemple : dossier « portable » sur carte, stratégie pour un dossier électronique européen, nomenclature multilingue)
- Coopération « assistée par la télématique » entre professionnels de santé (par exemple : dans les domaines du cancer, du diabète ou de la gestion des ressources)
- Systèmes hospitaliers et imagerie avancée (par exemple : ultrasons 3D, radiothérapie, soins intensifs)
- Intégration, continuité des soins et réseaux régionaux (par exemple : soins des personnes âgées, gestion des ressources à l'échelon régional, coopération entre réseaux hétérogènes)
- Télédiagnostic, téléconsultation et télémédecine d'urgence (par exemple : soins à domicile, soins en mer, anatomopathologie, ophtalmologie et diabète, téléchirurgie)
- Information des citoyens et des professionnels de santé (par exemple : autorisation de mise sur le marché des médicaments, évaluation des dispositifs médicaux, information du public sur les médicaments)
- Cohésion, dissémination et exploitation des résultats, éducation (par exemple : formation des professionnels de santé ou des infirmières, observatoire européen de la télématique de santé)

Selon Duvaux, on peut distinguer 3 types de télémédecine : la télémédecine « vraie » où le médecin est éloigné de son patient ; la télémédecine d'expertise entre médecins de compétences distinctes et enfin la télémédecine des réseaux de soins.

Il apparaît que la définition n'est pas simple à donner et que plusieurs types de pratiques peuvent relever de ce qui peut être appelé soins à distance.

Avec pertinence le même auteur remarque que le premier outil de télémédecine est le téléphone. Toutefois des technologies plus élaborées sont appelées par exemple dans la transmission d'image.

Les enjeux

Cependant les problèmes soulevés par la télémédecine ne semblent guère reposer sur des obstacles techniques (agence wallonne des télécommunications, 2004). Dans un état des lieux en 1996, l'Ordre des Médecins en France écrivait : « Les enjeux sont : une meilleure organisation de la prise en charge, une rapidité accrue de la décision et de meilleure qualité, la limitation du nombre de transferts et de déplacements inutiles, une décentralisation du savoir. La question de la télémédecine est donc fortement liée à la problématique de l'aménagement du territoire. En France, il y a absence de développement et de régulation des projets » (Duvaux).

D'après les écrits plus récents, ces propos semblent toujours d'actualité.

Ainsi si l'on se réfère à un texte de l'agence wallonne des télécommunications de 2004 « la télémédecine peut être, aujourd'hui, l'instrument d'une véritable révolution, un moyen d'inverser le développement centré sur l'hôpital et rendre aux médecins de famille le rôle central dans le rapport médecin-patient ». Mais il s'agirait là d'une perspective d'avenir. « Le présent est plus confus, avec néanmoins quelques certitudes :

- les applications de la télémédecine peuvent être utilisées pour le diagnostic et le contrôle de presque toutes les formes pathologiques. Certains secteurs médicaux peuvent bénéficier rapidement du développement de la télémédecine : urgences, médecine pénitentiaire, imagerie médicale, hospitalisation à domicile ;
- le potentiel des marchés des applications de télémédecine est apparemment très grand, mais ils sont partagés en secteurs pour lesquels différentes activités commerciales sont nécessaires. Cela rend l'identification des objectifs et l'activité promotionnelle fort complexes ;
- la télémédecine est un support essentiel au développement du soin à domicile ;
- en Europe, la barrière la plus importante au développement de la télémédecine est représentée par l'absence du remboursement. Pour que la télémédecine se développe, il est nécessaire qu'elle donne lieu à une activité économique. Il faut donc préparer les modalités de rémunération de ces actes, selon des règles claires et simples (paiement partagé, justification des débits et des échanges par l'analyse de logs, système spécifique pour les hôpitaux par acte de télémédecine et codification des actes pour les professions libérales). Pour assurer le financement des réseaux de professionnels, il faudrait assurer très rapidement leur fonctionnement par les structures qui en seront les principales bénéficiaires au niveau macro-économique, c'est-à-dire l'assurance maladie, les mutuelles, les assurances complémentaires et l'état. Le professionnel de

- santé, fournisseur d'informations et utilisateur du service, ne paierait qu'un abonnement annuel;
- l'absence d'une réglementation spécifique provoque beaucoup de confusion et surtout l'introduction dans le marché de providers avec des niveaux de qualité faible;
 - les expériences américaines peuvent nous montrer la tendance globale du développement de la télémédecine. La télé-médecine se développe plus rapidement dans les zones difficilement accessibles, telles que les Montagnes Rocheuses aux Etats-Unis et l'Australie.
 - en Europe, la télémédecine est pratiquée dans tous les pays et est utilisée à des fins :
 - de diagnostic et de traitement dans 11 pays européens,
 - de santé du travail aux Pays-Bas, en Belgique, Finlande, Islande et Espagne,
 - d'assurance médicale en France, Islande et Espagne,
 - diverses : éducation (Norvège, Suède), consultation (Suède), seconde opinion (Slovénie, Suède). Elle est pratiquée par les soins de santé publics dans la plupart des pays sauf en Belgique où elle l'est uniquement dans les soins de santé privés. » (AWT)

Certains pays sont plus utilisateurs de télémédecine que d'autres. Au Québec, alors que l'accessibilité aux soins des régions éloignées est une réalité, la télémédecine n'était encore que peu développée en 2001 : « Il serait important que l'informatisation du réseau et la télémédecine deviennent réalité. Je ne crois pas, à l'heure actuelle, que nous ayons plus de 1000 consultations en télémédecine par an. Les deux pays les plus avancés à cet égard sont la Suède et la Norvège. Près de 4 % des patients norvégiens ont été vus par l'intermédiaire de la télémédecine » (Lapointe, 2001). Toutefois le gouvernement s'est penché sur cette question et des mesures de développement ont depuis été prises.

L'évaluation

Les enjeux sont donc surtout économiques et politiques, ce qui suscite des demandes d'évaluations économiques (et cela paraît vrai pour tous les pays). Au Québec, le Conseil d'Évaluation des Technologies de la Santé écrivait dans un rapport en 1998 :

« Il importe aujourd'hui d'identifier les besoins et les préférences des consommateurs et des dispensateurs de soins. Les applications de télésanté ont des effets sur l'organisation des soins. Peu d'évaluations rigoureuses ont été publiées jusqu'à maintenant sur l'impact organisationnel, les coûts ou les effets sur la santé attribuables à la télésanté. » (cf aussi Bashur et al, 2000).

Divers articles sont publiés en particulier depuis moins de 10 ans sur des propositions de méthode ou de modèle d'évaluation économique de la télé-médecine (par exemple, Pelletier-Fleury et al, 1997), pour laquelle les méthodes « conventionnelles ne seraient pas appropriées » (MacIntosh et Cairns 1997)

Mais l'évaluation ne relève pas seulement de l'économique. Finch et al (2003), ayant mené une étude ethnographique de 3 ans sur l'implantation de la télé-médecine dans une région de Grande Bretagne, concluent :

« Pour évaluer l'intégration et le développement de télé-soins, il faut faire un bilan des pratiques antérieures, puis évaluer les effets et les changements induits. Pour cela, avoir recours à des méthodes qualitatives et quantitatives ».

L'autre aspect à considérer dans une approche évaluative est le contexte local, aussi bien géographique qu'organisationnel (Ohinmaa et al, 2001). Ainsi si l'on prend l'exemple des personnes âgées, l'hospitalisation implique un fonctionnement des intervenants en « réseau de soins ». « Il faut réaliser un cheminement de la communication depuis l'hôpital jusqu'à la médecine de ville en passant par les partenaires sociaux, et sans oublier l'environnement familial ou le voisinage. Cela implique la mise en place d'un système informatique télématique (informatisation du dossier de soin infirmiers, recueil des informations chez les patients et transmission par les intervenants, exploitation de ces données dans la structure d'Hospitalisation à domicile ; gestion du personnel et évaluation économique du coût de l'HAD, et enfin, ouverture de ce système à l'extérieur pour consultation par les intervenants depuis un lieu extérieur au service (médecin généraliste). La valorisation du maintien à domicile des patients âgés implique une meilleure connaissance de leur état spécifique de manière à les acheminer vers les filières de soins qui les concernent » (Viennois-Marion, 1995)

La question des soins à distance entre dans une problématique du maintien à domicile des personnes âgées. Elle est à concevoir dans une vision large sur le plan de l'organisation du système de santé mais aussi du contexte local.

Malgré les importants enjeux présentés, il ne semble pas y avoir de travaux spécifiques et approfondis sur le sujet. Pas de programme de recherche d'envergure et coordonné. Ces programmes nécessiteraient le croisement de plusieurs regards disciplinaires et un travail de comparaisons internationales qui prendraient en compte les politiques en la matière et les particularités locales. Les publications prennent essentiellement le point de vue du politique.

Il n'est quasiment jamais fait état du point de vue des usagers.

Discussion

Le constat le plus évident qui apparaît à la lecture de la littérature d'étude ou scientifique concernant ces deux questions, celle de l'alimentation des personnes âgées et celle du développement de la télémédecine, est la séparation, tant du point de vue concret que sur le plan scientifique, du champ sanitaire et du champ du social.

Le sanitaire, particulièrement selon les travaux de l'épidémiologie a pour préoccupation essentielle la dénutrition des gens âgés. Cette dénutrition est évoquée comme cause de morbidité, comme risque d'hospitalisation (nous n'envisageons ici que les problématiques liées à la santé publique), de manière à envisager d'éventuelles actions en matière de prévention. L'intervention pourra porter sur des apports nutritionnels ou plus indirectement sur des conseils d'alimentation donnés aux personnes. C'est l'éducation à la santé, à travers cette thématique de la nutrition, qui est sollicitée. On voit ainsi le hiatus entre le sanitaire et le social : le médical (en fait à forte connotation biologique) constate une déficience qui veut être réparée en termes de comportement des personnes, mais sans interrogation plus poussée sur les causes sociales ou comportementales qui ont amené cette déficience. Les recherches sur les facteurs sociaux qui sont liés à ces défauts nutritionnels sont en effet rares parce que l'hypothèse qui est faite (une information insuffisante, de mauvaises habitudes alimentaires) semble ne pas inciter à la recherche d'autres facteurs explicatifs.

Pourtant les services sociaux, à travers les interventions des aides à domicile, ou à travers le portage du repas, ont accès aux habitudes alimentaires des personnes qu'ils soutiennent. Ces professionnels entrent au domicile et exercent une incontestable surveillance de la personne, en particulier de son alimentation (à leur manière, et de façon très variée d'un cas à l'autre bien sûr). Cette surveillance n'est pas fonction d'avis médicaux, mais relève des précautions que tout un chacun prend vis à vis de personnes qu'il aide à vieillir à son domicile : s'alimenter « suffisamment », de manière assez varié et en respectant un minimum de consignes de « sécurité ». Ainsi les porteurs et porteuses de repas à domicile ont souvent un œil sur le réfrigérateur. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de liens entre les questions de dénutrition et celles qui portent sur l'intervention des professionnels du maintien au domicile. Ce cloisonnement entre le médico-sanitaire et le social que l'on trouve dans la recherche elle-même représente bien celui que l'on retrouve au niveau de l'intervention entre les divers professionnels.

Quant à la télémédecine, elle déroule son questionnement à l'intérieur d'un cadre médical dans lequel l'utilisateur semble singulièrement absent. Les enjeux économiques ou d'aménagement du territoire dominant dans les écrits relevés lorsqu'il s'agit de penser l'avenir de ces technologies. La question de l'accueil par le public de ces nouveaux outils est par contre peu évoquée. Nous restons sans doute dans le registre de l'équipement médical, à propos duquel l'utilisateur a été dans la plupart des cas mis devant le fait accompli : les innovations médicales présentées dans les établissements de soins ne posent guère (sauf cas de gêne ou de douleur manifeste) le problème de l'acceptation par l'utilisateur. Ce dernier toutefois n'est pas aussi captif lorsqu'il est à son domicile. Pourtant, les évaluations de la télémédecine sont très peu nombreuses, et, plus spécifiquement la place des usagers ne paraît pas faire question.

VII. Une population spécifique : les immigrés vieillissants

« Vieillir n'est pas simple en soi. Alors que dire d'une personne d'origine étrangère, parlant mal et ne lisant souvent pas le français, vivant depuis toujours dans une situation précaire et, de surcroît, éloigné de sa famille ? Que dire de ces "immigrés vieillissants", dont l'accès aux droits à la retraite et aux soins n'est pas aisé, compte tenu de la complexité, voire de l'opacité, des textes et des pratiques qui les régissent ? Le contexte, auquel les gestionnaires de foyers ou de résidences sociales sont confrontés au quotidien, est posé. Un contexte qu'ils rencontrent depuis de nombreuses années et qui, après avoir nourri des réflexions collectives, donne aujourd'hui lieu à des initiatives individuelles, dont il faut rendre compte pour tenter de les mutualiser »¹.

Ce passage extrait du site de l'Union des professionnels de l'hébergement social pose le cadre général de la question des immigrés vieillissants. Cette population est définie par la précarité, l'isolement, l'exclusion. Certes une grande partie cumule les handicaps et vit dans des situations difficiles. Cependant son dénombrement s'avère difficile à réaliser et elle n'est guère qualifiée précisément. Longtemps ignorée par les pouvoirs publics, elle apparaît aujourd'hui comme la construction d'un risque social qu'il s'agirait d'analyser plus finement.

Une population vieillissante non envisagée

La France à l'instar d'autres pays d'immigration, est confrontée à l'avancée en âge des travailleurs étrangers venus en masse dans les années 60. Le processus migratoire engagé à cette époque a été pensé en termes d'immigration de travail, or il s'avère qu'il s'est transformé en immigration de peuplement ; phénomène

1. <http://www.unafo.org/vieill.asp>

qualifié de « paradoxe de l'immigration » (Sayad, 1991). Il est fort probable qu'en immigrant, la majorité de ces travailleurs n'envisageait pas de rester en France au moment de leur retraite. Mais quand celle-ci arrive, ils se retrouvent pris dans le dilemme : rentrer au pays ou finir sa vie en France. Les immigrés restent pour des raisons matérielles (droit à la retraite tardif, problèmes de santé, couverture sociale, habitude du style de vie en France...), pour des motivations d'ordre psychologique (se sentir étranger chez eux, volonté de cacher que l'émigration ne leur a pas apporté la réussite escomptée, investissement dans des occupations parallèles comme les jardins ouvriers, des activités politiques et syndicales) et surtout – pour ceux vivant en famille – du fait ou par souci de l'intégration des enfants en France (Guichard et Lechien, 1993).

La Suisse, par exemple, est exposée au même phénomène de vieillissement des immigrés arrivés dans les années 50-60 ; les Espagnols de plus de 65 ans représentaient en 1985 1,4% des 1400 Espagnols résidents et 4,8% en 1999 ; les Italiens de plus de 65 ans sont passés de 4,3% (sur 33 000) à 10%. Autre indicateur de stabilité de la population dans le pays : 70% des étrangers en Suisse possèdent un permis de résidence permanente, qui s'obtient après 5 ou 10 ans de séjour (Bolzman et al, 1999). Dans une récente lettre électronique de Seniorscopie, apparaît le titre suivant² : « Suisse : Doublement attendu du nombre d'immigrés à la retraite ». L'article explique que par manque d'argent, beaucoup des étrangers passent leur retraite en Suisse, même s'ils ne sont pas bien intégrés et qu'ils ont des problèmes de langue, raison pour laquelle ils ne sont pas toujours bien informés de leurs droits. Quelques années auparavant, une étude a été réalisée auprès de 442 migrants espagnols et italiens, âgés de 55 à 64 ans, résidant dans deux cantons urbains à forte présence immigrée : Genève et Bâle. Un tiers prévoit un retour au pays, un tiers une alternance entre les deux pays, un tiers de rester au pays d'accueil (mais cette proportion est plus importante chez les 60-64 ans). Les femmes manifestent davantage le souhait de rester, pour être auprès des enfants installés en Suisse et aussi pour préserver cette indépendance acquise ici. Les auteurs de l'étude précisent que, dans les Etats d'Europe, en Suisse comme ailleurs, on a longtemps cru que les immigrés étaient « de passage ». La figure de l'immigré âgé, disent-ils, est longtemps restée absente de l'imaginaire social, contrairement aux Etats d'Amérique du Nord qui se considèrent d'abord comme des pays d'immigration (de peuplement). (Bolzman et Fibbi, 1999).

2. Suisse : Doublement attendu du nombre d'immigrés à la retraite. Seniorscopie. 25 octobre 2004.

Une population qui cumule les handicaps

Cette population connaît des contraintes propres qui se rajoutent aux problèmes généraux du vieillissement : isolement, logement en foyers inadapté, souffrance de l'exil... (Benattig, 1999). Pour Desrumeaux (1998), 3 aspects sont à considérer (que l'on retrouve dans d'autres écrits) concernant le vieillissement des immigrés :

- il s'agit d'une population en France essentiellement d'origine maghrébine, qui fait suite au mouvement d'immigration d'il y a 40 ans notamment d'Algérie, fortement masculinisée et caractérisée par un isolement familial fréquent;
- il s'agit d'une population qui cumule des handicaps : perte de repère identitaire avec la retraite (puisque leur légitimité d'être en France s'est construite sur leur statut de travailleurs), difficultés administratives notamment pour la constitution du dossier de retraite, ressources souvent faibles, problème de la domiciliation administrative quand on est dans le « va et vient », vieillissement précoce, état de santé dégradé...
- les modes de logement s'avèrent inadaptés à leur vieillissement : la politique de l'habitat initiée dès les années 50 a contribué à créer du spécifique et à renforcer des écarts d'identité. En particulier, la vie en foyer pour travailleurs crée de l'isolement, qui ne fait que se renforcer avec le vieillissement des personnes et l'arrêt de l'activité professionnelle.

C'est donc la figure de l'isolé qui est dominante chez cette population, caractérisée également par une santé plus précaire et un vieillissement plus précoce que chez les âgés non immigrés ainsi que par un logement souvent peu adapté.

En fait, il n'est pas juste d'appréhender ce groupe de manière globale. Les données statistiques montrent des différences selon la nationalité, ou plutôt selon le cycle migratoire, qui constituent 3 groupes (Guichard et Lechien, 1993) :

- les Italiens et les Espagnols qui se caractérisent par une immigration plus ancienne, avec une plus forte proportion de vieux mais aussi plus de familles présentes en France
- les Portugais, les Tunisiens et les Marocains : il s'agit d'une vague plus récente, donc avec un faible taux de gens âgés, un taux d'activité après 65 ans assez élevé car beaucoup travaillent dans le commerce et l'artisanat
- les Algériens, population où l'on trouve un très fort taux de masculinité et un taux d'activité au-delà de plus de 65 ans inférieur à celui des autres communautés ayant immigré à la même époque.

Les auteurs concluent que « l'opposition traditionnellement faite entre l'immigration européenne et l'immigration maghrébine ne se justifie pas... » Les différences qui apparaissent entre les différentes nationalités « ne s'expliquent pas principalement par les caractéristiques des individus mais par la date de l'immigration », c'est-à-dire en termes de cycles migratoires. La fracture principale se situe entre ceux qui vieillissent en famille (par exemple, les Portugais anciennement immigrés) et ceux qui vieillissent seuls (par exemple, les Algériens « faux célibataires »).

Combien sont-ils ?

Un premier constat est qu'il s'avère bien difficile de cerner cette population désignée dans les données disponibles sous des termes divers comme : « étranger » ou « immigré ». Les statistiques font référence soit à la nationalité soit au pays d'origine soit à l'origine géographique. L'âge de la vieillesse est parfois 55 ans, parfois 60, parfois 65 ans. De plus, peu de données sont disponibles sur les immigrés isolés en habitat diffus.

On en arrive à des chiffres non cohérents. Selon le recensement de 1990, la population immigrée de plus de 65 ans comptait 185 000 personnes, contre 280 000 en 1982, soit 8% de la population étrangère totale (sur la population française les plus de 65 ans représentent 15%) (Benettig, 1999). Un autre auteur prend la même source de données et indique 932 000 immigrés présents en France de plus de 60 ans, soit 22% des immigrés recensés (Thave, 1999). Un autre prend le recensement de 1999 et fait apparaître que 359 500 étrangers ont 65 ans et plus sur un total de 3 258 539 étrangers.

Un certain nombre de publications adopte un ton catastrophiste face à la forte augmentation – supposée – du nombre d'immigrés âgés. En fait, selon Guichard et Lechien (1993) les statistiques indiquent que la proportion de personnes âgées au sein de la population étrangère n'a pas varié depuis un siècle. Depuis 1946, le poids des plus de 65 ans a oscillé entre 7 et 9% (Benettig, 1999). « La nouveauté n'est pas le vieillissement mais l'intérêt porté par les pouvoirs publics à cette question ». Un traitement spécifique de la vieillesse immigrée est mis en place et elle est constituée en « problème social crucial » (Guichard et Lechien, 1993).

Une population différenciée selon son mode de logement

Deux types de vieux immigrés sont essentiellement représentés dans la production scientifique : soit ceux qui résident en foyers du type de ceux de la Sonacotra, soit ceux qui demeurent en habitat ordinaire, le plus souvent en logement social. Ces deux catégories renvoient à des populations spécifiques qui relèvent d'un traitement politique différencié.

