

**ACTES DU  
COLLOQUE**

**CONFÉRENCE**

**Recherches**  
sur le  
**vieillissement**  
en France

**4/5**  
DÉCEMBRE  
**2017**

**MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION**  
Amphithéâtre Henri Poincaré - 1 rue Descartes • 75005 Paris



**Jean-Marie Robine**

*Co-directeur du GDR Longévité et vieillissements*

## Avant-propos

Les Actes de la conférence « Recherche sur le vieillissement en France », qui s'est tenue les 4 et 5 décembre 2017, rendent compte de la richesse des travaux conduits en France et présentés lors de cette manifestation. Ils témoignent aussi de l'aventure du GDR « Longévité et vieillissements » dont cette conférence a été l'événement final. Pour différentes raisons, la préparation de ces actes, que nous avons lancée en 2018, a été suspendue.

Je n'ai pas oublié à quel point cette publication tenait à cœur à Marie-Ève Joël, qui était co-directrice avec moi du GDR Longévité et vieillissements. Marie-Ève Joël nous a quittés le 16 décembre 2019. Une journée scientifique à sa mémoire s'est tenue à Paris le 29 mars 2022. Profitant de cette belle occasion, sur le métier nous avons remis l'ouvrage : dans le cadre de « l'Institut de la Longévité, des vieillesse et du vieillissement » qui a pris le relai du GDR et dans lequel Marie-Ève s'est fortement impliquée, nous avons finalisé les Actes, à sa mémoire.

Je souhaite remercier chaleureusement les intervenant-e-s de la conférence pour leur participation à la conférence et pour avoir accepté de nourrir ce recueil, en dépit du retard de publication. Je remercie le comité scientifique et le comité d'organisation de la conférence qui ont contribué à la réussite de cette manifestation et œuvré pour la réalisation de ces actes. Je remercie aussi les groupements de recherche et les organismes partenaires du GDR qui ont permis l'organisation et la tenue de cette conférence, et notamment la CNSA et la Cnav pour leur soutien financier.





**Marie-Ève Joël et Jean-Marie Robine**

*Codirecteurs du GDR « Longévité et vieillissements »*

## Introduction aux actes de la conférence

**A**u moment où les activités du GDR « Longévité et vieillissements » cédaient la place à celles de l'« Institut de la longévité, des vieillesse et du vieillissement », un projet de conférence sur l'état de la recherche sur le vieillissement en France a émergé. Il y a à cela deux raisons. Le travail d'animation du GDR et de coordination des équipes de recherche travaillant sur ce sujet a montré avec force que la recherche sur le vieillissement en France était dynamique, diversifiée du point de vue des disciplines et des thématiques, souvent pluridisciplinaire mais peu connue en raison même de son éclatement et de sa faible coordination. Si les journées scientifiques annuelles organisées par les équipes du GDR ont pu mettre en évidence certains axes nouveaux particulièrement intéressants, ces exercices sont partiels et rendent compte de façon limitée de l'activité et de l'intérêt de la recherche dans le champ du vieillissement. Le GDR était bien placé pour structurer cet état de la recherche sur le vieillissement compte tenu du recensement des équipes de chercheurs et travaux qu'il avait effectué.

L'objectif était de rassembler les chercheurs qui travaillent sur le vieillissement dans toutes ses dimensions, et de mettre en avant les approches novatrices et les travaux de recherche les plus récents dans l'ensemble des disciplines concernées (anthropologie, architecture, biologie, démographie, droit, économie, épidémiologie, géographie, histoire, psychologie, psychiatrie, robotique, sociologie, et santé publique). 183 participants ont assisté à la conférence (jeunes chercheurs et chercheurs confirmés, des universités, EPST, caisses de protection sociale et sociétés savantes) en France (Amiens, Bordeaux, Brest, Dijon, Grenoble, Le Havre, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Lille, Lyon, Reims, Strasbourg, Toulouse, Tours) et au niveau international (Algérie, Belgique, Burkina Faso, Italie, Maroc, Sénégal, Suisse). 43 intervenants des différentes disciplines en France et à l'International ont présenté leurs travaux.

La conférence a été organisée en partenariat avec :

- le Groupement de recherche international ***Physiology and genetics of healthy aging*** (GDRI PhyGHA),
- le Groupement de recherche international ***Vieillessement en Afrique*** (GDRI VA),
- le Réseau des jeunes chercheurs en SHS ***Vieillessements & société***,
- le ***Réseau d'Études International sur l'Âge, la Citoyenneté et l'Intégration Socio-économique*** (REIACTIS Juniors),

regroupés au sein d'un comité d'organisation. Elle a bénéficié du soutien institutionnel et financier de la Cnav, du CNRS, de la CNSA, de l'EPHE, de l'Ined, de l'Inserm, du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation et de l'Université Paris Dauphine.