Les vieux migrants en foyer

Le vieillissement des travailleurs immigrés vivant en foyer est une réalité qui prend de l'ampleur. En 1995, le nombre de résidents en foyer est évalué à près de 140 000 répartis entre 710 foyers, dont plus du tiers se situent en Ile de France. Les âgés (dont l'âge n'est pas précisé) représentent environ 10%, mais ils se répartissent inégalement sur le territoire, selon l'ancienneté locale de la migration. En 10 ans, il y aurait eu multiplication par 5 du nombre des plus de 55 ans dans les foyers. Aujourd'hui plus du quart des lits en foyer sont occupés par des plus de 55 ans. Leur espérance de vie est de 70 à 75 ans (Bernardot, 1999).

Entre les recensements de 1990 et de 1999, la population en foyer a diminué de 23%, mais le nombre de plus de 60 ans a plus que doublé. En 2001, la SONACOTRA hébergeait plus de 4000 résidents de plus de 70 ans (Paublan, 2003).

Ridez et al (2001) dressent un état des lieux de la question des foyers et retracent leur histoire. La Sonacotra, créée en 1956, a été fondée pour résoudre rapidement les problèmes de logement de travailleurs arrivant en masse de l'étranger. Créés dans une fonction d'hébergement transitoire, les foyers prennent statut de domicile permanent (Giudicelli, 1999). Aujourd'hui, les foyers se transforment peu à peu en résidences sociales (Desrumeaux, 2000/2001), dans le souci d'améliorer les conditions de vie ce qui ne relève pas uniquement de l'habitat. En effet, on assiste à des modifications de la répartition des nationalités représentées (baisse des Maghrébins), avec l'arrivée de plus jeunes, et davantage d'Européens, ce qui risque de remettre en cause des équilibres anciens fondés sur des habitudes culturelles enracinées.

La situation n'est pas homogène sur tout le territoire français. La « répartition spatiale et sociale » des immigrés est structurée par l'habitat : les foyers les plus anciens (construits dans les années 1955-1965, surtout dans les grandes villes et dans le Nord) sont occupés par des plus âgés. Le confort y est réduit, la vie est plus communautaire (Bernardot, 1999). Un second niveau de catégorie se superpose à celle-ci, selon le secteur d'activité des travailleurs immigrés. Bernardot (1999) distingue deux populations :

- les « hommes du fer »³, ont été assignés sur le même lieu de production et de résidence, ils perçoivent une retraite à taux plein, leur salaire leur a permis d'entretenir des liens au moins économiques avec leur pays d'origine, le foyer est vécu comme une « maison »
- les « hommes du béton » : souvent victimes d'accidents de travail, de période de chômage, avec des revenus plus faibles, le passage à la retraite s'effectue via l'invalidité ou le chômage longue durée, les relations avec le pays d'origine sont distendues, le foyer est vécu comme un « caveau » (idée de mort sociale).

Ce dernier groupe serait plus important. Les travailleurs immigrés vieillissant en foyer vivraient en majorité une retraite « immobile ». Malades, dépressifs, ils subissent la vie en collectivité et se replient sur eux.

Raisons économiques et raisons médicales les retiennent en France. 45% des résidents déclarent vivre dans le même foyer depuis plus de 10 ans, voire 20 ans : autant d'années dans une chambre de plus ou moins 10 m², avec toilettes et cuisines collectives. Dans cette promiscuité qui engendre des règles de vie contraignantes, vieillir est encore plus difficile. Un rapport de l'IGAS qualifie l'espace individuel du résident comme un domicile « inappropriable, déhumanisant et morcelé » (Bas Théron et Michel, 2002). Malgré tout, cet espace serait souvent considéré comme leur domicile et les plus âgés préféreraient y rester plutôt que d'entrer dans une institution. Ce peut être cependant un « choix » par défaut, l'accès à une institution n'étant pas aisé pour eux. La population immigrée, en particulier celle vivant en foyer, n'accède que rarement aux structures de droit commun par manque de ressources et de « débiteurs d'aliments » présents en France. Se pose aussi dans les établissements le problème de la coexistence avec une population féminisée dont l'âge, les revenus, les modes de vie diffèrent (Desrumeaux, 1998). Pour le même auteur, il est néces-

3. Selon l'expression de S Bonnet et E Kagan, *L'homme du fer : mineurs du fer et ouvriers sidérurgistes lorrains immigrés en foyer*, Presses Universitaires de Nancy, 1983.

saire de concevoir des structures adaptées et intégrées au sein de foyers réhabilités ou sur le territoire communal avec le souci de lutter contre l'isolement et de coordonner l'intervention des services de droit commun. Cela sous tend une volonté politique affirmée. Or on assiste à une quasi absence de réponses publiques concernant cette population, qui longtemps se sont davantage tournées vers les populations plus jeunes. Desrumeaux (2000/2001) cite le rapport dit Cuq de 1996 (Cuq, 1996) qui évalue le nombre de personnes âgées dépendantes dans les foyers de migrants à 822 en 2000 et conclue que la question de la dépendance des vieux en foyers n'est pas d'actualité. Cependant la circulaire du ministère de l'emploi et de la sécurité du 6 février 1998 a ouvert aux étrangers le bénéfice de certaines allocations : allocation adulte handicapé, allocation supplémentaire de vieillesse ou d'invalidité, allocation spéciale vieillesse.

Si rester vivre au sein du foyer fréquenté depuis de longues années semble la solution la mieux correspondre aux souhaits des résidents, ces structures ne sont guère adaptées à une population vieillissante et handicapée. La prise de conscience de ces problèmes à la Sonacotra est relativement récente et date d'un rapport de 1995 : la position est de pouvoir répondre aux besoins des résidents âgés et d'établir des passerelles avec des structures d'accueil et de soins. Les gestionnaires sont à la recherche de solutions où se dessineraient des « unités de vie » adaptées aux besoins spécifiques de ces populations (Bernardot, 1999). Par exemple, en réservant le rez-de-chaussé aux plus « dépendants » et en adaptant les logements. Mais la mise en place de ce type de projets doit tenir compte d'un certain nombre d'éléments spécifiques à cette population. Le séjour prolongé, l'isolement familial et l'état de santé font des migrants des résidents qui rencontrent des difficultés pour accéder aux prestations sociales et aux soins. De plus, du fait de la barrière de la langue et de la culture, il semble que les migrants âgés « faux célibataires » acceptent mieux le soutien de la part de compagnons comme eux, que le recours à une aide professionnelle (Kuntz, 1999).

Les recommandations que l'on trouve dans différentes études et publications se situent dans le cadre du droit commun. Il semble y avoir un certain consensus autour du fait que, d'une part les actions doivent intégrer que leur « chez eux » se situe entre ici et leur pays d'origine, (le foyer est « leur domicile » donc il est essentiel qu'il soit adapté à leur vieillissement) et que, d'autre part, cette population doit entrer dans les dispositifs gérontologiques, comme l'APA (Bas-Théron et Michel, 2002). Benattig (1999) suggère de créer un habitat à taille humaine, bien intégré dans le quartier, avec des prestations internes au coût accessible et avec le soutien d'un réseau coordonné de services pour personnes âgées. Toutefois comment prendre tout de même en compte les spécificités comme les réticences culturelles à faire appel à des aides ménagères ? que dire des réticences des aides à domicile à intervenir dans de tels lieux ?

Comment engager une réflexion globale sur l'adaptation des foyers au vieillissement des migrants pour leur proposer un cadre de vie et leur permettre de retrouver des repères historiques, culturels et leur dignité? (Bernardot, 1999).

Un exemple d'initiative entre droit commun et spécificité⁴

Une maison de retraite à Duisbourg, en Allemagne est ouverte depuis 10 ans : du personnel parlant les langues des pensionnaires est recruté (un tiers est d'origine étrangère) « ce qui est essentiel pour les malades Alzheimer » qui peuvent oublier le peu d'allemand qu'ils ont appris. Cette maison de retraite est la seule en Allemagne à avoir une chapelle et une mosquée.

Les vieux immigrés en logement social

Simon (2003) propose une analyse des politiques de logement social à l'égard des immigrés. Elles se sont toujours situées dans un entre deux ambigu entre le traitement spécifique et la prise en charge par le droit commun, à la recherche d'un difficile équilibre entre des politiques sectorielles (emploi, habitat, école...), catégorielles (les travailleurs, les femmes, les jeunes, les immigrés, les exclus...) et territoriales (quartiers, bassins d'emploi, agglomération...). La politique de l'habitat a d'abord suivi une option de traitement spécifique à l'égard des immigrés (ex le FASILD, la SONACOTRA). Mais ce traitement spécifique n'aura concerné qu'une petite fraction des populations immigrées qui pour l'essentiel relèvent de dispositifs de droit commun pour accéder à un logement « digne ». Cependant ces dispositifs n'assurent pas la mobilité résidentielle des immigrés, du fait de discriminations qui pèsent sur eux dans l'attribution de logements. Par l'indifférenciation, les politiques sociales laissent prospérer un marquage pratiqué par les propriétaires privés et les bailleurs sociaux.

Cet auteur démontre comment une catégorie à risque a été construite du fait des logiques d'attribution des logements sociaux inscrites dans un système d'acteurs – organismes HLM, élus, pouvoirs publics, collecteurs du 1%. Avec la création et le développement du logement social, les populations immigrées logées précairement ont d'abord connu une trajectoire résidentielle ascendante. Mais l'accès des immigrés au parc social s'est effectuée dans des segments particuliers, zones moins attractives, mal situées, en voie d'obsolescence. Les trajectoires résidentielles des immigrés, hors de ce parc, se sont trouvées bloquées, confortant la représentation d'une assignation à résidence. Les souhaits de mobilité exprimés reflètent l'envie de cette population à ne plus subir le discrédit attaché aux quartiers sociaux. Mais en même temps,

4. Allemagne : maison de retraite multiculturelle pour immigrés. Seniorscopie. 6 juillet 2004.

nombreux sont ceux qui y ont établi des racines, des réseaux de relation familiaux, amicaux et institutionnels.

La problématique des immigrés vieillissants en habitat social recoupe celle plus générale du « vieillir en cité », défini par Wittmann (2003) comme un double stigmaté. Selon lui, vieillir dans une cité constitue une manière particulière de vieillir et une manière particulière de vivre dans une cité. Cette réalité, souvent délaissée par les médias, les politiques publiques et par la littérature sociologique, s'articule autour d'un double stigmaté : celui d'être vieux dans un quartier où la jeunesse est prédominante, et plus généralement dans une société où la jeunesse constitue une valeur fondamentale ; et celui de vivre dans un environnement défavorisé, et de ne pas avoir accès aux rôles sociaux et familiaux véhiculés par l'image de la retraite privilégiée représentée dans les médias. La situation sociale de ces personnes âgées et l'environnement dans lequel elles vivent sont un rappel incessant de ce stigmaté, dont le « maniement » passe par des processus de justification dans le discours et par des stratégies de distinction physique et sociale qui leur permettent de protéger leur identité. Le poids de ce stigmaté diffère toutefois selon les personnes âgées, autour de deux facteurs majeurs : l'âge et l'état de santé qui en est le corollaire et le capital familial et social. Wittmann précise quatre manières de vivre la vieillesse dans une cité : le repli d'exclusion, le repli de protection, la participation détachée et la participation exclusive.

Mantovani (1998) quant à lui souligne que :

- les personnes âgées restent très majoritairement attachées à leur lieu de résidence et au quartier mais aussi aux valeurs fondatrices du logement social. Elles sont ainsi de véritables « dépositaires des modèles du vivre en collectif ». Toutefois, ce sentiment d'appartenance à une entité sociale semble aujourd'hui remis en cause.
- les personnes âgées décrivent leur cadre de vie comme globalement favorable à leur maintien à domicile (à l'inverse du regard stigmatisant posé par l'extérieur). En vieillissant, beaucoup font état d'une stratégie de recentrage sur l'espace de la cité (qui peut être lue dans des termes de déprise).
- les femmes âgées souvent seules font état d'un sentiment d'insécurité accru résultant en partie de la délinquance mais aussi des aléas de santé, du sentiment du vieillir et des difficultés rencontrées sur le plan social et relationnel.

Si le recoupement entre le vieillir dans une cité et vieillir dans l'immigration paraît évident, il ne semble cependant pas exister d'études sur le vieillir en cité quand on est immigré. Comment se composent les logiques du vieillir et celles de l'immigration ?

Des initiatives portées par l'UNAFO⁵

– Connaître les publics, repérer leurs besoins pour agir au plus près. C'est l'une des constantes des actions mises en place par les gestionnaires de foyers et de résidences sociales. Organiser des soins ou mettre en place une aide à domicile, implique d'avoir cerné au plus juste les besoins des personnes concernées et d'être assuré qu'elles sont ouvertes à l'idée de bénéficier d'une aide. Ainsi, Angélique Bonnardel, animatrice sociale de proximité chez Aralis, a réalisé, conjointement avec le CLIC de Villeurbanne, un questionnaire à destination des résidents du Foyer Pressencé, dans lequel elle intervient. « L'objectif était de valider certaines hypothèses et de les identifier clairement », nous dit-elle. « Nous avons donc mené un entretien d'une heure environ avec chacun des résidents et les avons interrogés sur des thèmes très larges : niveau d'étude, lieu de résidence de la famille, pratique du va-et-vient, réseau amical, perception de la maladie, de la mort, connaissance des structures d'accueil des personnes âgées, modes d'accès aux soins... Autant de questions qui nous ont permis de cerner leurs habitudes, leurs difficultés et d'en déduire les actions à mettre en place à leur égard ». – S'appuyer sur des médiateurs pour faciliter et pérenniser l'accès aux soins de droit commun. Une fois les besoins repérés, il faut organiser la mise en place de l'aide, qu'elle soit médicale ou sociale. Plus encore, il convient que cette aide s'inscrive dans le temps. Il s'avère donc indispensable d'être au plus près des résidents, de les accompagner dans leurs démarches et dans leurs relations avec leurs médecins référents. Alotra, à Marseille, a fait le choix de créer un poste d'animatrice santé. Ce poste s'inscrit dans la mise en place d'un « Espace aîné » chargé d'aider les personnes âgées immigrées de la résidence Viala dans leur quotidien et de les engager dans une démarche de soins préventive, voire curative. Mobiliser les réseaux, engager des partenariats

– Médecins généralistes, infirmiers, services psychiatriques, hôpitaux, Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) sont autant d'acteurs incontournables, puisqu'ils assurent les soins et l'accès aux structures de soins ou d'hébergement des populations vieillissantes. Le médiateur a donc pour mission d'engager la relation avec ces acteurs et de faire le lien avec le public hébergé. Christel Sabato est entrée en contact avec un jeune médecin généraliste, le docteur Djemai, qui s'occupe aujourd'hui d'une petite dizaine de résidents. Il reconnaît que la barrière de la langue est la plus grande difficulté pour ces populations d'origine étrangère, notamment pour le suivi de la prise en charge médicale.

5. <http://www.unafo.org/vieill.asp>

– Ouvrir des horizons, rompre l'isolement. La santé n'est pas la seule préoccupation liée au vieillissement. L'isolement, le repli sur soi, l'inactivité sont autant de conséquences inhérentes au passage à la retraite, par exemple. Un constat d'autant plus lourd que le public concerné vit parfois dans des conditions inconfortables ou inadaptées à des personnes en perte d'autonomie. La famille est loin, les relations amicales sont appauvries par une existence jusque-là entièrement consacrée au travail. Agir sur les problématiques de vieillissement implique donc d'initier de l'activité au sens propre du terme. « La mise en place de groupements de locataires ou de soirées festives participe à rompre la solitude de nos résidents », précise Angélique Bonnardel. « Nous avons également porté un projet de jardin, qui est intéressant à plusieurs titres. Cela revalorise le site, permet le dialogue et le mouvement physique. »

Diverses initiatives se sont mises en place, initiées ou nom par l'UNAFO. Il ne semble pas y avoir eu capitalisation de ces démarches, ni réflexion évaluative. Il est donc impossible de savoir en quoi elles atteignent ou non des objectifs d'amélioration du vieillir immigré en cité. On ne sait pas non plus comment elles sont discutées au sein des institutions impliquées, comment elles entrent dans leurs stratégies de gestion de l'habitat.

La population vieillissante immigrée est qualifiée le plus souvent de manière englobante en des termes négatifs : isolée, vieillie précocement, à faible ressource, aux droits limités... A titre d'exemple, un café social a ouvert à Belleville, « un café contre l'isolement et la précarité », lieu d'accès aux droits et de suivi social mais surtout espace d'écoute pour « les migrants âgés dont personne n'avait prévu qu'à leur retraite ils resteraient ici » (Raynal, 2004).

La littérature montre combien l'habitat est perçu tout autant comme facteur de renforcement de l'isolement, de la dégradation de l'état de santé moral et physique que comme un facteur d'intégration sociale. De nombreuses questions sont soulevées : qu'est ce que le chez soi quand on vit dans un foyer, quand on est dans le va-et-vient avec son pays d'origine ? Comment se jouent les stratégies et solidarités familiales, envers les ascendants, les descendants, envers la famille restée au pays, celle immigrée ?

Population masculinisée, définie par son statut de travailleurs, on tend à oublier de s'interroger sur la vie des femmes immigrées ; alors qu'une sur trois vivrait seule (du fait de la différence de longévité entre hommes et femmes), contre un homme sur 7 ; et que 25% d'entre elles ont travaillé ou travaillent encore, contre 60% des hommes (Thaves, 1999). Il semble aussi que les femmes sont moins nombreuses à souhaiter rentrer au pays, notamment pour préserver une certaine indépendance acquise dans le pays d'accueil

(Bolzman, et al, 1999, Guichard et Lechien, 1993). Des analyses tenant compte des différences selon le genre mériteraient d'être réalisées.

Discussion

Le traitement de la question des immigrés vieillissants, dans la production scientifique ou d'étude concernant le vieillissement, est exemplaire de la place que peut tenir dans une société une population qui se trouve au croisement des deux thématiques de l'immigration et du vieillissement. Du côté de l'immigration, peu d'intérêt tant que l'ordre public n'est pas perturbé. On le sait, le principe d'intégration républicain de la France limite la mise en question de la place des minorités (au contraire de l'approche plus culturaliste de certains pays comme l'Angleterre ou les Etats Unis d'Amérique du Nord). Du côté du vieillissement, la discrétion est aussi de mise tant que des problèmes de santé ne viennent pas mettre en avant des enjeux de santé publique, notamment en termes de coût. Les vieux immigrés n'apparaissent pas comme une population méritant l'intérêt (comme l'écrit un auteur : l'immigré âgé est d'abord « absent de l'imaginaire social »).

C'est donc à travers son aspect le plus visible, celui d'un habitat spécifique (les foyers type Sonacotra) que les migrants trouvent place dans certains travaux. On y retrouve la figure de l'immigré « isolé » (à la fois isolé et en foyer!). Hélas, la vie sociale de ces retraités immigrés (malgré l'absence de cette désignation dans les références répertoriées, on peut imaginer que ces anciens travailleurs touchent en général une retraite) vivant en foyer est fort mal connue. Une fois de plus, l'hypothèse d'un isolement posée, les chercheurs ne peuvent être sollicités à travailler sur la sociabilité de cette population.

Par ailleurs, le lien n'est pas fait entre les immigrés retraités vivant en foyer et ceux qui vivent en habitat ordinaire : quels sont les passages de l'un à l'autre, quels sont les effets de la discrimination à l'égard de ces minorités en matière de logement? Discrimination (« raciale », culturelle) et âgisme se combinent-ils pour effacer les vieux migrants du paysage social, ou pour les reléguer dans des lieux stigmatisés par la pauvreté?

VIII. La participation des personnes âgées

Il s'agit dans cette partie de tenter de faire le point sur la question de la participation des personnes âgées aux décisions qui les concernent. L'examen des bases de données révèle tout d'abord que cette thématique est assez peu travaillée en tant que thématique en soi, particulièrement à propos de la population la plus âgée, la plus « dépendante ». Bien des textes officiels insistent pourtant sur le rôle que devraient avoir ces personnes dans la conception et l'application des politiques de la vieillesse, mais au delà des objectifs affichés, bien peu de mesures concrètes sont prévues pour parvenir à ces objectifs.

Différents textes signalent que les personnes âgées sont négligées en tant qu'usagers ou citoyens à part entière. Nous relirons les parties précédentes de ce rapport pour repérer, selon les figures explicites ou implicites de la vieillesse qui y sont prioritairement développées, quels sont les obstacles, (mais quelquefois aussi les possibilités), à la participation des plus âgés à la prise en charge de leurs problèmes. L'avantage de la méthode est qu'elle permet de se placer à différents niveaux de la prise de décision : la place du futur résident dans une maison de retraite en projet ne pose pas les mêmes questions que celle du consommateur face à de nouveaux produits, ni même que celle du « dépendant » dans l'univers des services gérontologiques.

Quel pouvoir pour quelles personnes âgées ?

Pourtant et plus généralement, on a pu se demander si les « vieux » n'étaient pas en train de conquérir un nouveau pouvoir. Viriot Durandal (2003) s'est donné les moyens d'apporter des éléments de réponse au débat sur le « pouvoir gris », en enquêtant sur les organisations représentatives françaises, tout en informant aussi sur ce qui se passe à l'étranger. Tout d'abord, une remarque

terminologique : de très loin, le mode de désignation favori, en France, de la classe des gens âgés, lorsqu'on veut parler en terme de participation ou de représentation, voire d'organisation collective, est celle de « retraité ». Pour d'autres pays, on peut désigner aussi des « anciens » ou des « aînés », mais du fait que ces organisations françaises se sont construites largement dans leurs rapports qu'elles entretiennent avec un Etat puissant, c'est la catégorie la plus précocement partenaire de la politique de la vieillesse qui s'est imposée.

Au bout de son enquête, l'auteur relativise beaucoup le pouvoir effectif des retraités en tant que force politique : « En définitive, l'expression politique d'une force structurée et homogène des retraités est avant tout déterminée par les processus de socialisation politique antérieurs à la sortie d'activité. Les critères d'âge jouent d'autant moins que les retraités en tant que groupe social représentent un ensemble dont l'hétérogénéité sociale, économique, culturelle ne favorise pas le développement d'une identité collective assez forte pour servir de déclencheur à une mobilisation électorale ». (Viriot Durandal, 2003 p. 465). On est donc loin du rôle de telles associations dans les pays anglo-saxons, dans lesquels les organisations de défense des retraités « exercent des pressions sur l'ensemble des acteurs intervenant dans la couverture des besoins des retraités (assurance vie, assurance santé, assurance obsèques, maison de retraite...) quels que soient leurs statuts (privé, public, semi-public...) ».

De plus, ces retraités français, actifs dans l'espace public, les plus engagés dans l'action collective, sont plutôt triés sur le volet : parmi les plus jeunes, parmi les plus aisés économiquement. Ils représentent nettement la classe moyenne française. Ceci dit, il n'est pas impossible que ces classes d'âge, en vieillissant, ne continuent pas sur cette lancée. De plus, ce mouvement peut s'amplifier car les baby boomers qui vont suivre ont acquis des habitudes en matière revendicative. Jean-Philippe Viriot Durandal fait remarquer que l'engagement dans la revendication de ces retraités est soutenu par le sentiment d'exclusion du système productif. Ils ont une place symbolique à reconquérir, et en cela (c'est nous qui l'ajoutons) ils rejoignent sans doute le sentiment des plus vieux encore. Le combat pour la conquête d'une vraie place dans la société ne fait sans doute que commencer pour eux.

D'ailleurs, même si les retraités revendicateurs sont très centrés sur les retraites, il n'est pas impossible qu'on assiste en France à une évolution semblable à celle des Etats-Unis, où la puissante AARP (American Association of Retired Persons), en ouvrant sa porte aux adhérents dès 50 ans (« senior citizens ») s'engage peu à peu vers une approche liée aux problématiques du vieillissement en général : « La qualité de "senior" n'est donc plus rattachée à la retraite mais au vieillissement en tant que processus dans le cycle de vie » (Viriot Durandal, 2003 p. 260). Sans que l'auteur n'y insiste véritablement, on peut relever ça et

là dans son ouvrage que ce glissement est peut être en cours en France : les retraités, d'habitude très centrés sur le pouvoir d'achat de leur catégorie, ont ainsi manifesté à propos de l'Allocation Personnalisée Autonomie. Mais aussi les organisations représentatives diffusent des informations, par des revues en particulier, qui couvrent de plus en plus le secteur gérontologique. Elles « forment progressivement des cellules de veille face aux prestataires privés qui opèrent sur le secteur des biens et des services aux personnes âgées ».

Mais tout cela est davantage analysé en termes de tendance que véritablement accompli. La question de la représentation des personnes âgées handicapées (« dépendantes ») par les retraités n'est toujours pas évidente, au moins dans notre pays. Dominique Argoud pour sa part estime que les professionnels des services gérontologiques sont plus à même de représenter les bénéficiaires de ces services que les retraités (Argoud, 2002). Quant au fait de savoir se représenter soi-même, il n'est pas distribué de manière égalitaire. Par exemple en établissement de retraite : Thomas et Saint-Jean, (2003) ont montré que la capacité de préserver des marges de choix dans la vie quotidienne et de maintenir une citoyenneté active (mesurée entre autres par la connaissance des droits liés à la vie en établissement) varie grandement selon les établissements et baisse au fur et à mesure que s'accroît la dépendance. L'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle élevée et, dans une moindre mesure, le fait d'avoir travaillé, se révèlent des caractéristiques déterminantes de la préservation des marges de choix et d'autonomie.

Ces marges de liberté dans la participation aux décisions ne sont pas les mêmes selon le statut que la personne âgée peut avoir. Nous pouvons reprendre ce questionnement selon les diverses figures de la personne âgée que nous avons pu rencontrer dans ce travail d'analyse bibliographique.

La figure du dépendant

La notion de dépendance apparaît comme faisant obstacle à l'expression de la personne par la définition même qu'elle implique : la dépendance comme état de la personne, avec sa connotation d'incapacité à accomplir les actes de la vie quotidienne ne favorise pas l'idée d'un acteur qui pourrait avoir son mot à dire sur la gestion de sa vie (Ennuyer, 2002). Or l'incapacité physique au moins n'empêche pas que la personne puisse exercer son pouvoir de sujet. Pour Anne-Marie Guillemard (1994), le rôle des politiques vieillesse dans la définition de la dépendance va avec la perte du pouvoir de participation : « [...] plutôt que de prévenir la perte d'autonomie, ces programmes auraient paradoxalement contribué à renforcer la construction sociale de la vieillesse comme le

temps de la dépendance et du recul de l'autodétermination ». Stigmatiser par la dépendance plutôt que par le handicap c'est mettre l'accent sur la faiblesse dans son rapport avec les autres.

Une des mesures de la participation à la gestion de leur vie des personnes « dépendantes » est l'évaluation de leur rôle dans la demande en services d'aide à la personne. Pour Clément et Drulhe (1992) ce rôle est très modeste. Les recherches sur les aidants familiaux montrent aussi que bien souvent les membres de la famille se considèrent comme clients ou co-clients des services gérontologiques, les négociations sur l'intervention se déroulant entre professionnels et aidants davantage qu'entre professionnels et personne aidée (Twigg, & Atkin, 1994; Roberge et al, 2002). Par ailleurs la facilité à obtenir des services semble liée à la classe sociale : dans plusieurs pays, l'aide au maintien à domicile semble avoir plus largement profité aux classes moyennes et supérieures (Bressé et Dutheil, 2003), et dans ce cas la personne bénéficiaire a davantage pris part à la demande.

Par ailleurs, certains auteurs constatent que les individus participent de plus en plus au financement de leur « dépendance » (Anttonen, 2003). De nouvelles habitudes de consommation de services, en direction du privé en particulier, peut faire évoluer le rapport à la demande, par exemple par l'exigence nouvelle d'une qualité des services. Mais aussi les revendications d'autonomie individuelle par rapport à la famille peuvent participer à modifier l'image de la dépendance.

La figure du handicapé

Nous avons vu que dans certains champs de questionnement, comme par exemple le rapport à la technique, c'est plutôt la figure du handicapé qui est mise en avant. Moins déclaré incompetent dans ses capacités de sujet que le « dépendant », le handicapé semble parfois bénéficier d'une prise en compte de sa volonté de résoudre les difficultés qu'il peut trouver dans ses relations à l'environnement. Ainsi lorsque les concepteurs du métro VAL s'interrogent sur l'accessibilité de leurs voitures à la population âgée (Juguet et Chevrier, 1999) ils mettent en scène des figures qui ne se réduisent pas à celle de « personne à autonomie réduite », ainsi que les auteurs l'analysent, et tracent le profil de personnes à mobilité réduite où l'on trouve aussi bien des gens âgés que des femmes enceintes... La notion même de handicap, qui met en parallèle un phénomène individuel (l'incapacité d'un individu) et un phénomène collectif (la production d'un environnement matériel) laisse la place aux interrogations sur l'interaction entre personne et milieu, et ouvre donc sur la décision de l'acteur.

En matière d'habitat la figure du « handicapé » plutôt que du « dépendant » permet une stratégie d'essais et d'erreurs pragmatique. Les centres de conseil pour les handicapés, largement développés en Europe du Nord, et mis en place récemment en France sous le sigle de Sites de la vie autonome s'inscrivent dans cette stratégie, où il s'agit d'adapter pas à pas l'habitat au handicap dans un certain suivi de la personne. L'aménagement de l'habitat peut être un point d'observation privilégié de la participation de la personne aux conditions de sa vie quotidienne, si on prend toutefois la peine de la considérer comme partie prenante du processus d'aménagement. Pour certains auteurs (Conte, 1995), les individus sont encore trop peu considérés comme médiateurs dans la conception des produits. Par contre, les usages peuvent être observés pertinemment pour adapter les produits à leurs usagers.

Certaines recherches montrent que le handicapé n'est pas seul face aux produits techniques disponibles sur le marché. Cette dimension sociétale, qui replace la personne dans son réseau, familial et social, est décrite par les auteurs. L'enquête Handicap-Incapacité-Dépendance a montré un résultat qui peut paraître paradoxal : les personnes seules recourent moins à des aides techniques (Kerjosse et Weber, 2003). Le paradoxe est levé lorsqu'on s'aperçoit à quel point l'entourage est convoqué lorsqu'il s'agit de prendre la décision d'achat ou d'aménagement. Pour Françoise Le Borgne et Simone Pennec (2000) les usages des objets techniques introduits dans l'habitat et les aménagements entrepris sont différenciés et déterminés davantage par les stratégies personnelles, les formes de l'organisation familiale et les normes de l'intervention des professionnels que par le degré du handicap ou l'âge. Les usages et stratégies dans les rapports aux objets et à autrui sont à saisir à la lumière des représentations qu'élaborent les personnes âgées sur leur handicap et s'inscrivent dans une recherche de continuité. Les objets sont ainsi valorisés s'ils permettent de soutenir le projet de la personne âgée et de maintenir les relations conjugales, filiales et amicales. Les objets marqueurs du handicap sont rarement retenus ou vite abandonnés au profit d'objets ordinaires achetés ou bricolés qui permettent l'indépendance au quotidien. La place de la personne âgée dans le choix et l'orientation des adaptations résulte de sa capacité à faire entendre sa stratégie personnelle au sein des diverses configurations familiales en articulation avec les contraintes et les ressources des cadres d'intervention des professionnels (Le Borgne et Pennec, 2000).

La figure de l'usager

Nous venons de voir que le handicapé pouvait prendre la figure de l'usager pour peu qu'il soit considéré dans son rapport aux usages des objets et aménagements qui le concernent. Les expériences innovantes concernant l'habitat mettent au premier plan l'usager, mais il reste à préciser quelle est sa place effective, car bien souvent c'est d'une manière assez rhétorique qu'est évoquée la participation de l'usager à ces innovations.

Cet usager est d'abord grandement défini comme un isolé. Lorsqu'il s'agit de créer par exemple une structure pour personnes âgées et que l'on veut en évaluer sa clientèle future, c'est d'abord à la personne seule que pensent les concepteurs. Si l'on comprend que les veufs et veuves peuvent être une cible évidente, il n'est pas certain par contre que les candidats éventuels soient socialement isolés. Les définir comme coupés de leur milieu familial et social, comme ayant besoin de sécurité (autre thématique fréquemment citée), c'est les donner comme faibles par avance, et donc peu attendre de leur volonté propre.

Dans ce champ de l'innovation, apparaît un manque important d'évaluation des usages. La participation des usagers à la co-construction des techniques n'est pas vraiment décrite. Mais surtout, autant nous avons pu trouver un assez grand nombre d'expériences innovantes en matière d'habitat, avec de « beaux » projets qui prennent en compte les besoins des usagers, autant les traces d'évaluation des usages effectifs après l'ouverture sont bien rares. En fait, la bibliographie consultée donne l'impression que l'usager est construit à l'avance, et que celui qui est devenu résident est sensé correspondre à ce portrait du public cible, comme si cette population était définie essentiellement par sa captivité : isolé, cherchant la sécurité, il n'a pas les moyens d'imposer ses usages.

Pourtant quelques expériences, souvent citées sans doute du fait de leur rareté, ont voulu se donner les moyens d'une réelle considération des usages. C'est ainsi que la ville de Rennes a organisé des « marches exploratoires » d'usagers âgés de la ville. La méthode « consiste à organiser une exploration de son environnement avec des groupes de personnes ayant un profil particulier sur un parcours prédéterminé » (Macé et Tyrant, 2004). Des groupes de personnes âgées ont ainsi parcouru la ville et « ont constaté que la ville n'était pas conçue pour les personnes vieillissantes, mais pour des personnes bien portantes, véloces et autonomes, pour aller toujours plus vite ». Des propositions d'améliorations ont ainsi été formulées à la suite de cette démarche originale.

Autre approche célèbre et plus ancienne, celle connue sous le nom de « programmation générative », appliquée dans le cadre du programme SEPIA (Secteur Expérimental de Programmation Innovante pour l'Habitat des

Personnes Agées). L'examen de la documentation qui rend compte de ce programme ne permet pas de se faire une idée absolument claire sur la question de la participation effective des usagers. Au niveau de l'ambition des promoteurs de la méthode, il n'y a aucun doute, la participation des usagers fait l'objet d'une procédure originale de consultation. Même si à l'origine la méthode veut répondre à une demande des architectes (« il y a donc un problème de communication entre les architectes et les gens pour qui ils travaillent », Métropolis, 1991), l'effort de répondre à la demande des usagers âgés est nettement affiché.

Mais comment obtenir la participation de gens âgés « qui ne savent pas toujours formuler leur expérience » (Métropolis, 1991)? La programmation générative a prévu en particulier le fonctionnement de « groupes de transaction », « groupes de consultation qui permettent d'associer de multiples usagers (habitants, familles, visiteurs, personnels médicaux, de service ou d'entretien, agents de base de services publics ou urbains, commerçants du quartier) en les répartissant selon des espaces spécifiques dont ils ont des expériences vécues concrètes » (Sechet, et al, 1995). Les usages sont-ils donc connus en tant que tels? Leur expression semble se faire dans la transaction: c'est autour d'une table entre partenaires divers que cette expression se réalise. S'ils semble évident qu'un assez grand nombre d'usagers a pu participer (« un projet pouvait mobiliser jusqu'à 100 ou 200 usagers », Bernard Brunhes Consultant, 1997), la part des personnes âgées parmi ces usagers est mal connue, et leur rôle dans ces groupes fait l'objet de constats plutôt circonstanciés. La question de la participation des personnes âgées à ces groupes de transaction est généralement reconnue comme une « difficulté méthodologique ». Un architecte le dit très justement: « On s'est donné beaucoup de mal pour qu'elles participent mais je pense que les personnes âgées ne le peuvent pas parce que malheureusement elles se prennent pour des objets » (Bernard Brunhes Consultant, 1997 p. 64). Autrement dit, la méthode semble arriver trop tard.

La figure du citoyen

La participation des personnes âgées dans la cité n'est pas une thématique de recherche bien fournie. Là aussi, l'emprise d'une définition gérontologique de la vieillesse est particulièrement lourde. Catherine Gucher a montré la force de la catégorisation des populations par leur âge qui implique leur quasi exclusion des autres politiques: « S'est ainsi développé un processus de catégorisation de la vieillesse qui fait des "vieux" une catégorie d'"intouchables" pour les non-initiés, les non-professionnels, les non-experts. Les vieux ne sont donc pas

accessibles aux politiques urbaines, aux politiques familiales » (Gucher, 1998). Du coup, les élus et les professionnels ont tendance à poser la question de la participation des plus vieux dans la cité en termes de services spécifiques. Cet enfermement catégoriel peut-il être cassé par des volontés politiques ?

Si l'on en croit un ouvrage récent qui rend compte de diverses expériences menées par des municipalités dans ce sens (Institut des villes, 2004), une certaine prise de conscience de la nécessité de re-considérer le problème de la participation des plus âgés à la vie citoyenne se fait jour. Ainsi plusieurs moyens sont évoqués pouvant travailler à l'émergence de formes participatives :

- le combat contre l'âgisme. La honte d'être vieux découle du regard des autres. Les pouvoirs politiques peuvent essayer de renverser la tendance, de façon à limiter le sentiment, chez les plus âgés par exemple, d'avoir vécu trop longtemps (Cribier, 2004), ou d'être considérés comme des objets.
- favoriser l'expression collective des âgés par des institutions spécifiques. Certaines municipalités ont institué des « Conseils des Sages », mais nous manquons d'études qui évaluent précisément leur rôle. Des critiques sont adressées à cette méthode, qui peut apparaître comme un autre forme de retour des catégories
- travailler avec des associations locales, pas forcément définies par l'âge de leurs adhérents, mais en pariant que l'engagement des jeunes retraités d'aujourd'hui se maintiendra dans le temps, et qu'ils vieilliront comme adhérents (Schléret, 2004)
- mieux connaître par l'étude les populations concernées. Le citoyen âgé n'est pas connu par les élus tant que des moyens de connaissance ne sont mis en place. Les études, à propos d'un nouvel équipement par exemple, peuvent apporter des éléments de connaissance, pour peu que la population soit véritablement interrogée (par exemple Aida, 2001).

La participation des personnes âgées dans la cité pose sans doute des problèmes identiques à bien d'autres populations. La particularité des plus âgés d'entre eux, c'est que beaucoup de monde parle à leur place : des professionnels, des élus, des familles, les jeunes retraités. Aussi, la question de leur participation à la vie citoyenne tient autant aux changements d'attitude de ces divers « porte parole » que des plus âgés eux-mêmes.

Conclusion

Trois notions essentielles en matière de réflexion sur les processus de vieillissement ont servi de fil directeur à cette entreprise d'analyse bibliographique : les usages, les normes, l'autonomie. Après l'examen de près 600 références, leur analyse ordonnée, les discussions que ces analyses ont suscitées (qui constituent des sortes de synthèse auxquelles le lecteur pressé peut se reporter), nous pouvons rassembler quelques éléments de conclusion selon ces trois notions principales.

Les usages

Le premier constat qui peut être fait sur les usages des personnes âgées porte sur la méconnaissance de ces usages. Nous avons noté un effet de la catégorisation trop homogénéisante en « personnes âgées », qui a pour conséquence de lisser les positionnements sociaux des gens âgés, comme si l'âge effaçait le poids du passé, en termes de place dans la hiérarchie sociale, d'usages différenciés par la place dans la société. La faiblesse des recherches sur le genre est un bon indicateur de ces effets, mais aussi le peu d'intérêt pour les inégalités sociales de santé à la vieillesse. On sait mesurer la « dépendance », mais ce n'est pas toujours ses indicateurs qui savent expliquer les différences d'usages, dans l'accès aux services, dans les stratégies différentes de vieillissement.

Lorsqu'il s'agit de penser l'innovation, pour des services ou des structures d'accueil, le portrait de « l'isolé dépendant » constitue une sorte d'écran qui empêche de s'interroger véritablement sur les usages. A propos de populations particulières, comme les immigrés vieillissants, nous retrouvons des phénomènes identiques. Mais lorsque les réalisations sont effectuées, les

évaluations qui pourraient en apprendre sur ces usages sont rares. Il est ainsi difficile de connaître la vie sociale dans ces habitats où l'on décrète de l'inter-générationnel, ou de mesurer les utilisations effectives des technologies présentées comme les dernières prouesses de nos ingénieurs. Beaucoup de programmes relèvent de l'expérimentation et l'on aimerait aussi avoir une idée de l'importance quantitative de ces réalisations très dispersées, dont il est difficile de connaître la réussite.

A côté des ces usagers trop « construits » a priori, certaines opérations, bien peu fréquentes, se soucient de construire l'utilisateur dans son rapport aux offres techniques ou de services : il s'agit de prévoir, d'une manière pragmatique, la place de l'utilisateur au cours du développement de ces équipements. Il n'est pas alors un « donné » présumé, il est une potentialité qui va prendre forme au cours de l'application du programme. Il est défini d'abord comme le porteur d'une parole qui peut être prise en compte. Certains bâtisseurs, certaines municipalités ont développé des approches originales, restées parfois confidentielles, car réalisées dans le cadre d'études. La coupure entre monde des bureaux d'étude et la recherche universitaire constitue un obstacle majeur dans la connaissance de ces opérations¹. Une autre coupure, celle qui sépare le médical du social, a des conséquences aussi en matière de connaissance des usagers et des usages, nous en avons donné un exemple à propos de l'alimentation.

Pistes de recherche qui pourraient être ouvertes sur ce versant des usages différenciés au cours du vieillissement :

- Comment les inégalités à la vieillesse (états de santé, dans le recours au service, de revenus...) sont prises en compte par les politiques
- La compréhension et l'utilisation des dispositifs par les personnes âgées (et leurs proches)
- La participation et la représentation des personnes âgées dans la définition des politiques et l'évaluation des dispositifs
- Les usages des moyens technologiques, en séparant le spécifique vieillesse du non spécifique, en étant attentif aux différenciations sociales
- La place de la relation entre humains dans les usages des technologies destinées à la vieillesse

1. Nous avons tenté de réduire cette coupure dans notre propre recherche en interrogeant en particulier les sites internet spécialisés, qui donnent davantage accès à cette « littérature grise » peu repérable sur les bases de données classiques de la recherche.

- Bilan national et international des réalisations dites innovantes : évaluation, comparaison
- Co-construction entre projet technico-architectural et projet de vie
- Les usages des aides techniques et des aménagements du logement.
- Les liens sociaux, la sociabilité dans les lieux d'expériences innovantes (sentiment de solitude et situations d'isolement)

Les normes

Le vieillissement des personnes est accompagné par des processus normatifs très forts. Ce sont des images exogènes de la vieillesse qui sont présentées à des individus qui ne se représentent pas toujours aussi vieux qu'on leur dit. Dans une ambiance globalement « âgiste », les normes de vieillesse sont assez diverses. Ce qui a été dénoncé comme « âgisme » n'est pas seulement la tendance à placer sur un pôle positif la jeunesse et sur un pôle négatif la vieillesse, c'est de faire du critère « trop d'âge » le seuil qui permet à la société de prendre en charge selon l'âge la gestion des diverses carrières des individus, aussi bien professionnelle que sanitaire. Mais du coup, différentes normes sont produites par les politiques publiques. Les Etats orientent les processus normatifs : en France, le choix de la « dépendance » pour désigner et sanctionner les handicaps liés à la vieillesse donne la place à une stigmatisation selon l'âge dont il serait bon de connaître les effets.

La prise en charge médicale de la vieillesse est devenue emblématique de la vieillesse à problème, au sein d'un imaginaire social qui a du mal à penser d'autre statut que celui de jeune retraité dynamique ou de « dépendant » isolé et coûteux à la société. Pourtant les professionnels en charge des plus âgés n'ont pas forcément la même vision du processus, et produisent des normes qui peuvent se trouver en concurrence (nous en avons donné un exemple à propos de la vieillesse en banlieue nord américaine). Il est des lieux et des institutions où se jouent des définitions sociales du vieillissement, mais la recherche, ou l'étude, n'a pas encore pris le problème avec toute l'attention qu'il mérite. La gérontologie n'a pas tout à fait le monopole sur la production de ces normes, bien qu'elle tende à les étendre au delà de ses institutions d'origine.

Les gens âgés eux-mêmes, leur entourage, des associations, travaillent à changer les normes dominantes, ou produisent de nouveaux modèles de vieillesse. Nous l'avons vu à propos des transformations dans les modes d'habitat, avec la recherche de solutions substitutives à la cohabitation

intergénérationnelle traditionnelle. Les aînés et leur famille plus généralement expérimentent des formes de liens qui veulent satisfaire les désirs d'indépendance de chacun tout en préservant des liens. Des modèles du bien vieillir ne sont pas calqués seulement sur les productions gérontologiques, mais s'inscrivent aussi dans les trajectoires des individus, inscrites dans l'histoire de leur génération. Les normes évoluent avec le temps, mais les acteurs qui entrent dans leur définition se recrutent de plus en plus largement. Au niveau local de la vie quotidienne des plus âgés, les pouvoirs publics peuvent aussi œuvrer à modifier les modèles.

Pistes de recherche à envisager sur la question des normes :

- Les définitions sociales de la vieillesse et du vieillissement (pas seulement les représentations, mais les définitions en acte : qu'est-ce qu'être vieux, mis à part d'être handicapé ou malade ?)
- Les instances de débat sur les définitions sociales de la vieillesse : institutions, lieux, instances de régulation
- Les représentations et expériences de la vieillesse selon le lieu de vie : en banlieue (sociale et résidentielle) ; en milieu rural
- Les politiques d'aménagement des structures urbaines (instances de régulation, représentations des usagers...)
- Les divers modes d'habiter entre les personnes âgées et leur famille (dont les formes « d'intimité à distance »)
- Le sentiment de sécurité (accessibilité des services) et habitat
- Le travail de normalisation (et ses débats) dans les institutions gérontologiques, voire gériatriques (exemple sur la sécurisation)
- La qualité de (la) vie défendue par les personnes âgées elles-mêmes : stratégies du maintien de l'identité avec les déprises
- Les actions politiques pour favoriser l'expression collective des âgés

L'autonomie

La notion d'autonomie est très discutée sur un plan sociologique ou philosophique, et il est regrettable que la gérontologie ait contribué à réduire le débat autour de l'opposition dépendance/autonomie. Divers auteurs ont contesté ce système d'opposition, spécifique à la gérontologie, et tenté d'ouvrir le débat sur une problématique plus large. Si nous pouvons prendre acte de cette définition gérontologique, il n'en reste pas moins que la question du pouvoir de l'individu âgé sur son devenir peut faire l'objet d'interrogations multiples.

Diverses disciplines peuvent s'entendre sur le fait que le vieillissement remet en cause les capacités de la personne, sur divers plans, mais par contre les réponses que l'individu peut apporter à ces changements sont analysées de façon différentes (tout en se rapprochant parfois) par ces disciplines. Au moment de la grande vieillesse, le réseau autour de l'individu subit des changements importants (souvent veuvage, nouveaux professionnels, perte des amis de sa génération, etc.). Les stratégies de réponses peuvent être analysées en termes de ressources, de pouvoir, de déprise. C'est la place dans ces réseaux en transformation qui peut être analysée davantage en ces termes qu'à l'aide de notions comme l'autonomie ou la dépendance.

La question du pouvoir de la personne au sein de son réseau se pose dès que le besoin d'aide se manifeste, aussi bien du côté familial que du côté des services. Là aussi l'inscription dans la société entre en ligne de compte par le biais des ressources disponibles, sur les plans économique et sociétal. La prévention par exemple ne s'exerce pas de la même façon selon sa place dans la société, qu'elle vienne de l'action de l'individu lui-même, ou qu'elle soit proposée par les professionnels. La façon de s'inscrire dans l'habiter (du « chez soi intime » à l'espace public) manifeste aussi plus ou moins de pouvoir sur sa situation, et l'observation des différences de ce point de vue devrait permettre une requalification des variables sociales mises à mal par une vision de la vieillesse trop homogénéisante.

Certaines recherches ont pris l'option de placer la réflexion sur le vieillissement en termes d'identité et de parcours de vie. L'avantage est de rétablir la continuité de l'individu et en même temps de considérer les étapes de transition comme périodes essentielles à étudier. La vieillesse s'inscrit alors dans la dernière partie d'une trajectoire de vie, avec ses spécificités que peuvent être les dernières déprises et le sentiment de finitude. Le handicap, la maladie, l'interdépendance avec les autres, le pouvoir conservé et le pouvoir perdu peuvent s'analyser dans le cadre de ce parcours de vie et non comme révélateurs d'état de vieillesse. Ces trajectoires sont pensées en tant que telles par les individus, certes de manière diversifiée : les recherches travaillant sur les « cartes mentales du temps »² (Settersten et Hägestad, 1996) représentées par les individus mériteraient d'être développées. Enfin, la comparaison des formes du vieillir selon le genre devraient être systématisées, pour les diverses pistes de recherche à développer.

2. C'est-à-dire la manière dont on se définit par rapport à des normes de transition de vie.

Pistes de recherche possibles dans ce domaine de « l'autonomie » :

- La prévention en matière de vieillissement: au niveau des politiques et des pratiques; les populations visées, les évaluations de dispositifs existants, le point de vue des personnes âgées
- Sociabilité et sentiment de solitude selon le lieu de vie (rural/urbain, institution/domicile...)
- Les formes de la déprise
- Le rapport à l'espace, à la secondarité, les négociations d'arrêt (par exemple de la conduite automobile)
- Le cheminement des personnes âgées dans la ville
- Evaluation des expériences innovantes au niveau des transports, mais aussi de la mobilité dans la ville, qu'elles soient ou non destinées aux personnes âgées.
- La notion de « chez soi » étudié par différentes disciplines
- La constitution de cohortes à partir de 70 ans (2006, et 2015)
- Les cartes mentales du temps
- Le sentiment du « l'habiter quelque part » (dimension du local)
- L'appartenance à de multiples espaces (leur maintien, leur rupture, les négociations)
- Mobilité et immobilité (définitions, facteurs...)
- Le sentiment de sécurité (accessibilité des services) et habitat
- Stratégies familiales et résidentielles

Bibliographie

ADIL 75 (2001). *Les conditions de logement des personnes âgées à Paris*. Paris: Agence Départementale d'Information sur le Logement de Paris, 17 décembre 2001, 27p.

Agence Wallonne des télécommunications. Usages et diffusion des TIC. *La télémédecine*.

<http://www.awt.be/web/dem/index.aspx?page=dem,fr,050,030,008>
(page consultée le 14 février 2005)

AG2R Prévoyance, L'architecture pour le 3ème âge. Remise des prix, in AG2R Prévoyance.

<http://www.ag2r.com/communiquer.asp?idarticle=60&idtheme=4&idsujet=0&offset=1> (page consultée le 14 février 2005)

Aida (2001), *Les attentes des 55 ans et plus à Nantes. Enquête téléphonique*. Analyse, Aida, Toulouse, 76 p.

AIOIS (2002). *Architecture et alzheimer. Les différentes facettes d'un projet*.

2ème journée régionale d'informations mutuelles, Limoges, Association Limousine d'Observation et d'Information sur les Soins. Société de gérontologie et de gériatrie du Limousin, Institut de gérontologie du Limousin.

Akers-Porrini, R. (1997). La visite téléphonique « tiens bon, pépé ». *Réseaux*, n°82-83: 71-98.

Akrich, M. (1990). De la sociologie des techniques à une sociologie des usages. *Techniques et Cultures*, n°16: 83-110.

Algava, E., & Plane, M. (2001). Vieillesse et protection sociale, une projection comparée pour six pays de l'union Européenne. *DREES: Etudes et résultats*, n°134.

Aliaga, C., & Neiss, M. (2000). Les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution. *Echanges – Santé social – La documentation Française*, n°99, 26-30.

Aliaga, C., Wointrain, E. (1999). L'accueil familial des personnes âgées. *DREES : Etudes et résultats*, n°31.

Ambassade de France au Danemark (2002). La politique de soutien aux personnes âgées au Danemark, http://www.amba-france.dk/fr_dksoutienpersagees.htm (page consultée le 14 février 2005)

Amyot, J. (2002). Les projets de vie pour préserver un sens à la vie des personnes âgées dans les établissements . Interview de Jean-Jacques Amyot. http://www.dunod.com/pages/magazine/interview3.asp?id_theme=8&id_interview=100, (page consultée le 15 février)

Amyot, J., & Mollier, A. (2002). *Mettre en oeuvre le projet de vie dans les établissements pour personnes âgées*, Paris : Dunod, 239p

Amyot, J., & Villez, A. (2001). *Risque, responsabilité, éthique dans les pratiques gérontologiques*, Paris : Dunod

Andrieu S, Grand, A., Berthier F, Bocquet H & Pous J. (1997). Predictive factors of institutionalization of dependent elderly persons. *Revue d'Epidemiologie et Sante Publique.*, 45(5), 400-406.

Anghelou, D. (1995). Hébergement des personnes âgées, enjeux et perspectives. *Gérontologie et Société*, n°73, 16-29.

Anglard, A. & Memin, C. (1988). Manger en institution. *Gérontologie et Société*, n°43: 103-106.

Ankri, J. (1999). L'évaluation de la dépendance, une question d'actualité, *Actualités en médecine gériatrique de Bobigny*, 27 novembre 1999, Faculté de médecine de Bobigny.

Anonyme (1992). Le vieillissement rural, n°spécial. *Gérontologie et société*, 63.

Anonyme (1995) *Citoyens âgés dans la ville : Analyse, réflexions et propositions pour 2010*. Rennes: Les cahiers de RENNES.

Anonyme (2001). *L'habitat des personnes âgées* – Groupe de travail n°4 – Année internationale des personnes âgées.

Anonyme (2004a). Villes et vieillir : 1^{er} séminaire : les enjeux urbains du vieillissement de la population. 9-10 octobre, Longwy.

Anonyme (2004b). Villes et vieillir : 3^{ème} séminaire : Mobilité des personnes vieillissantes. Accessibilité à l'espace public., Organisé par l'Institut des villes, la Fondation de France, la Fédération nationale des agences d'urbanisme (FNAU), en collaboration avec le Groupement des autorités responsables de transport (GART). 5 mai 2004.

Anttonen, A., & Sipilä, J. (2003). Les politiques de prise en charge des personnes âgées en Finlande. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* pp. 227-247. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.

Aptel, I., Faliu, B., Berthier, F., Grosclaude, P., Bocquet, H., Grand, A. & Pous, J. (1997). Aide informelle et professionnelle chez les personnes âgées de 75 ans et plus. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 45, 85-96

Arfeux-Vaucher, G. (1995). L'évaluation d'établissement d'accueil : principes et réalité. *Gérontologie et Société*, 73, 122-129.

Argoud, D. (2000). Les schémas gérontologiques départementaux : bilan et perspectives. *Echanges -Santé social - La documentation Française*, 66-70.

Argoud, D. (2002), L'intérêt des retraités : de la défense des droits à la recherche de citoyenneté, in Jean-Philippe Viriot Durandal, *Le pouvoir gris?*, Les Cahiers de la FIAPA n°2.

Argoud, D. (2004). *Prévenir l'isolement des personnes âgées. Voisiner au grand âge*. Paris: Fondation de France, Dunod

Association Française de Normalisation, (2003). Norme française. NF X50-058. Etablissements d'hébergement pour personnes âgées. Cadre éthique et engagements de services., 43.

Assous, L., & Ralle, P. (2000). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale. *DREES : Série Etudes*, n°1.

Attias-Donfut C. (1995). Le double circuit des transmissions in *La solidarité entre générations, Vieillesse, familles, Etat*, sous la direction de Claudine Attias-Donfut, Nathan, pp 41-81.

Attias-Donfut, C. (1999). La médiation des femmes et le sexe de la technologie. *Evolutions technologiques et vieillissement des personnes*. séminaire de recherche. 9-10 février 1999. Paris, MiRe-DREES-CNAV: 28-31.

Attias-Donfut, C. (2004), Nouveaux profils migratoires et transmigration. Les migrations dans la perspective du parcours de vie, Association internationale de la sécurité sociale, réunion régionale européenne migrants et protection sociale, Oslo, 21-23 avril 2004.

Attias-Donfut, C., Renaud, S., & Rozenkier, A. (1994). Vie à domicile et aide bénévole. *Gérontologie et Société*, n°71, 151-160

Attias Donfut, C & Renaud, S. (1994), Vieillir avec ses enfants, corésidence de toujours et recohobitation, *Communication*, 59, 29-53

Audenaert, V. (2001). Living Arrangements and Care for the Elderly, *ESA Conference*. Helsinki.

Babayou, P., & Volatier, J. (1998). *Prospective de la mobilité locale des personnes âgées*. Collection rapport, n° R186: CREDOC.

Badeyan, G., & Colin, C. (1999). Les personnes âgées dans les années 1990, perspectives démographiques santé et modes d'accueil. *DREES : Etudes et résultats*(40).

- Bagur, A.-L.** (2003). L'assurance privée face à la dépendance. Nouvelles données sur le grand âge : autonomie et dépendance. *Retraite et Société*, n°39, 38-57
- Bailey, L.** (2004). Aging Americans: Stranded Without Options: Surface Transportation Policy Project. http://www.apta.com/research/info/online/aging_stranded.cfm (page consultée le 15 février 2005)
- Baldwin, N., Harris, J., & Kelly, D.** (1993). Institutionalisation : Why blame the institution ? *Ageing and Society*, 13(1), 69-81.
- Baltes, M.M.** (1996). *The many faces of dependency in old age*, Cambridge: Cambridge University Press
- Baril, D.** (1997). Solitude et malnutrition chez les personnes âgées. Forum, 27 février 1997, Université de Montréal. <http://www.forum.umontreal.ca/numeros/1996-1997/Forum97-03-17/article06.html> (page consultée le 14 février 2005)
- Barou, J.** (1997). Entre spécificité et droit commun, la prise en compte des besoins des immigrés dans les politiques de l'habitat. *Ecarts d'identité*, n°80.
- Barou, J.** (2002). *L'habitat des immigrés et de leurs familles*. Paris, La Documentation Française. 96p.
- Bartiaux, F, Bonaguidi, A,** (1993), Les migrations de retraite des Milanais, *Espace, Populations et Société*, n°3
- Bas Théron, F. & Michel, M.** (2002). *Les immigrés vieillissant*. Paris, IGAS, rapport, novembre 2002.
- Bascoul, J., Eynard, C., & Gallard, L.** (1995). *Projet de vie – des démarches et des acteurs pour mieux vivre ensemble en établissement*. Paris, Fondation de France.
- Basdekis, J.** (2004). *L'alimentation des personnes âgées et la prévention de la dénutrition*, De Boeck & Larcier. 160p.
- Bashshur, R., Reardon, T. & Shannon, GW.** (2000). Telemedicine : a new health care delivery system. *Annual Review of Public Health*, n°21: 613-637.
- Baudet-Caille, V.** (2004). La loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. 1^{ère} partie : le nouveau régime des établissements. *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2363.
- Baudoin, F. R.** (1998). Où vivre vieux ? *Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?* Bruxelles, Fondation Roi Baudoin, 192p.
- Baudui, R.** (1998). La vieillesse comme impensé de la tradition urbaine. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 35-41): Editions de l'Aube Collection Territoire.

- Bawin-Legros, B., Gauthier, A. & Stassen, JF.**, (1995) Les limites de l'entraide intergénérationnelle, in *La solidarité entre générations, Vieillesse, familles, Etat*, sous la direction de Claudine Attias-Donfut, Nathan, , 117-130.
- Bawin-Legros, B., Casman, M.T., & Lenoir, V.** (1998). Vieillir en maison de repos : *Quiétude ou Inquiétude?*, à l'initiative de Mme Smet M., Cabinet du Ministre de l'Emploi et du Travail, Chargé de la Politique d'Égalité des Chances, ULG, Mars 1998.
- Bazo, M.-T., & Ancizu, I.** (2003). Aide Familiale et recours au secteur des services : une perspective interculturelle. *Retraite et Société*(38), 108-131.
- Beaumont, G., & Kenealy, P.** (2003). *Quality of Life of Healthy Older People*
- Bechtel, e.a.** (2004). Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie. *DREES. Dossiers Solidarité et Santé.* (1), 7-16.
- Belden, Russonello & Stewart Research and communication** (2003). *Americans' attitudes toward walking and creating better walking communities.* Surface Transportation Policy Project, janvier 2003, <http://transact.org/report.asp?id=205> (page consultée le 15 février 2005)
- Benattig, R.** (1999). L'accompagnement social : éléments d'analyse sur les réalités et le devenir des pratiques professionnelles sociales actuelles. *Migrations Etudes*, n°89.
- Berend, H., & Delbes, C.** (1990). Le secteur marchand à l'assaut de l'hébergement des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, n°52, 48-60.
- Berg, S., Mellstrom, D., Persson, G., & Svanborg, A.** (1981). Loneliness in the Swedish aged. *Journal of Gerontology*, 36(3), 342-349.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Leibovitch, E., Contandriopoulos, A.P., Brunelle, Y., Kaufman, T. & Tousignant, P.** (1997), L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), *Ruptures: Revues transdisciplinaire en santé*, n°4, 311-321.
- Berlo (van), A.** (1995). Un centre de technologie pour citoyens âgés. *Gérontologie et Société*, n°75
- Bernard Brunhes Consultants** (1997), *Personnes âgées et habitat, Evaluation du programme SEPIA.* Ministère du Travail et des Affaires Sociales, DHC, CNAVTS, CDC, UNFOHLM.
- Bernardot, M** (1999). Le vieillissement des migrants dans les foyers. *Hommes et Migrations*, n°1219, mai 1999. <http://www.adri.fr/HM/articles/1219/1219.html> (page consultée le 14 février 2005)
- Bernardot, M.** (1999). Les séminaires de l'ADRI : Le vieillissement des migrants dans les foyers. *Initiatives*, n°219.

- Bernardot, M.** (2001). Le vieux, le fou et l'Autre, qui habite encore dans les foyers? *Revue Européenne des Migrations Sociales* 17(1): 151-164.
- Bertrand, L.** (1994). *L'habitat des personnes âgées: le cas de la Grande-Bretagne*. Puteaux, France: Plan Construction et Architecture. Agence de Développement et d'Urbanisme de l'Agglomération nancéienne, Nancy, France; Ministère de l'équipement et du logement. Direction de la Construction, Paris, France.
- Bertrand, L.** (1994). *L'habitat des personnes âgées: le cas de la Suède*. Puteaux, France: Plan Construction et Architecture. Agence de Développement et d'Urbanisme de l'Agglomération nancéienne, Nancy, France; Ministère de l'équipement et du logement. Direction de la Construction, Paris, France.
- Bertrand, L.** (1994). *L'habitat des personnes âgées: le cas des Pays-Bas*. Puteaux, France: Plan-construction-et-architecture. Agence-de-développement-et-d'urbanisme-de-l'agglomeration-nanceienne, Nancy, France; Ministère de l'équipement et du logement. Direction de la Construction, Paris, France.
- Bertrand, L.** (1994). *L'habitat des personnes âgées: le cas du Danemark*. Puteaux, France: Plan Construction et Architecture. Agence de Développement et d'Urbanisme de l'Agglomération nancéienne, Nancy, France; Ministère de l'équipement et du logement. Direction de la Construction, Paris, France.
- Bizet, B.** (2003). De la liberté de fumer en institution. *Gérontologie et Société*, n°105, 177-182.
- Blanchard, F., Ankri, J., Bocquet, H., Novella, J., & al.** (1996). Evaluation de la qualité de vie du patient dément: quelques perspectives. *Psychologie Médicale*, 113-116.
- Blanpain, N. & Pan Ké Shon, JL.** (1999) La sociabilité des personnes âgées, *INSEE première*, n°644
- de Boer, AG., Wijker, W., Speelman, J., & de Haes, JC.** (1997). Quality of life in patients with Parkinson's disease: development of a questionnaire. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 62(1), 104.
- Bolzmann, C., R. Fibbi, & al.** (1999). Les Italiens et les Espagnols proches de la retraite en Suisse: situation et projets d'avenir. *Gérontologie et Société*, n°91: 137-151.
- Bondevik, M., & Skigstad, A.** (1996). Loneliness among the oldest old, a comparison between residents living in nursing homes and residents living in the community. *International Journal-of Aging and Human Development*, 43(3), 181-197.

- Bonnabel, F., P. Pitaud, & al.** (1997). *Diagnostic, prendre en compte le vieillissement des résidents. Le cas de 8 foyers de la région PACA*. Marseille, Institut de Gérontologie Sociale, ICARES, 59p.
- Bonventi, K.** (2004). *Grand âge en maison de retraite. Maintien de l'identité*. Vie urbaine. Les maisons Isatis: Plan Urbanisme Construction Architecture, Atelier de sociologie/Futur de l'habitat.
- Bony, A.** (2000). Repenser les moyens du maintien à domicile, pierre angulaire de la politique vieillesse. *Echanges Santé social*, La Documentation Française.
- Bordet, J., Dard, P., Weiller, D. & Conan, M.** (1995). Habitat et services pour les personnes âgées. Synthèse des principales actions de recherche et d'expérimentation engagées en France ces dix dernières années. *Cahiers du CSTB*. Paris, Centre Scientifique et Technique du Bâtiment: 29p.
- Bouchayer, F. & Rozenkier A.** (1999). *Evolutions technologiques, dynamiques des âges et vieillissement de la population*. Paris, MIRE rencontres et recherches, CNAV.
- Bouget, D.** (2003). Vieillesse, dépendance et protection sociale en Europe. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Bouget, D., Tartarin, R., Frossard, M., & Tripier, P.** (1990). *Le prix de la dépendance. Comparaison des dépenses des personnes âgées selon leur mode d'hébergement*. Paris: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse de Travailleurs Salariés. La Documentation Française
- Boullet, J.Y.** (1998). Représentations de la solitude et action sociale en faveur des personnes âgées. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Boutaricq, A.** (2002). *La prise en charge de la fin de vie dans les établissements hébergeant des personnes âgées dans l'agglomération valentinoise*. Rennes: ENSP.
- Bowling, A.** (2002). Adding Quality to Quantity: Older People's Views on their Quality of Life and its enhancements, research findings from the Growing Older Program
<http://www.shf.ac.uk/uni/projects/gop/ResearchProjects.htm> (page consultée le 15 février 2005)
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L.M., & al.** (2003). Let's ask them : a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging & Human Development*, 56(4), 269-306.

Bravo, G., Dubois, MF, Réjean, H & Messier, L (2002). Relationship between Regulatory Status, Quality of Care, and Three-Year Mortality in Canadian Residential Care Facilities: A Longitudinal Study. *Health Services Research* (37) 5 October 2002.

Bravo, G., Dubois, M.-F., Charpentier, M., De Wals, P., & Emond, A. (1999). Quality of care in unlicensed homes for the elderly in the Eastern Townships of Quebec. *Canadian of Medical Association Journal*, 160(10), 1441-1445.

Bressé, S. (2004). Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000. *DREES - Etudes et Résultats*, n°296.

Bressé, S., & Dutheil, N. (2003). Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement. *DREES: Dossiers Solidarité et Santé*, n°1.

Bridgwood, A. (2000). *People aged 65 and over: results of an independent study carried out on behalf of the Department of Health as part of the general Household Survey*. London: Office for National Statistics.

Brink, S. (1991). Politiques innovatrices en matière d'habitations destinées aux personnes âgées en Europe du Nord. *Metropolis*, n°94-95, 50-56.

Broudic, J.-Y., Baulme, A., Rousseau, B. & Froisart, S. (1995). *Chatellerault: deux résidences de quartier*. Puteaux, Plan Construction et Architecture, 34p.

Brunetière, J.-R. (2000). La réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Echanges Santé social - La documentation Française*, n°99, 49-52.

Bussière, Y., Madre, J.-L., & Amoogum, J. (1998). Perspectives de la motorisation et de la mobilité des personnes âgées : comparaison Montréal-Paris-Grenoble. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.

Busson, V. (1986). L'alimentation des personnes âgées : briser le mur des idées reçues. *La santé de l'Homme*, n°264: 11-12.

Can Tilburg, T., Havens, B., & De Jong Gierveld, J. (2004). Loneliness among older adults in The Netherlands, Italy, and Canada: a multifaceted comparison. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 169-180.

Caradec V.(2004) *Vieillir après la retraite : approche sociologique du vieillissement*, Paris , Presses universitaires de France, 240 p.

Caradec, V. (1995). L'aide ménagère : une employée ou une amie ? In J.-C. Kaufman (Ed.), *Faire ou faire faire? Familles et services*, pp. 155-167. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

Caradec, V. (1996). *Le couple à l'heure de la retraite* Rennes: Presses Universitaires de Rennes.

- Caradec, V.** (1997). *Viellissement et usage des technologies : une grille de lecture identitaire et familiale*. Lille et Paris, Universités de Lille III et de Paris V, rapport MIRE-CNAV, 134p. décembre 1997.
- Caradec, V.** (1999). Les médiations personnelles entre personnes âgées et objets techniques. *Evolutions technologiques et vieillissement des personnes. séminaire de recherche. 9-10 février 1999*. Paris, MiRe-DREES-CNAV: 22-36.
- Caradec, V.** (2000). Générations anciennes et technologies nouvelles. *Gérontologie et Société* (n° spécial): 71-91.
- Caradec, V., & Legros, M.** (2000). L'enfermement dans la vieillesse. *Informations sociales*, 82, 108-117.
- Carter, S., Campbell, E., Sanson-Fisher, R., Redman, S., & Gillespie, W.** (1997). Environmental hazards in the homes of older people. *Age and Ageing*, 26(3), 195-202.
- Cassou, B.** (1996). Evaluer la qualité de vie des personnes âgées : une entreprise problématique. *Gérontologie et Société*(78), 8-16.
- Cassou, B., Coudin, G B.T., F. Derriennic, C. Monfort, M. Amphoux** (2001). Qualité de vie et grand âge. Enquête dans une population de retraités de la Région Parisienne. In J.C. Henrard, O. Firbank, S. Clément, M. Frossard, J.P. Lavoie, & A. Vézina (Eds.). (Eds.), *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*. Paris: Collection en Santé Publique (INSERM).
- CEMT** (1998). *Transports et vieillissement de la population*. Conclusions de la Table Ronde 112. Conférence Européenne des Ministres des Transports. Paris, 19-20 novembre 1998.
- CEMT** (2004). *Améliorer l'accessibilité des transports*. Rapport sur la mise en oeuvre au niveau national des mesures visant à améliorer l'accessibilité des transports. Conférence Européenne des Ministres des Transports
- CERIN** (Centre de Recherche et d'Information Nutritionnelle) (2000). Portage de repas à domicile chez les personnes âgées. *Alimentation et précarité*, n°9.
http://www.cerin.org/recherche/articles/SYN2000AP9_portage.asp (page consultée le 14 février 2005).
- CERTU** (2002). *Mobilité et seniors, Actes de la journée du club mobilité*: Centre d'Etude sur le Réseau de Transport et l'Urbanisme.
- CERTU** (2003). *Les établissements pour personnes âgées. Comprendre l'usage des bâtiments publics*, Centre d'Etude sur le Réseau de Transport et l'Urbanisme, 76p.
- CERTU** (2004) Chiffres Clés des Enquêtes Ménages Déplacements (les). Méthode standard, Centre d'Etude sur le Réseau de Transport et l'Urbanisme, 50p.

- Chagnon, R.** (2004). Se loger à la retraite, *Congrès International du Bien Vieillir*, 3-5 octobre 2004. Montréal (Canada).
- Chale, J.-J., Lombrail, P., Vincenti, M., Fontaine, A., Gottot, S., Alfaro, C., Azan, F., & Marc, G.** (1992). Dépendance en logements foyers et médicalisation : étude dans un département français. *La Revue de Geriatrie*, 17(5), 243-250.
- Chaleix, M.** (2001). 7.4 millions de personnes vivent seules. *INSEE première*, 788.
- Chaline, B.** (2003). *Manuel de conception architecturale des structures d'accueil spécialisé Alzheimer*. Paris, Eisai et Pfizer.
- Chaline, B.** (2004). Rencontres professionnelles de Notre Temps/ Seniorscopie (Bayard Presse), « Maison et dépendance ». Anticiper le vieillissement. Adapter l'habitat. Les solutions, les normes, le marché, 4 mai 2004. Paris.
- Chambers, E.** (1998). Le programme HOPE. *Gérontologie et Société*, n°86: 101-109.
- Chan, M., Bocquet H., Estève, D. & Pous, J.** (1995). Intelligence artificielle et assistance aux personnes âgées. *Gérontologie et Société*, n°75: 161-168.
- Chanut, J.-M., & Michaudon, H.** (2004). Difficultés à se déplacer, et problèmes d'accessibilité, une approche à partir de l'enquête HID. *DREES - Etudes et Résultats*, n°306.
- Charlebois, C.** (1999). Une formule québécoise unique de maintien à domicile : « Les Habitations partagées ». *Le Gérontophile*, (21)4: 16-20.
- Chatauret, A., Knoll M. & Renault, C.** (1997). Un bilan du programme SEPIA : vivre chez soi en établissement. *Retraite et société*, n°19: 30-39.
- Chauvière, M.** (1992). *Les usagers entre marché et citoyenneté*. Sous la dir. De Chauvière, M et Godbout J. Paris, L'Harmattan.
- Cheridi, D.** (2000). Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants ? *Ecarts d'Identité*, n°94: 33-36.
- Chevrier, S.** (1999). Métros légers et personnes âgées. *Retraite et Société*, n°26, 41-49.
- Chiva, M.** (1998). Evolutions des comportements alimentaires. *Nutrition et alimentation de la personne âgée*, Objectif Nutrition. La lettre de l'Institut Danone. hors série: 30-35.
- Chou, SC., Boldy, DP., & Lee, AH.** (2003). Factors Influencing Residents Satisfaction in Residential Aged Care. *The Gerontologist*, 43(4), 459-472.
- Christoffersen, H.** (1992). Housing of the elderly. *Danish Medical Bulletin*, 39(3), 238-241.

- CIC.** L'alimentation chez les personnes âgées. In *Centre d'Information sur les Charcuteries*. <http://www.fict.fr/cic/CIC/science/parages.htm> (page consultée le 14 février 2005)
- Cleirppa** (2001). La sécurisation au domicile : garde itinérante au domicile et garde de nuit. *Document-Cleirppa*, cahier n°2.
- Clem, J. & Perrain, H.** (1992). Pour une solution alternative d'hébergement en milieu rural pour personnes âgées. *Gérontologie et Société*, n° 63: 67-72.
- Clément, S. & Drulhe, M.** (1992) Vieillir et transmettre son exploitation dans le sud-ouest français d'aujourd'hui. *Gérontologie et Société*, n° 63, pp 93-100.
- Clément, S., Dubreuil, C. & Milanovic, F.**(1998), *Offre technique et milieu gérontologique à Toulouse. De la résidence intégrée au système multicapteurs*. Rapport MIRE-CNAV, CIEU, Toulouse.
- Clément S. & Mantovani J.** (2004), La place des technologies de communication à distance dans le soutien aux personnes âgées dépendantes, Colloque Les nouvelles technologies pour le transport dans la cité : aide à la mobilité ou à aide l'immobilité ? Université de Rennes 1, Rennes, décembre 2004, <http://tic-cite.univ-rennes1.fr> (page consultée le 14 février 2005)
- Clément, S., Mantovani, J. & Membrado M.** (1994), Localisation urbaine et expression du vieillissement, *Sociologie Santé*, n°11 « Au bonheur des citadins, la santé et la ville ».
- Clément, S. & Drulhe, M.** (1992) De l'offre rationalisée à une demande polymorphe, in *Vieillir dans la Ville*, Mire-Plan Urbain, L'Harmattan.
- Clément, S. & Dubreuil, C.** (1999). L'offre technique dans le travail de définition de la vieillesse. *Retraite et Société* Technologie et vieillissement, n°27: 9-19.
- Clément, S., Dubreuil, C. & Milanovic, F.** (1999). Figures de la vieillesse et technologie de la vigilance. *Réseaux*, (17)96: 121-144.
- Clément, S., Mantovani, J., & Membrado, M.** (1995), Vieillissement et espaces urbains, Modes de spatialisation et formes de déprise. Rapport pour le Pir-Villes: CNRS.
- Clément, S., Mantovani, J., & Membrado, M.** (1996). Vivre à la vieillesse : se ménager et se risquer. *Les annales de la recherche urbaine*(73), 90-98.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P.** (1998/04). The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The gerontologist*, (38)2: 199-208.
- Colin, C. & Couton, P.** (2000). Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps-incapacités-dépendance. *DREES - Etudes et Résultats*, n°94.

Colin, C., & Kerjossé, R. (2001). Handicaps-Incapacités-Dépendance, premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. *DREES Série études, document de travail*, n°16.

Colmorten, E., Clausen, T. & Bengtsson, S. (2003), Providing integrated health and social care for older persons in Denmark, The Danish National Institute of Social Research. In *Providing integrated health and social care for older persons*, Alaszewski, AM., leichsenring, K. (eds), Ashgate

Colombo, P., & Giami, A. (2001). Relations socio-sexuelles des personnes handicapées vivant en institution. In C. Colin, & R. Kerjossé (Eds.), *Handicaps Indépendances Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Colloque scientifique de Montpellier*: DREES. Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Colvez, A. (1990). Analyse de 3 enquêtes homogènes en Ile de France, Languedoc Rousillon et Basse Normandie. Panorama de la dépendance en France, *Revue française des affaires sociales*. N°1, janv-mars 1990 : 15-22

Colvez, A, Blanchard, N., Gay, M. & Villebrun, D. (2002). *Evaluation de 5 centres locaux d'information et de coordination*, Inserm Unité 500, Epidémiologie de maladies chroniques et du vieillissement, rapport pour la Direction générale de l'action sociale (DGAS), Ministère du travail et de la solidarité, Montpellier.

Conan, M. (1988). *Méthode de programmation générative pour l'habitat des personnes âgées*. Paris, Centre Scientifique et Technique du Bâtiment/Plan Construction.

Conseil de la famille et de l'enfance. (2004). *Vieillesse et santé fragile : un choc pour la famille ?* Québec, Avis du Conseil de la famille et de l'enfance. Ministère de l'emploi, de la solidarité sociale et de l'enfance, 91p. janvier 2004.

Conseil Informel du Logement de Kuopio (1999). Le logement des personnes âgées, 11^{ème} réunion informelle des Ministres du Logement de l'Union européenne, Kuopio, Finlande, les 27 et 28 septembre 1999. <http://www.union-hlm.org/structu/m-europe.nsf/0/c15ca846fb1ddafec12568100078d2b5?OpenDocument> (page consultée le 14 février 2005)

Conseil de la santé et du bien être (2001), *Vieillir dans la dignité*, rapport : Québec.

Conseil d'Evaluation des Technologies de la Santé (1998). *Télesanté et télémédecine au Québec - état de la question*. CETTS, XVI, 92p, Montréal

Constans, T., Lesourd, B., Alix, E. & Dardaine, V. (1994). Alimentation et état nutritionnel des personnes âgées en France : domicile et hôpital. *Prévenir Pratiques alimentaires et santé*, n°26: 93-99.

- Conte, M.** (1995). Usagers, promoteurs, concepteurs : quel dialogue ? *Gérontologie et Société*, n°75: 137-144.
- Conte, M.** (1998/09). L'adaptation du cadre de vie des personnes âgées : imprévision sociale et politique ou illustration des rigidités institutionnelles françaises *Gérontologie et Société*, n° 86: 59-70.
- Cornet, G.** (1998). Enjeux et perspective de la vente à domicile pour la vie quotidienne des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, n°86: 83-99.
- Couraye du Parc, P.** (2004). Aides Techniques, accessibilité : adapter l'environnement à l'utilisateur. in *Seniorscopie*. dossier « maison et dépendances : les solutions, les normes, les marchés » .
<http://www.seniorscopie.net/dossier/dossier.asp?id=040510182954>
(page consultée le 14 février 2005)
- Cozette, E. & Joël, ME.** (2004). Le comportement de demande de biens et services à caractère technologique par les personnes âgées en institution. Exploitation des données de l'enquête HID institution. *Handicaps Indépendances Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Colloque scientifique de Montpellier*. Paris, Colin, C.
- CRAM** (2001). Migrants : isolement et vieillissement. Quelle aide possible ? *Les Cahiers de la CRAM Rhône-Alpes* (10): 62p.
- CRAM, INSEE Midi Pyrénées, ORSMIP** (2002), *Vieillir en Midi Pyrénées*, rapport, Toulouse.
- Cribier, F.** (1990), Histoire résidentielle d'une génération de Parisiens nés entre 1906 et 1912, , in. *Stratégies résidentielles, Travaux et documents* n°140, INED, Paris: 97-109
- Cribier, F.** (1990). Les personnes âgées et leur logement : une analyse sociographique. *Gérontologie et Société*, n°50, 30-47.
- Cribier F.** (1991). Les générations se suivent et ne se ressemblent pas: deux cohortes de nouveaux retraités parisiens de 1972 et 1984, *Annales de Vaucluse*, n°30-31, 181-197.
- Cribier, F.** (1992), Vivre ailleurs, vivre autrement. Quand les parisiens se retirent à la campagne, *Gérontologie et Société*, n°63 : 43-56.
- Cribier, F.** (1992). La cohabitation à l'époque de la retraite. *Sociétés Contemporaines*, n°10, 67-91.
- Cribier F.** (1994). Les migrations de retraite des Parisiens : l'apport des enquêtes biographiques par cohortes, *Espaces, Populations, Société*, n°4, 75-83.
- Cribier, F.** (1998). Vieillesse et changement social. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser* (pp. 25-32): Editions de l'Aube Collection Territoire.

- Cribier F.** (1999). Les migrations de retraite au départ de l'agglomération parisienne, *Cahiers de MSH Caen*, décembre 1999, 57-74
- Cribier, F.** (2003). La santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite. *Retraite et société*, n°39.
- Cribier F.** (2004), Vieillesse et citoyenneté, in Institut des Villes, *Villes et vieillir*, La Documentation Française, pp. 312-319.
- Cribier, F., & Dieleman, F.M.** (1993). La mobilité résidentielle des retraités en Europe occidentale. *Espace, populations, sociétés*, n°3, 445-449.
- Cribier, F. Duffau M.L. & Kych A.,** (1990). Mobilité résidentielle et stratégie sociale dans les 15 ans qui suivent la retraite : suivi d'une génération de Parisiens, in *Stratégies résidentielles, Travaux et documents* n°140, INED, Paris 283-298.
- Cribier, F. Duffau M.L. & Kych A** (1990). Stratégie résidentielle et statut d'occupation, *Travaux et documents n°140*, INED, Paris : 157-177
- Cribier, F., & Duffau, ML.** (1994). Logement et stratégies résidentielles des retraités dans le « grand Paris ». *Gérontologie et Société*, n°69, 11-26.
- Cribier, F., Duffau, M.-L., & Kych, A.** (1996). Le maintien à domicile d'une population parisienne très âgée. *Les annales de la recherche urbaine*, n°73, 99-107.
- Cribier, F., Kych, A., & Duffau, ML.** (1999). *Parcours résidentiels de fin de vie d'une cohorte de retraités de la région parisienne* (41p). Paris: CNRS, Laboratoire d'analyse secondaire et des méthodes appliquées à la sociologie Institut du longitudinal, Equipe de gérontologie.
- CSTB** (1995). *Descartes : un centre de ressources pour le maintien à domicile des personnes âgées*. Paris, Centre Scientifique et Technique du Bâtiment, Plan Construction et Architecture. 30p.
- Cuq, H.** (1996). *Mission parlementaire sur la situation et le devenir des foyers des travailleurs migrants*. Paris.
- Currie, R., de Boer, N. & Guisset, MJ.** (1995). Petites unités de vie : défis éthique et économique. *Gérontologie et Société*, n°73: 137-148.
- Czerwinski, N., Remy, J., & Saubaber, D.** (2003). Maisons de retraite : ce qu'on ne veut plus voir, *L'Express* - 25/09/2003.
- Daatland, S., & Herlofson, K.** (2003). Les normes de responsabilité familiale dans les pays européens : contrastes et similarités. *Retraite et Société- CNAV*, n°38.
- Dard, P.** (1999). Gestion de l'habitat et des services résidentiels : quelles innovations technologiques et quels nouveaux services? *Les Cahiers de l'IAURIF*, n° 122: 93-100.

- Darnaud, T., & Gaucher, J.** (2004). *Papé et sa maison de retraite. Regards croisés sur le quotidien*. Lyon: Chroniques Sociales
- Dartenuc, J., Fall, M., & Meynard, J.** (2000). Etude de la qualité de vie en maison de retraite en Gironde. Comparaison entre milieux rural et urbain. *La revue de gériatrie*, 25(7), 463-470.
- Dartiguenave, J.-Y., Juguet, S., & Chevrier, S.** (1998). Urban rehabilitation and pedestrian mobility: interfacing elderly with children. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Davidson, B., Kendig, H., Stephens, F. & Merrill, V.** (1993), It's my place : older people talk about their homes, *Australia Government Publishing Service*, Canberra, Australia De Boer
- Dehan, P.** (1997). *L'habitat des personnes âgées. Du logement adapté aux établissements spécialisés*, Editions Le Moniteur. 324p.
- Dejeammes, M.** (2004). Pratiques de déplacement des personnes âgées en France et en Europe, *Villes et vieillir : 3ème séminaire : Mobilité des personnes vieillissantes. Accessibilité à l'espace public*. 5 mai 2004.
- Delbes, C.** (1994). Le logement des personnes âgées. *Gérontologie et Société*, n°74, 161-169.
- Delbes, C & Gaymu, J** (2001). Aspects démographiques du grand-âge, *Gérontologie et société*, n°98.
- Delbes, C., & Gaymu, J.** (2002). Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse : vécus masculin et féminin. *Population*, 57(6), 879-909.
- Delnatte, J., & Hardy, J.** (2002). *La réforme financière des EHPAD depuis l'APA.*: ENSP, Rennes
- Desrumeaux, G.** (1998). Les nouveaux visages de l'immigration vieillissante. *Ecarts d'identité*, n°87.
- Desrumeaux, G.** (2000/2001). Du foyer de travailleur migrant à la résidence sociale : quelles mutations? *Ecarts d'identité*, n°94.
- Di Maio, M., & Perrone, F.** (2003). Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health Quality of Life Outcomes*, 1(1), 44.
- Direction des Affaires sociales de la Commission Européenne** (2003). *Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées*. Rapport conjoint de la commission et du conseil.
- Donz, N.** (2004). Note d'information DGAS 5B n°2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'amélioration continue dans les établissements sociaux et médicaux: Direction Générale de l'Action Sociale – Ministère des Affaires sociales du travail et de la solidarité.

- Douguet, F.** (2002). *Solitude et isolement chez les personnes âgées de 75 ans et plus*: SUFCEP, Université de Bretagne occidentale. Coordination gériatologique de Quimper
- Drageset, J.** (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.*, 18(1), 65-71.
- DRASS Ile de France** (2002). *Etat d'avancement de la démarche qualité en EHPAD*, rapport
- DREES** (2003). *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003* Paris: La Documentation française
- Drulhe, M. & Clément, S.** (1992) Transmission du patrimoine et prise en charge des parents âgés en milieu rural. *Sociétés contemporaines*, n°10.
- Drulhe, M.** (1981). *Vivre ou survivre ? Les centres d'hébergement pour personnes âgées* Paris: Editions du C.N.R.S
- Drulhe, M. & Pervanchon, M.** (2004). Le vieillissement à l'épreuve de la conduite automobile : s'arrêter au nom de la santé ?. In F.X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson, F. Bouchayer, *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes: Editions de l'École Nationale de la Santé Publique
- Dubois, G.** (2002). *La gestion du risque maltraitant pour les personnes âgées en institution* Rennes: ENSP, 88p
- Dubois, L., Labrecque, J., Girard, M., Grignon, R. & Damestoy, N.** (1999). Déterminants des difficultés reliées à l'alimentation dans un groupe de personnes âgées non institutionnalisées au Québec. *Nutrition et vieillissement*. Paris, Serdi: 21-52.
- Dubuisson, F., & Gardeur, P.** (2000). Amélioration de la qualité de vie en établissement d'hébergement pour personnes dépendantes. *Echanges Santé Social - La Documentation Française*, n°99, 41-43.
- Duée, M., & Rebillard, C.** (2004). *La dépendance des personnes âgées : une projection à long terme*: INSEE. Mai 2004
- Dujay-Blaret, J., Bouvet, J., & Gautier, P.** (2003). *Evaluation de la qualité de la prise en charge dans les EHPAD dans le cadre de la réforme de la tarification*: Comité Régional des Retraités et des Personnes Agées en Midi-Pyrénées, ORSMIP.
- Dumas, A., Errard, D. & Vaysse, F.** (2002). Seniors : un défi pour le bâtiment (dossier). *Le Moniteur*: 60-64.
- Dupré-Lévêque D.** (2000). La vie en institution, une sociabilité particulière ? *Face à face*, n°2.
- Dupré-Lévêque, D.** (2001). *Une ethnologie en maison de retraite ou le guide de la qualité de vie.*: Editions des Archives Contemporaines

- Durand, P.J., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M. & Lemay, A.** (2001), *Mécanismes de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs*. Rapport de recherche QC-403, Ottawa, Health Transition Fund, Health Canada.
- Duvaux, C.** La télémédecine : état des lieux en France en 1996. In *Conseil National de l'Ordre des médecins*. <http://ordmed.org/c3.html> (page consultée le 14 février 2005)
- Ecochard, M., & Roches, S.** (1989). Le sentiment d'insécurité des personnes âgées : peur personnelle et demande de sécurité à Lyon et à Grenoble, Université de Genève.
- Ennuyer, B.** (2002). *Les malentendus de la dépendance ; de l'incapacité au lien social*: Dunod.Action sociale
- Ennuyer, B.** (2003). Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes ». In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* (pp. 95-114). Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Enschooten** (2001). Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus. *DREES - Etudes et Résultats*, n°108.
- Esping Andersen, G.** (1990). *The three Worlds of Welfare Capitalisme* Cambridge,: Polity Press
- Evans, L.** (2000). Risks older drivers face themselves and threats they pose to other road users. *International Journal of Epidemiology*, 29(2).
- Eveno, E. et Vidal P.** (2002). *Les personnes âgées face à la société de l'information*. Les techniques de la vie quotidienne. Ages et usages. Actes du séminaire de recherche MiRe-DREES.
- Eynard, C., Piou, O., Bascoul, J-L. & Villez, A.,** (2004). *Synthèse des évaluations des 25 CLIC expérimentaux*, rapport final, Réseau de consultants en gérontologie, Direction générale de l'action sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale.
- Farquhar, M.** (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science and medicine*, 41(10), 1439-1446.
- Fassino, S., Leombruni, P., Abbate Daga, G., Brustolin, A., Rovera, G., & Fabris, F.** (2002). Quality of life of dependent older adults living at home. *Archives of gerontology and geriatrics*, 35(1), 9-20.
- Fibbi, R & Bolzman, C,** (2002), *Familles immigrées et leur parenté âgée*, Forum Questions Familiales, Soleure, 11 septembre 2002, Commission fédérale de coordination pour les questions familiales, Suisse.
- Filiete, S.** (2003). De la qualité de vie au projet de vie. Une expérience de management stratégique dans un EHPAD. *Soins gérontologiques*, n°40, 35-37.

- Finch, T., May, C., Mair, F., Mort, M. & Gask, L.** (2003). Integrating service development with evaluation in telehealthcare : an ethnographic study. *British Medical Journal*, n°327: 1205-1209.
- Flichy, P.** (1984). *L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales : vers une théorie de l'innovation*. Paris, La Découverte.
- Flick, U.** (1992). Le sujet face à la technique : réflexions méthodologiques sur les représentations sociales des changements techniques dans la vie quotidienne. *Le Travail Humain*, (55)4: 313-327.
- Floch'hic, O.** (1995). La mise en place d'un système d'assurance-dépendance : l'exemple de l'Allemagne. *Problèmes économiques*, (2)422, 23-26.
- Fondation de France** (1998). *Vivre en petite unité. Entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse, 2^{ème} édition.*, Fondation de France, 87p.
- Fortin, A., Després, C. & Vachon, G.** (2002), *La Banlieue revisitée*, Nota Bene, Québec
- Foxall, M., Barron, C., Von Dollen, K., Shull, K., & Jones, P.** (1993). Living arrangements, loneliness, and social support of low-vision older clients. *Journal of Ophthalmic Nursing Technology*, 12(2), 67-74.
- Froger, S.** (2002). *La nouvelle politique d'implantation des CLIC dans le Loir et Cher et ses impacts sur la coordination gérontologique locale et institutionnelle*. Rennes: Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.).
- Gallenga, G.** (1999). Le « changement culturel » au sein d'une entreprise de service public : les usagés âgés et la billétique dans les transports en commun de Marseille. *Evolutions technologiques, dynamiques des âges et vieillissement de la population*. F. Bouchayer et A. Rozenkier. Paris, MIRE rencontres et recherches, CNAV: 69-76.
- Gallenga, G.** (2002). Le service public face à la demande sociale : les usagers âgés dans les transports en commun de Marseille. *Les techniques de la vie quotidienne. âge et usages*. F. Bouchayer, C. Gorgeon et A. Rozenkier. Paris, DREES, MIRE, CNAV: 125-132.
- Gallien, S., & Guinchard-Kunstler, P.** (2002). Action gérontologique et allocation personnalisée d'autonomie. *La lettre du cadre territorial*, 125p.
- Gambotti, A.** (1985). *Le bilan des systèmes de téléalarme en faveur des personnes âgées*. IGAS, Paris
- Gardent, H.** (1993) Evolution technologique et vieillissement: programme européen COST A5, *Gérontologie et Société*, n°67, 165-171.
- Gaullier, X.** (1988). *La seconde carrière : âges, emplois, retraites*, Ed du Seuil.

- Gérontologie et Société** (1995). Technologie au quotidien. *Gérontologie et Société*, n°75.
- Gérontologie et Société** (1997). Alimentation Nutrition. *Gérontologie et Société*, n°83.
- Géroscopie** (2003). Développement local : l'autre aspect de la gérontologie (dossier). *Géroscopie*, n°7: 28-35.
- Ghèkière, JF.** (1998). Les dimensions spatiales du vieillissement démographique dans la ville. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser.* (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Gilhooly, M.** (2002). Transport and Ageing: Extending Quality of Life via Public and Private Transport. Economic and Social Research Council, in Growing Older Program for Older People, <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/ResearchProjects.htm> (page consultée le 15 février 2005)
- Giudicelli, D.** (1999). La vie en foyer : de l'hébergement transitoire à la domiciliation. *Gérontologie et Société*, n°91: 173-183.
- Goillot, C., & Mormiche, P.** (2001). Enquête Handicaps-incapacité-dépendance en Institution en 1998. *Insee résultats.*, 83-84.
- Goldberg, A.** (1995). *Les structures innovantes pour l'hébergement des personnes âgées.* Paris, Observatoire-Regional-de-la-Sante-d'Ile-de-France.- (O.R.S.I.F.), 170p.
- Gori, C.** (2003). Les disparités territoriales : l'exemple italien. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* (pp. 251-268). Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Gosselin, C., Richard, L. & Trickey, F.** Évaluation d'implantation d'une intervention visant à réduire l'isolement des aînés à risque de malnutrition. In *CLSC René-Cassin*, Montréal, <http://www.geronto.org/frclscreneccassin/bienvieillir/mai1999/malnutri.htm> (page consultée le 14 février 2005)
- Graafmans, J.** (1995). Usagers, promoteurs, concepteurs : quel dialogue ? Un centre de technologie pour citoyens âgés. *Gérontologie et Société*, n°75: p133-144.
- Grammer, C.** (2004). It's not quite like home: a study of institutionalized senior's experience, *Congrès International du Bien Vieillir*, 3-5 octobre 2004. Montréal (Canada).
- Grand, A., Bocquet, H., & Andrieu, A.** (2004). Vieillesse et dépendance. *Problèmes politiques et sociaux.* La documentation Française, n°903.

- Gras, A., Joerges, B. & Scardigli, V.** (1992), *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*, Logiques Sociales, L'Harmattan.
- Grunspan, C.** (2002). *Les logements-foyers pour personnes âgées*. Rapport final. (p. 56p). Paris: Conseil Général des Ponts et Chaussées. Ministère du Logement. Direction de l'Habitat et de la Construction. Paris. FRA, Direction Générale de l'Action Sociale. (D.G.A.S.).
- Gucher, C.** (1998). Le trop pensé de la vieillesse dans les politiques gérontologiques, obstacles à l'insertion des gens âgés dans la ville. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Guève, A.** (2003). *Les comités de résidentes et de résidents dans les résidences privées avec services : un des moyens pour réaliser l'empowerment des personnes âgées*. Québec, Secrétariat des aînés. septembre 2003.
- Guichard, E. & Lechien, M.** (1993). Le vieillissement des immigrés en Région parisienne. *Migrations Etudes*, septembre 1993.
- Guichard-Claudic, C** (2001), Le choix résidentiel de communes rurales bretonnes au moment de la retraite. Des enjeux identitaires diversifiés, *Espace, Populations, Sociétés*, n° 1-2, :139-150
- Guillemard, A.** (1994). Les politiques de la vieillesse en Europe. In R. Vercauteren, & P. Pitaud (Eds.), *Viellir dans les villes de l'Europe du Sud* (pp. 47-64). Ramonville Saint Agne: Erès -Pratiques du Champs social.
- Gullbring, L.** (2002). Le modèle suédois réhabilite l'utopie communautaire. *L'Architecture d'aujourd'hui*, n° 341: 58-63.
- Habitat et Société** (1998). Quels projets d'habitat pour les personnes âgées ? *Habitat et Société*, n°9: 40-49.
- Haicault, M.** (1996). Femmes et hommes retraités : des figures urbaines de mobilité circulante. *Recherches féministes*, 9(2), 137-146.
- Haicault, M., & Mazzela, S.** (1997). La ville en mouvement, plurimobilité des retraités dans Marseille. Rapport LEST. Aix en Provence.
- Hainard, F.** (1995). Personnes âgées, techniques domestiques et sciences sociales. *Gérontologie et Société*, n°75: 45-51.
- Hauet, E., & Ravud, J.** (2001). Handicaps, incapacités, dépendance et déplacements. In C. Colin, & R. Kerjossé (Eds.), *Handicaps Indépendances Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Colloque scientifique de Montpellier* (pp. 136-150): DREES. Ministère de l'emploi et de la solidarité.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T.** (2004). Social isolation and loneliness: differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 129-140.

Hébert, R. (2002), La recherche sur le vieillissement : un apport de données à la rescousse du système de santé canadien, *La revue canadienne du vieillissement*, (21)3, 337-441.

Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., St-Hilaire, C. & Roy, C. (2001), Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions, *Canadian Journal on Aging*, n°20, 1-22.

Hennessy, P. (1995). *Social protection for dependent elderly people. Perspective from a review of OECD countries.*: OCDE. Division of social affairs and industrial development.

Henrard, J.C. (1997). Le financement des soins de longue durée en Europe. *Actualité et dossier en santé publique*(20), XXXIII.

Henrard, J.C. (1999). Actualités en médecine gériatrique de Bobigny, 27 novembre 1999, Faculté de médecine de Bobigny.

Henrard, J.C., Cerase umay, V., & Ankri, J. (2000). Intérêt du RAI pour l'évaluation de la qualité des soins de longue durée. *La revue de la Gériatrie*, 25(4), 231-242.

Hensgens, P. (2002). *La maison Abbeyfield de Villers-la-Ville. Des personnes âgées comme les autres mais qui s'organisent.* Liège, Laboratoire des innovations sociales.

Hervy, B. (2003). *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées.* Rennes: Editions ENSP

Heywood, F., Oldman, C., & Means, R. (2002). *Housing and home in later life*, Buckingham: Open University Press.

Hodde, R. (1993). La programmation générative. Application aux résidences de personnes âgées. *Techniques et architectures*, n°410: 98-101.

Holland, R, Smith, RD., Harvey I, Swift L, Lenaghan E. (2004). Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AQoL. *Health Economy*, 13(8), 793-805.

Hollander, M.J. & Chappell, N. (2001), Final Report of the study on the comparative cost analysis of home care and residential care service. Victoria, British Columbia, Canada.

Holmen, K., Ericsson, K., & Winbald, B. (1994). Loneliness and living conditions of the oldest old. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 22(1), 15-19.

Hooimeijer, P., Dieleman F. & Kuijpers-Linde M. (1993), Is elderly migration absent in the Netherlands?, *Espace, Populations et Société*, 3, pp 465-476, citent à ce propos **Rogers, A**, 1988, Age Patterns of elderly migration : an international comparison. *Demography*, (25)3, pp 355-369

- Horel, C** (1998) L'accueil familial des adultes : évaluation, *L'accueil familial en revue*, n°6, décembre 1998, IFREP, <http://www.famidac.net/Documents/Doceval.htm#evaluation> (page consultée le 15 février).
- Hörning, K**, (1992) Le temps de la technique et le quotidien du temps in **Gras, A., Joerges, B. et Scardigli, V.** *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris, L'Harmattan.
- Houben, PPJ.** (2001). Changing Housing for Elderly People and Co-Ordination Issues in Europe. *Housing-Studies*, 16(5), 651-673.
- Howell, S.** (1994). The potential environment: home, technology, and future aging. *Experimental Aging research*, (20)4: 285-290.
- Hubbard, G., Tester, S., & Downs, M.** (2003). Including older people with dementia in research : chalenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 7(5), 351-362.
- Hubbard, G., Tester, S., & Downs, M.** (2003). Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *Ageing and Society*, 23(1), 99-114.
- Igl, G.** (2003). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : quelques observations à partir du cas allemand, *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* (pp. 217-226). Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Institut de Gérontologie du Limousin** (2003). France : la première «Chartre des professionnels en Gérontologie»: <http://www.i-gerontolimosin.fr> (page consultée le 14 février 2005)
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)** (2003). Pour garder bon pied bon œil... après 60 ans. Saint Denis: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 01/12/2003, 2 p.
- Institut Public pour Handicapés Visuels** (2004). *Le Dispositif Vie Autonome*. Les Hauts Thébaudières, Institut public pour handicapés visuels. juillet 2004.
- Institut des villes** (2004), *Villes et vieillir*, La Documentation Française.
- Jachiet, N., Friggit, J., Vorms, B. & Taffin, C.** (2004), *Le prêt viager hypothécaire et la mobilisation de l'actif résidentiel des personnes âgées*, Inspection générale des finances, Conseil général des Ponts et Chaussées, Agence nationale pour l'information sur le logement.
- Jacobzone, S., Cambois, E., & Robine, J.** (2000/I). La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population. *Revue économique de l'OCDE*, n°30.

- Jacquot, A.** (2002). La demande potentielle de logement. L'impact du vieillissement de la population. *Insee Première*, n°875.
- Jacquot, A.** (2003). Vieillesse de la population et demande de logements. *Observateur de l'immobilier*, n° 56-57, 2-12.
- Jakobsson, U., Hallberg, I., & Westergren, A.** (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality research*, 13(1), 125-136.
- Jani-Le Bris, H. et Luquet, V.** (1997). La téléalarme en France. Un instrument de proximité au service de la personne dans son environnement. Paris, CLEIRPPA, 118p.
- Jenson, J.** (2003). D'un régime de citoyenneté à un autre : la rémunération des soins. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* (pp. 293-306). Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- JFP** (1996). Du corps à la personne : l'humanisation des lieux de soins. Technique et Architecture.
- Jobert, A.** (1993). Vieillesse, technologie et vie quotidienne. Rapport pour le groupe de référence français du programme européen COSTA5. Paris, Fondation Nationale de Gérontologie, 121p. Novembre 1993.
- Joël, ME.** (2003). La protection sociale des personnes âgées dépendantes en Europe et ses enjeux économiques. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes : Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Jolly, D.** (1996). L'évaluation de la qualité de vie chez le sujet dément une nécessité? *Gérontologie et Société*, n°78.
- Juguet, S. & Chevrier, S.** (1999). Métro VAL et voyageurs âgés : l'inscription de la figure de la personne âgée dans le système VAL de Rennes et de Toulouse. *Evolutions technologiques, dynamiques des âges et vieillissement de la population*. F. Bouchayer et A. Rozenkier. Paris, MIRE rencontres et recherches, CNAV: 79-87.
- Keating, N.** (1991), *Aging in Rural Canada*. Toronto, Toronto, Butterworths.
- Kellerhalls, J.** (1995). Vie familiale et personnes âgées : les fonctions des technologies. Présentation. *Gérontologie et Société*, n°75: 105-106.
- Kemper FJ,** (1993) Migrations of the elderly in West Germany: developments 1970-1990, *Espace, Populations et Société*, n°3, pp 477-487
- Kerhuel, N.** (2001). *Vieillesse et Habitat. Recherche comparée sur les politiques de l'habitat en direction des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie*. Paris, Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement, Plan Urbanisme Construction et Architecture, 140p.

- Kerjossé, R.** (2004). L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003. *DREES: Etudes et résultats*, n°298.
- Kerjossé, R. & Weber, A.** (2003). Aides techniques et aménagements du logement : usages et besoins des personnes âgées vivant à domicile. *DREES. Etudes et Résultats*, n°262: 1-11.
- Kessler, F.** (2003). Les politiques européennes en direction des personnes âgées. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* (pp. 319- 338). Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Kristiansen, R.** (1992). Elderly people in a large Danish city. *Danish Medical Bulletin*, 39(3), 234-236.
- Kuntz, B.** (1999). L'accès aux services de soutien à domicile. *Gérontologie et Société*, n°91: 185-194.
- Laborel, B., & Vercauteren, R.** (2004). *Construire une éthique en établissements pour personnes âgées* Ramonville Saint-Agne: Eres
- Lacombe, J.** Le secteur santé du programme d'applications télématiques. In *Conseil National de l'Ordre des médecins*. <http://ordmed.org/c4.html> (page consultée le 14 février 2005)
- Lacoste-Dujardin, C.** (1999). Vieilles dames maghrébines immigrées. *Gérontologie et Société*, n°91: 105-114.
- Laferrere, A.** (1999). Comment le logement est-il transmis d'une génération à la suivante? *Les Cahiers de L'IAURIF*, n° 122 : 143-149.
- Laferrere, A., & Gotman, A.** (1998). Logement et Transmission. In M. Segaud, C., & J. Brun (Eds.), *Logement et Habitat, l'Etat des savoirs*, : éditions La Découverte.
- Lamontagne, B., Lévesque, B., Gingras, J., Maurice, P. & Verreault, R.** (2004). Dangers environnementaux de chute dans les habitations à loyer modique pour personnes âgées. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 52(1), 19-28.
- Lamontagne, J., Doddridge, C., Michaud, C., & Pelletier, G.** (2004). Evaluation qualitative d'un programme de prévention des chutes, *Congrès International du Bien Vieillir*, 3-5 octobre 2004. Montréal (Canada).
- Landry, M., Hébert, R. & Préville, M.** (2002), Evaluation de l'implantation d'un programme d'hébergement en alternance de personnes âgées en perte d'autonomie et de ses effets sur les aidants naturels, *La revue canadienne du vieillissement*, (20)3, 371-383.
- Lapointe, D.** (2001). La télémédecine ou la télésanté. Entretiens avec... in *L'actualité médicale*. mars 2001. http://www.amlfc.com/articles/2001_03_02_am.html (page consultée le 14 février 2005)

- Lauque, S.** (2003), Prise en charge nutritionnelle du dément sévère, in *Unités de soins Alzheimer*, 2^{ème} congrès national, Serdi Edition.
- Lavigne, L.** (2003). Retraite branchée, *La Presse* (Montréal) 9 novembre 2003.
- Lawton, MP.** (1998), Environment and Aging :theory revisited. In *Environment and Aging. A focus on housing*, RJ Scheidt & PG Windley (eds), Greenwood Press, London, 1-31
- Le Bihan, B.** (2002). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni, et Suède. Une étude de cas types. *DREES: Etudes et résultats*, n°176.
- Le Bihan-Youinou, B., & Martin, J.-C.** (2003). Comparer les paniers de services aux personnes âgées dépendantes. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Le Borgne-Uguen, F.** (1988). Impact des portages de repas à domicile en milieu rural sur l'identité des consommateurs. *Gerontologie et Société*, n°43: 116-121
- Le Borgne, F. et Pennec, S.** (2000). *L'adaptation de l'habitat chez des personnes de plus de 60 ans souffrant de handicaps et/ou de maladies et vivant à domicile. Les usages et interactions entre les personnes, les proches et les professionnels*, Université de Bretagne Occidentale, atelier de recherche sociologique. septembre 2000.
- Le Gérontophile** (1994). La Gérontechnologie. *Le Gérontophile* 16 (3).
- Le Masson, D.** (2003). Le projet de vie de la personne âgée institutionnalisée - quelle réalité en institution gériatrique? *Soins gérontologie*, 40, 28-34.
- Le Moniteur** (1994). Personnes âgées et habitat. Guide technique, juridique et réglementaire. *Le Moniteur*: numéro hors série.
- Lefebvre, C.** (2003). *Un portrait de la santé des québécois de 65 ans et plus*. Québec: Institut National de la Santé Publique du Québec.
- Leinwand, S. et Després, C.** (1999). *Analyse des accommodements réglementaires actuels en rapport avec le logement supplémentaire de banlieue*. Québec, Société d'Habitation du Québec. décembre 1999.
- Léridon, H.** (2000), Vieillesse démographique et migrations : quand les Nations Unies veulent remplir le tonneau des Danaïdes... *Population et Sociétés*, n°358
- Lesemann, F., & Le Cren, F.** (2001). L'évolution des politiques sociales et le maintien à domicile. *Le Gérontophile*, 23(1), 3-6.
- Lesemann, F., & Martin, C.** (1993). *Les personnes âgées dépendantes. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*. Paris: La documentation française.

- Levasseur, M.** (2001). *Relations entre la qualité de vie et l'environnement des personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles*. Maîtrise en gérontologie: Université de Sherbrooke.
- Lewis, J.** (2003). Le « Community Care » au Royaume-Uni : le tournant des années 1990. In C. Martin (Ed.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* (p. 177). Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Lewis, J., & Glennerster, H.** (1996). *Implementing the New Community Care* Buckingham: Open University Press
- Lindgren, A., Svardsudd, K., & Tibblin, G.** (1994). Housing conditions of elderly people in a city. The Albertina Project. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 12(2), 137-143.
- Liukkonen, A.** (1995). Life in a nursing home for the frail elderly: daily routines. *Clinical Nursing Research*, 4(4), 358-370.
- Loew-Pellen, F.** (2002), Les grandes migrations des retraités européens, *L'Architecture aujourd'hui*, n°341, juillet-août 2002 : 54-57
- Löfgren, A.** (1996). Le retour des objets? L'étude de la culture matérielle dans l'ethnologie suédoise. *Ethnologie Française* XXVI, Culture matérielle et modernité, n°1: p 140-150.
- Lord, S.** (2004). *Les aînés face à leur avenir résidentiel : la cas de résidents de banlieues de Québec*. Mémoire de maîtrise, Faculté d'aménagement, d'architecture et des arts visuels: Université Laval, Québec.
- Loriaux, M** (1991). *L'habitat, un lieu à vivre et à mourir* Ramonville St-Agne: Erès
- Loriaux, M.** (2000). *L'habitat : un lieu à vivre... et à mourir*. Colloque Habiter Autrement : réinventer l'habitat pour intégrer les personnes âgées, Louvain la Neuve.
- Lyon, P. & Colquhoun, A.** (1999/01). Home-hearth and table : a centennial review of the nutritional circumstances of older people living alone. *Ageing et Society*, (19)1: 53-67.
- MacIntosh, E. & Cairns, J.** (1997). A framework for the economic evaluation of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, (3)3: 132-139.
- Madre, JL.** (1998). Comment se déplacent les personnes âgées ou handicapées en ville? In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Mallon, I.** (2000). La protection de soi en maison de retraite. In F. Singly de. (Ed.), *Libres ensemble. L'individualisme dans la vie commune* (pp. 177-192). Paris: Nathan.

- Mallon, I.** (2000). Le décor des chambres en maison de retraite : signature personnelle et marques familiales. *Dialogue*, n°148, 59-68.
- Mallon, I.** (2000). Vivre en maison de retraite, mais vivre... Le regard des résidents. *Informations sociales*, n°88, 94-100.
- Mallon, I.** (2001). Les effets du processus d'individualisation en maison de retraite : vers la fin de l'institution totale ? In F. Singly de. (Ed.), *Etre soi parmi les autres. Famille et individualisation, tome 1* (pp. 171-184). Paris: L'Harmattan.
- Mallon, I.** (2003). Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi ». *Empan*, n°52, 126-133.
- Mallon, I.** (2004). La vieillesse comme opérateur de classement social en maison de retraite. Premier Congrès de l'Association Française de Sociologie, 24-27 février 2004, Université de Paris 13.
- Mallon, I.** (2004). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez soi*. Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Maltais, D.** (1999). Caractéristiques de l'environnement et qualité de vie des personnes âgées vivant en résidences. *Le Gérontophile*, 21(1), 3-10.
- Maltais, D., Trickey, F., & Robitaille, Y.** (1989). *Guide d'adaptation du domicile*, Ottawa: Société canadienne d'hypothèques et de logement
- Mantovani, J.** (1998). Les paradoxes du vieillir en habitat social. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 79-87): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Mantovani, J., Clément, S., Membrado, M., Rolland-Dubreuil, C., Bocquet, H., & Drulhe, M.** (2002). Habiter et voisiner au grand âge (112p): ORSMIP-Unité INSERM 558 - CERS CIEU CNRS, rapport pour la Fondation de France.
- Marchi, L.** (2004/03-04). L'habitat kangourou : une expérience à domicile. *Soins Gérontologie*, n°46: 27-28.
- Martin, C.** (2003). *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes: Presses Universitaires de Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique.
- Martincigh, L., Corazza, M., Tosone, A., & Squarcia, R.** (1998). Urban rehabilitation and pedestrian mobility: interfacing elderly with children. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Macé J. & Tyrant F.** (2004). Vieillir en bonne santé. L'expérience de Rennes, in Institut des Villes, *Villes et vieillir*, La Documentation Française, pp. 328-331.

- Massieye, H. & Cattiaux, M.** (1997/05). Vie quotidienne et repas. *Soins g erontologie*, n 7: 6-18.
- Maubernard, C** (1999). *L'accueil familial : une qualité de vie pour les personnes âgées* Mémoire, CAFAD
- May, C. & Ellis N.** (2001). When protocols fail : technical evaluation, biomedical knowledge, and the social production of "facts" about e telemedicine clinic. *Social Science and Medicine* n 53: 989-1002.
- May, C., Mort, M., Williams, T. & Gask, L.** (2003). Health technology assessment in its local contexts : studies of telehealthcare. *Social Science and Medicine*, n 57: 697-710.
- McCarthy, H., & Thomas, G.** (2004). *Home Alone*: London, DEMOS
- Meintel, D., & Peressini, M.** (1993). Seules et âgées en milieu urbain: une enquête auprès de Montréalaises de trois groupes ethniques : Continuités, ruptures et filiation; La solitude et l'isolement. La structuration de nouveaux liens sociaux. *Revue Internationale d'Action-Communautaire: Montreal.*, n 69, 37-48.
- Membrado, M.** (1998). Processus de vieillissement et secondarité. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser.* (pp. 95-105): Editions de l'Aube Collection Territoire.
- Membrado, M.** (2003). Les formes du voisinage à la vieillesse. *Empan*, n 52, 100-106.
- Mesrine, A.** (2003). Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002. *DREES - Etudes et Résultats*, n 263.
- Mette, C.** (2003), Les opinions des Français sur la dépendance des personnes âgées de 2000 à 2002, *DREES. Etudes et résultats*, n 274.
- Métropolis** (1991), Interview de Michel Conon par Anne Huruguen, *Métropolis* né 94-95, Ecologie de la vieillesse, pp. 88-94.
- Meyer, S. & Schulze, E.** (1992), Le téléviseur contre la machine à laver ou l'influence du sexe sur l'évolution technique in Gras, A., Joerges, B. & Scardigli, V. *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris, L'Harmattan.
- Michel, M., Sipos, I., Malo, P., Donnio, & Leroux, C.** (1998). Du droit au risque chez les personnes âgées potentiellement chuteuses. *La revue de gériatrie*, 23(10), 913-916.
- Minodier, C & Rieg, C.** (2004), Le patrimoine immobilier des retraités, *INSEE Première*, septembre 2004, n 984.
- Mollenkopf, H., Marcellini, F. & Ruoppila, I.** (1999). Mobilité des personnes âgées en Allemagne. *Retraite et Société*, n 26

- Mollenkopf, H.** (1995). Famille et technologie : des usages sociaux différenciés. *Gérontologie et Société*, n°75: 107-125.
- Moragas, R.** (1994). La convivialité méditerranéenne : modèles de vieillissement et qualité de vie. In R. Vercauteren, & P. Pitaud (Eds.), *Vieillir dans les villes de l'Europe du Sud*. Ramonville Saint Agne: Erès -Pratiques du Champs social
- Muxel, A.** (1996). *Individu et mémoire familiale*. Paris, Nathan.
- Neiss, M., & Rouvera, G.** (1996). La prise en charge des personnes âgées en institution - Personnes âgées : conditions de vie. *Solidarité Santé, études statistiques*, n°3, 21-33.
- Newberry, P., Brenton, M. & Alhund, O.** (1998). Le programme HOPE. *Gérontologie et Société*, n°86: 101-109.
- Nikolaus, T., & Bach, M.** (2003). Preventing falls in community-dwelling frail older people using a home intervention team (HIT): results from the randomized Falls-HIT trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 51(3), 300-305.
- Noury, N., Virone, G., Ye, J., Rialle, V. et Demongeot, J.** (2003). Nouvelles directions en habitat intelligents pour la santé. *ITBM-RBM*, n°24: 122-135.
- Novella, J., Ankri, J., Jolly, D., Morrone, I., Garron, S., Jochum, C., Baron, S., Ploton, L., & Blanchard, F.** (2001). Mesure de la qualité de vie dans la démence. Apport des questionnaires génériques. In J.C. Henrard, O. Firbank, S. Clément, M. Frossard, J.P. Lavoie, & A. Vézina (Eds.), *Personnes âgées dépendantes en France et au Québec. Qualité de vie, pratiques et politiques*. Paris: Collection en Santé Publique (INSERM).
- Oberg S, Scheele S, Sundström G,** (1993) Migration among the elderly, the Stockholm cas, *Espace, Populations et Société*, n°3.
- Ohinmaa, A., D. Halley, et Royné, R.** (2001). Elements for assessment of telemedicine applications. *Int J Technol Assess Health Care*, (17)2: 190-202.
- Oldman, C., & Quilgars, D.** (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society*, 19(3), 363-384.
- ONU** (2002). Une société pour tous les âges., Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement. ONU. Madrid, 8-12 avril 2002.
- Pacolet, J., Bouten, R., Lanoye, H., & Viersieck, K.** (1998). The state of the Debate on Social Protection for Dependency in *Old Age in the 15 EU Member States and Norway : Main results of a Comparative Study*. Leuven: Hoger Instituut voor de arbeid.
- Palsig-Jensen, S.** (1999). Housing policy and aging : staying as long as possible in personal housing? *Gesundheitswesen*, 61(11), 528-531.
- Pan Ké Shon, JL.** (1999), Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel, *INSEE Première* n°678.

- Paris, A.** (2001). *Les services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans 6 pays de l'OCDE*. Québec: Collections études et analyses- Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation. Santé et services sociaux.
- Paublan, E.** (2003). *La prise en charge sanitaire de la population vieillissante dans les foyers de travailleurs migrants*. Mémoire, Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique
- Paul, C., Fonseca, A., Martin, A., Amado, J., & Fernandez-Ballesteros, R.** (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal; Psychology of aging in Europe. *European psychologist*, 8(3), 160-167.
- Peace, S.** (2003). *Environment and identity in later life: a cross-setting study. Preliminary findings*. N°18: in Growing Older Program.
<http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/ResearchProjects.htm>
 (page consultée le 15 février 2005)
- Peace, S., & Holland, C.** (2001). *Inclusive Housing in an Ageing Society* Bristol: Policy Press
- Peixoto, C.** (1993). *A la rencontre du petit paradis : une étude sur le rôle des espaces publics dans la sociabilité des retraités à Paris et à Rio de Janeiro*. Paris, EHESS.
- Pelletier-Fleury, N., Fargeon V., Lanoë, J.L. & Fardeau, M.** (1997). Transaction costs economics as a conceptual framework for the analysis of barriers to the diffusion of telemedicine. *Health Policy*, vol 42, n°1: 1-14.
- Pennec, S.** (1999), Les femmes et l'exercice de la filiation envers leurs ascendants in Pennec S. (dir.) Guillou A. (post face), *Les parcours de vie des femmes, Travail, famille et représentations publiques*, Paris, L'Harmattan.
- Pennec, S.** (2002), La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : Providence des femmes et assignation à domicile, *Lien Social et Politique*, n° 47.
- Pennec, S., & Le Borgne Uguen, F.** (1998). Une approche compréhensive des choix face à la perspective d'entrée en établissement, *Contribution à l'élaboration du plan gérontologique départemental*. Brest: AUCUBE, Université de Bretagne occidentale.
- Pennec, S. (dir), Le Borgne-Uguen, F., Douguet, F., Guichard-Claudic, Y.** (2002). *Ce que voisiner veut dire*. Brest: Université de Bretagne occidentale. Atelier de recherche sociologique, Fondation de France : 210p
- Perben, M.** (2004). L'allocation personnalisée autonomie au 30 juin 2004. *DREES : Etudes et résultats*, n°343.
- Perinel, C.** (1998). Les aides au logement en Ile-de-France, une approche régionale de la CNAV. *Gérontologie et Société*, n°86, 37-48.

Perriault, J. (1992), Le cheminement de l'usage au cours du temps in Gras, A., Joerges, B. et Scardigli, V. *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris, L'Harmattan.

Pihet, C. (2004). Bien vieillir dans les régions touristiques : la question du logement et de son adaptation, *Congrès International du Bien Vieillir*, 3-5 octobre 2004. Montréal (Canada).

Piron, O. (1993). *La problématique de l'hébergement et des services aux personnes âgées* (40p). Puteaux: Plan-construction-et-architecture, Puteaux, France.

Pitaud, P. (2004). *Solitude et isolement des personnes âgées*
Ramonville St Agne: Eres Pratiques du champ social

Pitaud, P., Dherbey, B. et al. (1997). Maintien au domicile des immigrants âgés : le logement comme élément d'intégration sociale. *Les Cahiers de l'Actif*, n°252/253: 95-100.

Pitaud, P., Fondarai, A. & Guilhem, M. (1990). *RAS, les Résidences Avec Services : réflexions sur le développement d'un nouveau type d'habitat*. Marseille, Institution de Gérontologie sociale, Equipe de Recherche Médico-sociale, MIRE, Commissariat au plan, 317p.

Pitaud, P., & Redonnet, M. (2002). *Les solidarités de voisinage : regard sur l'isolement et la solitude des personnes âgées*. Marseille: Institut de gérontologie sociale, Université de Provence.

Pochet, P. (1998). Mobilité quotidienne et accès à la voiture à l'âge de la retraite : les évolution de ces deux dernières décennies à travers les enquêtes-ménages lyonnais. In J. Yerpez (Ed.), *La ville des vieux. Recherche sur une cité à humaniser*. (pp. 42-48): Editions de l'Aube Collection Territoire.

Portanguen, S. (2002). *Pour une éthique du projet architectural : exemple de la construction du centre d'accueil gériatrique*. Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.).

Pouchet, P. (1996). La mobilité quotidienne des personnes âgées. *Gérontologie et société*, n°76, 91-105.

Pous, J., Grand, A., Cayla, F., & Bocquet, H. (1992). L'hébergement collectif en milieu urbain, *Vieillir dans la ville* (pp. 87-99): Mire-Plan Urbain. L'Harmattan.

Proulx, M., Bergeron, A., Levesques, Y. & Ouellet, F. (1999/03). Evaluation d'une ressource « Vie autonome chez soi » : alternative permettant de concilier vieillissement, solitude et sentiment de sécurité des aînés. *La Revue Canadienne Du Vieillissement : Canadian Journal on Aging*, (18)1: 64-83.

Pucher, J., & Dijkstra, L. (2003). Promoting safe walking and cycling to improve public health: lessons from The Netherlands and Germany. *American Journal of Public Health*, 93(9).

Quilgars, D., Oldman, C., & Carlisle, J. (1997). *Supporting Independence : Home support services for older people* Oxford: Anchor Trust

Rahal Mohammadi, M. (2002). *Les migrants isolés âgés dans les foyers. Quelles perspectives?* Rennes, Ecole Nationale de Santé Publique.

Raubaut, J. (1989). Habitat pour personnes âgées à Toulouse. *Gérontologie et Société*, n°52: 99-103.

Raïche, M., & Hébert, R. (2003). Coordination des services aux personnes âgées en France et au Québec : enjeux, expériences et champs de recherche traitant de leur évaluation. *Santé, Société et solidarité, Revue de l'observatoire franco-québécois de la santé et la solidarité*(Numéro hors série.), 57-66.

Raynal, F. (2004). Travailleurs migrants âgés : Un café contre l'isolement et la précarité. *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2378.

Raynouard, Y. (1995). Fabricants et promoteurs au service de qui? *Gérontologie et Société*, n°75: 79-84.

Renaud, F. (1990). L'impact du vieillissement de la population sur le développement et l'environnement résidentiel. *Gérontologie et Société*, n°52, 113-134.

Renaud, F. (1991). La réponse du Québec au vieillissement de sa population en matière d'habitation. *Metropolis*, n° 94-95, 37-43.

Renaud, F. (2000). *Les aîné(e)s et le logement. Un profil quantitatif de la situation résidentielle des aînés au Québec.* Québec: Société d'Habitation du Québec.

Renaud, F. (2004). Le vieillissement et l'habitation : défis et options, *Congrès International du Bien Vieillir, 3-5 octobre 2004.* Montréal (Canada).

Renault, S. (2001). Vivre en institution après 75 ans. In C. Colin, & R. Kerjossé (Eds.), *Handicaps Indépendances Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Colloque scientifique de Montpellier:* DREES. Ministère de l'emploi et de la solidarité.

Resnick, B. (2003). Alcohol use in a continuing care retirement community. *Journal of Gerontology Nursing*, 29(10), 22-29.

Rialle, V., Lamy, J., Noury, N. & Bajolle, L. (2003). Telemonitoring of patient at home : a software agent approach. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, (73)2: 257-268.

Richard, D., & Lalu Fraisse, A. (1999). Enquête sur la sexualité et l'affectivité en long séjour. *Soins gérontologie*, n°18, 13-16.

Ridez, S., Favier F., et al. (2001). Précarité des maghrébins vieillissant dans les foyers SONACOTRA. In *Précarisation, risque et santé.* H. Joubert, J. Deschamps et J. Terra. Paris, INSERM: 241-251.

- Roberge, D., Ducharme, F., Lebel, P., Pineault, R. & Loiselle, J.** (2002), La qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques : la perspective des aidants familiaux, *Canadian Journal on Aging*, (21)3, 393-403
- Robine, J.-M., & Mormiche, P.** (1993). L'espérance de vie sans incapacité augmente. *Insee Première*, n°281.
- Robinson, J.T., Moen, P.** (2000), A life course perspective on housing expectations and shifts in late midlife, *Research on Aging*, (22)5, 499-532.
- Rodriguez, L.** (2004). Le programme Batiflex, *Congrès International du Bien Vieillir*, 3-5 octobre 2004. Montréal (Canada).
- Rogers A.** (1990), Return migration to region of birth among retirement-age persons in United States, *Journal of Gerontology: Social Sciences*, (45)3:128-134.
- Roger, S. & Lefort F.** (1990). Un secteur expérimental pour l'habitat des personnes âgées : le SEPIA. *Gérontologie et Société*, n°52: 89-93.
- Rojo-Perez, F., Fernandez-Mayoralas, G., Pozo-Rivera, F., & Rojo-Abuin, J.M.** (2001). Ageing in place : Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54(2), 173-208.
- Rosenbloom** (2004). Providing Mobility to the Elderly of the future, *Congrès International du Bien Vieillir*, 3-5 octobre 2004. Montréal (Canada).
- Rutten, P.** (2003). *Soutenir les liens sociaux de la personne âgée dépendante pour une vie de qualité à domicile*. Rennes: Ecole Nationale de Santé Publique
- Saint Laurent-Kogan (de), A.** (2003). *Quels usages de la téléassistance pour le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes? Le rôle des opérateurs de l'offre*. Colloque Les nouvelles technologies dans la cité, Université de Rennes 1, Rennes, décembre 2004, <http://tic-cite.univ-rennes1.fr> (page consultée le 14 février 2005)
- Saint-Jean, O.** (2003). Boire de l'alcool en institution. Un privilège de maintien de la citoyenneté. *Gérontologie et Société*, n°105, 151-160.
- Salles, M.F.** (1998). Le vieillissement de la France. *Prévenir*, n°35, 9-13.
- Salon, D.** (2000). Une traduction spatiale du projet de vie. *Des Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*. Erès. Pratiques du champ social. Toulouse, sous la dir. de Vercauteren, R, Predazzi, M, Loriaux, M, Fernando, M: 297-301.
- Samaoli, O.** (1992). *Conditions de vie et insertion des immigrés âgés en France, du foyer «sonacotra» à l'hôpital gériatrique*. Paris, Fondation de France, 165p.
- Samaoli, O.** (1999). Considérations gérontologiques autour de l'immigration en France. *Gérontologie et Société*, n°91: 79-89.

- Sansot, P.** (1978). *L'espace et son double : de la résidence secondaire aux autres formes secondaires de la vie*. Paris: Editions du Champ Urbain/C.U.R
- Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult** (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1025-1033.
- Sauvain-Dugerdil, C., & Kalmykova, N.** (1993). Living in old age in Switzerland. Changes in the residence characteristics of the elderly population. *European Journal Population*, 13(2), 169-212.
- Sayad, A.** (1991). *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*. Bruxelles, De Boeck-Westmael.
- Scardigli, V.** (1992), Appropriation quotidiennes : du téléphone à l'aéronautique in Gras, A., Joerges, B. et Scardigli, V. *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris, L'Harmattan.
- Scharf, T., Phillipson, C., Smith, A., & Kingston, P.** (2002). *Older People in deprived Neighbourhoods: Social Exclusion and Quality of life in old age*. Center for Social gerontology, Keele University, http://www.keele.ac.uk/depts/so/csg/older_people.htm (page consultée le 15 février 2005)
- Schléret JM.** (2004) Une vieillesse de plus en plus plurielle, in Institut des Villes, *Villes et vieillir*, La Documentation Française, pp. 324-327.
- Schwach, V.** (1992) L'intégration des objets techniques dans la vie quotidienne in Gras, A., Joerges, B. et Scardigli, V. *Sociologie des techniques de la vie quotidienne*. Paris, L'Harmattan.
- Sechet P., Daniel-Lacombe E., Laforgue J-D.,** (1995) *La méthode générative. Programmation et conception de l'habitat des personnes âgées*, Plan Construction et Architecture, C.S.T.B.
- Serfaty-Garzon, P.** (1999). *Psychologie de la maison. Une archéologie de l'intimité* Montréal: Editions du Méridien.
- Sermet, S., & Grandjean, E.** (1998). *Evolution de l'état de santé des personnes âgées en France, 1970-1996*. Paris: CREDES- INSERM Intercommission n°5.
- Sheenan, NW. & Karasik, RJ.** (1995), The decision to move a continuing care retirement community, *Journal of Housing for the Elderly*, (11)2: 107-122
- Sherer, M.** (1997/06). Introducing computers to frail residents of homes for the aged. *Educational gerontology*, (23)4: 345-358.
- Settersten R.A. & Hägestad G.O.** (1996), What's the latest? Cultural age deadlines for family transitions, *The Gerontologist* (36)2, 178-188
- Shipp, K., & Branch, L.** (1999). Influence de l'environnement physique sur l'état de santé des personnes âgées. *Revue canadienne du vieillissement*, 18(3), 313-327.

Siera-Antalo, M., V. Desmartin-Belarbi, et al. (2003). *Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc Roussillon*. Montpellier, CESAM migrations santé, ORS Languedoc Roussillon.

Simon, P. (1999). Intégration urbaine et mémoire de l'immigration. *Que fait la vague quand vient le reflux? Gériologie et Société*, n°91: 157-171.

Simon, P. (2003). Le logement social en France et la gestion des « populations à risque ». *Hommes et Migrations*, n° 1246: 76-91.

Simpson, J., Darwin, C., & Marsh, N. (2003). What are older people prepared to do to avoid falling? A qualitative study in London. *British Journal of Community Nursing*, 8(4), 154-159

Société Canadienne d'Hypothèque et de logement (2001). Étude sur la satisfaction des usagers à l'égard des choix de logements pour les canadiens âgés. *Le point en recherche, Série socio-économique*, n°83.

Société Canadienne d'Hypothèque et de logement (2002). *La maladie d'alzheimer chez soi. Comment créer un environnement adapté au malade*. Ottawa, Canada: Gouvernement du Canada.

Société Canadienne d'Hypothèque et du Logement (2003). Maintenir l'autonomie des aînés par l'adaptation des logements. Guide d'évaluation par les aînés. Ottawa.

Société d'Habitation du Québec (1989). *L'impact du vieillissement de la population sur l'habitat: les personnes âgées et leurs besoins résidentiels*. Montréal-Québec.

Société d'Habitation du Québec (1999), *Sondage sur l'attitude de la population de la banlieue de Montréal et de Québec à l'égard du logement supplémentaire de banlieue*, Montréal-Québec.

Société d'Habitation du Québec (2000). *Les aîné(e)s et le logement. Un profil quantitatif de la situation résidentielle des aînés au Québec*. Montréal-Québec, 90p. avril 2000.

Société d'Habitation du Québec (2002). *La participation des locataires à leur milieu de vie. Guide de mise en place des comités consultatifs et de secteur*. Montréal-Québec, 38p. mai 2002.

Somme, D. (2003). Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. *Solidarité Santé, études statistiques*, n°1.

St. John, P., Havens, D., BD., van Ineveld, C. & Finlayson, M. (2002), Rural-urban differences in health status of elderly Manitobans, *Canadian Journal Of Rural Medicine*, (7)2, 89-93.

Steenkeste, F., Banerjee, S., Couturier, D. & Franco, A. (2003). *GARDIEN: un système de télésurveillance pour personnes âgées dépendantes*. Colloque Les nouvelles technologies dans la cité, Université de Rennes 1, Rennes, décembre 2004, <http://tic-cite.univ-rennes1.fr> (page consultée le 14 février 2005)

Stone Leroy, O., Frenken, H., & Dak Ming Ng, E. (1988). *Liens de famille et d'amitiés chez les canadiens âgés*. rapport préliminaire sur les résultats de l'enquête sociale générale. Ottawa: Statistique Canada.

Suarez, C. (2001). Réseaux et télémédecine. *Medicine cost*. 15 mai 2001. http://www.medcost.fr/html/telemedecine_tm/mag_19/suarez.htm (page consultée le 14 février 2005)

Summer, K. (2002). *Our homes, our lives: choice in later life living arrangements* London: Center for Policy on Aging

Tester, S., Hubbard, G., Downs, M., McDonald, C., & Murphy, J. (2003). Exploring perceptions of Quality of life of frail older people during and after their transition to institutional care, *Growing older program*. <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/ResearchProjects.htm> (page consultée le 15 février 2005)

Thave, S. (1999). Les immigrés de 60 ans ou plus. *Gérontologie et Société*, n°91: 11-18.

Thomas, H. (1998). La décision d'institutionnalisation du vieillard : rationalité limitée du choix et intime conviction du praticien. *Revue Laënnec*.

Thomas, H., & Saint-Jean, O. (2003). Autonomie sociale et citoyenneté dans la vie quotidienne des personnes âgées vivant en institution. *Solidarité Santé, études statistiques*, n°1, 57-68.

Thumerel, B. & Grosbois L.-P. (1995). *Toulouse, Les personnes âgées dans l'habitat collectif: une résidence intégrée.*, Plan construction et Architecture, CSTB.

Truchon, M. (2004). Les alternatives à l'hébergement institutionnel des aînés en perte sévère d'autonomie : une perspective internationale, *Conférence internationale «vers une nouvelle perspective: du vieillir au bien vieillir»*, Montréal, octobre 2004.

Twigg, J. & Atkin, K. (1994). *Carers perceived: Policy and practice in informal care*. Buckingham: Open University Press.

UNSA (2001). *Les personnes âgées dans la société, Synthèse des propositions du Conseil Economique et Social*. Union Nationale des Syndicats Autonomes. Mai 2001. Paris.

Vallerand, R., O'Connor, B., & Blais, M. (1989). Life satisfaction of elderly individuals in regular community housing, in low-cost community housing, and high and low self-determination nursing homes. *International Journal of Aging & Human Development*, 28(4), 277-283.

Van Vliet, W. (1993). New housing for older people. *Architecture & comportement*, (9)4: 463-474.

- Vanderhaegen, J.C.** (2003). *Handicaps et vieillissement démographique : des défis pour la ville* (248p). Bruxelles: Confédération Construction Bruxelles-Capitale.
- Vanhoutte, J.** (2003). *Le logement-foyer au service du vouloir devenir des personnes vieillissantes fragilisées : mise en oeuvre d'un projet personnalisé dans un territoire de vie* (67p). Rennes: Institut Régional du Travail Social.
- Vansteenkiste, J.** (2000). Une maison de repos et de soins innovante. *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*. Erès. Pratiques du champ social. Toulouse, sous la dir. de Vercauteren, R, Predazzi, M, Loriaux, M, Fernando, M: 324-330.
- Varini, E., & Maynard, M.** (2003). Qualité: une démarche qui a du sens. *Décideurs en gérontologie*, n°55, 10-17.
- Vellas, B.** (1998). Alimentation et maladie d'Alzheimer. *Cholé-Doc*, n°47, http://www.cerin.org/recherche/articles/SYN1998CD47_Alzheimer.asp (page consultée le 14 février 2005)
- Vellas, P.** (1994). Une réponse architecturale. *L'Année Gérontologique*, n°8: 546-550.
- Vellas, P., Macfayden, D., Brink, S., Ory, M. et Raibaut, J.** (1990). Chronique d'architecture et vieillissement. *L'Année Gérontologique*, n°4: 273-295.
- Vercauteren, R.** (2003). Développement local : l'autre approche de la gérontologie. *Gérosophie*, n°7, 28-35.
- Vercauteren, R.** (2003). L'habitat des plus âgés : un chantier qui cherche ses bases. *Soins gérontologie*, n°46, 16-18.
- Vercauteren, R., & Babin, N.** (1998). *Un projet de vie pour maintien à domicile des personnes âgées*. Ramonville St-Agne: Eres
- Vercauteren, R., & Chapeleau, J.** (1995). *Evaluer la qualité de vie en maison de retraite* Ramonville St Agne: Erès. Pratiques du champ social
- Vercauteren, R., Laborel, B., & Jahan, F.** (1999). *Faire vivre le projet des établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques du projet de vie* Ramonville St-Agne: Eres
- Vercauteren, R., Loriaux, M., Predazzi, M. & Fernando, M.** (2000). Pour une approche pluridisciplinaire de l'habitat des personnes âgées. *Des Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*. Erès. Pratiques du champ social. Toulouse, sous la dir. de Vercauteren, R, Predazzi, M, Loriaux, M, Fernando, M
- Vercauteren, R., & Predazzi, M.** (2000). *Pour une identité de la personne âgée en établissements*. Ramonville St-Agne: Eres

- Vercauteren, R., Predazzi, M. & Loriaux, M.** (2001). *Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées*. Ramonville Saint Agne, ERES.
- Vercauteren, R., Predazzi, M., Loriaux, M. et Fernando, M.** (2000). *Des Lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*. Ramonville Saint Agne, Erès.
- Vetel, J.** (1994). La demande d'un service pour déments séniles perturbants. La prise en charge architecturale. *L'Année Gériatologique*, n°8: 539-544.
- Veysset-Puyjalon, B., & Trincaz, J.** (1995). L'intergénération en institution. *Gérontologie et Société*, n°73, 80-88.
- Vezina, A., & Pelletier, D.** (1997). Les personnes âgées à mobilité réduite vivant à domicile : modalités de réponse aux besoins et niveau de satisfaction perçu. *La revue canadienne du vieillissement*, 16(2), 297-319.
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P.** (1994). *Psychologie gériatologique*: Gaetan Morin
- Victor, C., Bowling, A., & Scambler, A.** (2003). *Loneliness, social isolation and living alone in later life- Growing Older Program*, Full report.: ESRC. <http://www.shef.ac.uk/uni/projects/gop/ResearchProjects.htm> (page consultée le 15 février 2005)
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A.** (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, n°10, 407-417.
- Viennet, R.** (1998). La RATP répond au « Papy-Boom ». *Gérontologie et société*, n°86, 81-82.
- Viennois-Marion, O.** (1995). Nouveaux moyens technologiques de communication pour le maintien à domicile. *Gérontologie et Société*, n°75: 168-178.
- Vilkko, A.** (2001). Home enough, *Ageing in Europe, ESA Conference*. Helsinki.
- Ville de Rennes** (1995). Citoyens âgés dans la ville : Analyse, réflexions et propositions pour 2010: Les cahiers de RENNES, Ville de Rennes.
- Villez, A.** (1995). Du placement à l'accueil, du pensionnaire au résident, les établissements en marche. *Gérontologie et Société*, n°73, 110-121.
- Villez, A., Rothkegel, P., Thorat, F. et Guisset, MJ.** (1997). *Action gériatologique et allocation personnalisée d'autonomie*, Fondation de France, 85p.
- Viriot Durandal, JP.** (2003). *Le Pouvoir gris, Sociologie des groupes de pression de retraités*. Paris: PUF

- Von Kondratowitz, H.-J., Tesch-Römer, C., & Motal-Klingebiel, A.** (2003). La qualité de vie des personnes âgées dans les Etats-providence européens, Centre allemand de gérontologie, Berlin, Allemagne. *Retraite et Société- L'Europe du grand âge : entre familles et institutions*, n°38.
- Vuilleminot, J.** (1997). *La personne âgée et son animal pour le maintien du lien* Ramonville St Agne: Eres
- Wagnild, G.** (2001), Growing old at home, *Journal of Housing for the Elderly*, (14)1/2 : 71-84
- Wanklyn, P.** (1996). Caring for Older People: Homes and Housing for Elderly People. *British Medical Journal*, n°313, 218-221.
- Warnes, A.** (1993). The development of retirement migration in Great Britain, *Espace, Populations, Société*, n°3 : 451-464
- Warnes, A., & Ford, R.** (1994). Les retraités, leurs logements, leur mobilité dans la région urbaine de Londres. *Gérontologie et Société*, n°69, 27-40.
- Warnes, A., & Law, CM.** (1984). The elderly population of Great Britain: locational trends and policy implications. *Institute-of-British-geographers-transactions-London*, 9(1), 37-59.
- Weiller, D. & Laumonier, C.** (1998). *Les Plates-formes d'écoute multiservices. Conditions du développement de plates formes d'écoute pour la fourniture et la coordination des services autour de la personne vieillissante*. Paris, CSTB, 107p.
- Wenner, M.** (2002). L'agressivité dans les institutions pour personnes âgées. *Soins Gérontologie*, n°38, 40-42.
- West, G., Ouellet, D. & Ouellette, S.** (2003). Resident and staff ratings of foodservices in long-term care : implications for autonomy and quality of life. *The Journal of Applied Gerontology* (22)1: 57-75.
- Whitten, P., & Kailis, E.** (1999). Conditions de logement des personnes âgées dans l'UE. *Statistiques en bref*, Thème 3 : population et conditions sociales , n°14, 1-7.
- Williams, T., May C., Mair, F., Mort, M. & Gask, L.** (2003). Normative models of health technology assessment and the social production of evidence about telehealth care. *Health Policy* , n°64: 39-54.
- Wills, W., & Leff, J.** (1996). The TAPS project 30. Quality of life for elderly mentally ill patients. A comparison of hospital and community settings. *International Journal of Geriatric psychiatry*, 11(11), 953-963.
- Wiseman, RF.** (1980) Why older people move, *Research on Aging*, (2)2, 141-154.

Wittmann, AF. (2003). Vieillir dans une cité : un double stigmaté. *Sociétés contemporaines*, 51(4-5), 107-128.

Wright, F. (1994). Multi-purpose residential homes : a fair deal for residents? *Ageing and Society*, 14(3), 383-404.

Achévé d'imprimer en février 2007
sur les presses de l'Imprimerie Pierron
2a, rue Gutenberg - 57202 Sarreguemines

ISSN N° 0249-8804
02/2007 - Dépôt légal : 02/2007 - N° _____

Usages, normes, autonomie : analyse critique de la bibliographie concernant le vieillissement de la population

La bibliographie proposée dans cet ouvrage permet de faire l'état des lieux de la recherche et des expériences innovantes en croisant les questions d'habitat avec celles du vieillissement. L'analyse de quelques 550 références françaises, européennes et québécoises met au jour diverses figures du vieillissement, chacune d'elle ne donnant la plupart du temps qu'une vision très partielle de la complexité du phénomène de l'avancée en âge.

A l'aide de trois notions clés – les usages, les normes, l'autonomie – il apparaît que l'entrée par l'habitat est particulièrement significative de la place des plus âgés dans notre société. La question du pouvoir sur leur vie (sur leur capacité à habiter selon leur volonté) ne s'épuise pas dans les figures dominantes de la vieillesse que sont celles de la personne dépendante, handicapée ou isolée. D'autres figures émergent par lesquelles la prise de parole des plus vieux pourra permettre de rendre compte de l'expérience de la vieillesse par ceux et celles qui la vivent.

Le plan | urbanisme | construction | architecture | PUCA depuis sa création en 1998, développe à la fois des programmes de recherche incitative, des actions d'expérimentation et apporte son soutien à l'innovation et à la valorisation scientifique et technique dans les domaines de l'aménagement des territoires, de l'habitat, de la construction et de la conception architecturale et urbaine. Organisé selon quatre grands départements de capitalisation des connaissances : **Sociétés urbaines et habitat** traite des politiques urbaines dans leurs fondements socio-économiques ; **Territoires et aménagement** s'intéresse aux enjeux du développement urbain durable et de la planification ; **Villes et architecture** répond aux enjeux de qualité des réalisations architecturales et urbaines ; **Technologies et construction** couvre les champs de l'innovation dans le domaine du bâtiment ; le PUCA développe une recherche finalisée autour de plusieurs programmes : La ville pour tous | Se loger, habiter | Organiser les territoires | Le renouvellement urbain | Le futur de l'habitat | Innover pour construire durable | Énergie dans le bâtiment : PREBAT ; et d'ateliers thématiques assurant des transversalités entre programmes sous forme de rencontres entre chercheurs et acteurs, décideurs publics ou représentants des milieux professionnels, ainsi que des programmes d'appui : • actions régionales pour lesquelles le PUCA a suscité l'émergence de pôles régionaux d'échange sur le développement et l'aménagement des territoires • actions internationales dont European, programme européen de concours d'idées entre jeunes architectes • actions vers les professionnels • actions de valorisation et de diffusion-communication des résultats de ses travaux.



ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement

ministère des Transports de l'Équipement du Tourisme et de la Mer

Direction générale de l'urbanisme de l'habitat et de la construction

plan | urbanisme | construction | architecture

► Sociétés urbaines et habitat

La ville pour tous
Cultures urbaines et espaces publics
Défis de la citoyenneté urbaine
Emploi, insertion, discriminations
Mobilités et territoires urbains
Polarisation sociale de l'urbain et services publics
Rénovation urbaine et mixité sociale

Se loger, habiter

Accès au logement
Habitat et vie urbaine
Vieillesse de la population et habitat
Socio-économie de l'habitat
Trajectoires résidentielles
L'Europe et la recherche urbaine

► Territoires et aménagement

Organiser les territoires
Organisation de l'espace urbain et dynamiques économiques
Politiques territoriales et développement durable
Plate-forme internationale d'échanges sur les territoires
Ville et aménagement
Le renouvellement urbain
Renouvellement et recomposition des quartiers
Insécurité et violences urbaines
Renouvellement urbain et environnement
Rénovation urbaine et stationnement

► Villes et architecture

Le futur de l'habitat
Activités d'experts et coopérations interprofessionnelles
Concevoir pour l'existant
Échelle et temporalités des projets urbains
Futur de l'habitat
Habitat pluriel : densité, urbanité, intimité
Innovations urbaines
Maison individuelle, architecture, urbanité
Métiers de la maîtrise d'ouvrage et de la maîtrise d'œuvre
Quartiers durables

► Technologies et construction

Innover pour construire durable
Chantiers rapides CQFD
Nouvelles technologies et construction
Observatoire de la démarche HQE
Palmarès de l'innovation
Villas urbaines durables
Énergie dans le bâtiment : PREBAT

www.urbanisme.equipement.gouv.fr/puca

ISBN 2-11-085689-0

15 €