Quatre champs ont été identifiés comme majeurs dans la recherche contemporaine sur le vieillissement et correspondent chacun à une demi-journée du colloque :

1. **Mobilité et habitat**
2. **Expériences du vieillissement**
3. **Adaptabilité et technologies**
4. **Politiques publiques et transitions**

**La demi-journée « Mobilité et habitat »** a posé la question des modifications de l'habitat et de l'environnement des personnes âgées en période d'allongement de l'espérance de vie, de transition démographique et épidémiologique. Ont été présentées des recherches empiriques récentes traitant des parcours de mobilité résidentielle, de l'évolution des formes d'habitat pour les personnes âgées, de la transformation des espaces et des dimensions territoriales de l'habitat, ainsi que des innovations dans le domaine du logement et, corrélativement, de l'emploi de nouvelles technologies touchant le domicile.



**Au cours de la demi-journée « Expériences du vieillissement »**, les communications ont mis en avant les expériences vécues par les plus âgés pour exposer notamment les modalités passées et contemporaines du vieillir en Europe et en Afrique. Les transformations corporelles inhérentes aux processus de vieillissement et au contexte social et les relations d'aide sous l'angle du droit ont été également analysées. Ce thème a été abordé de façon interdisciplinaire. L'accent a été mis sur une lecture inter-populationnelle et le rôle de la culture dans le vécu du vieillissement.

**La demi-journée « Adaptabilité et technologies »** a présenté des interventions portant sur la place des nouvelles technologies dans l'accompagnement des personnes très âgées, les capacités de personnes âgées à s'adapter notamment du point de vue de la cognition. Peut-on prévenir ou freiner la fragilisation et le déclin cognitif des personnes âgées ? Peut-on même envisager de renforcer le fonctionnement cognitif et la robustesse des individus tout au long du cycle de vie ? Quelles sont les capacités de ces technologies à s'adapter aux besoins et à la culture des cohortes successives de personnes âgées ? Quelle est la place de l'alimentation, de la nutrition et de l'état métabolique dans un tel schéma ?

**La demi-journée « Politiques publiques et transitions »** a traité de la manière dont les politiques publiques accompagnent les individus au moment des transitions tout au long de la vie. Il s'agit des effets des politiques dans le contexte de la prise en charge de la perte d'autonomie et de la fin de vie, des conditions de travail des travailleurs âgés et du passage à la retraite. Deux sessions à vocation pluridisciplinaire ont été organisées sur les transitions aux âges avancés. La première a interrogé les politiques publiques de prise en charge de la perte d'autonomie et de la fin de vie : comment s'est construite la politique publique de prise en charge de la perte d'autonomie en France ? Quels sont les enjeux en termes de politiques publiques entourant la fin de vie ? La

seconde session a interrogé les politiques publiques en lien avec le marché du travail et le passage à la retraite : que sait-on des discriminations liées à l'âge sur le marché du travail et comment les réduire ? Que sait-on des conditions de travail des travailleurs âgés et comment les améliorer ? Quels sont les conséquences du passage à la retraite sur les conditions de vie des individus (niveau de vie, santé, etc.) ?

Ces quatre thèmes ont tous donné lieu à des publications récentes et motivé l'attention des jeunes chercheurs. Ces journées sont centrées en effet sur le travail des jeunes chercheurs plutôt que sur la valorisation de recherches de spécialistes aguerris du vieillissement. Ceci s'est traduit au niveau des intervenants pressentis et, plus concrètement, par le financement des déplacements de ceux-ci. Après deux réunions du comité scientifique en formation plénière, une petite équipe s'est constituée sur chacun des thèmes et elle a fait le choix des intervenants et assuré la cohérence des sessions et leur animation. Le choix d'une telle organisation décentralisée du colloque reflète le mode de fonctionnement du GDR pendant ses quatre années d'existence et l'application d'un principe de volontariat. Une coordination entre chercheurs ne peut exister que si elle est souhaitée par les chercheurs, qu'ils y trouvent des bénéfices et qu'ils s'engagent dans sa construction.

Il nous a semblé préférable de mettre en ligne des résumés des différentes interventions plutôt qu'une édition papier des actes, ceci afin de faire connaître et circuler rapidement des résultats nouveaux et pertinents. Les interventions ont été enregistrées, transcrites et soumises à chaque auteur pour relecture. À quelques exceptions près, tous les auteurs ont jugé la publication de leurs interventions souhaitable.

Enfin, on ne saurait trop souligner la richesse du contenu des différentes interventions et leur contribution au débat contemporain sur le vieillissement.



Le thème **MOBILITÉ ET HABITAT** sera abordé à travers les différents parcours de mobilité résidentielle, l'évolution des formes d'habitat pour les personnes âgées, la transformation des espaces et des dimensions territoriales de l'habitat, ainsi que les innovations en termes de logement.

La thématique des **EXPÉRIENCES DU VIEILLISSEMENT** sera traitée à partir des modalités passées et contemporaines du vieillir en Europe et en Afrique, des transformations corporelles inhérentes aux processus de vieillissement et au contexte social, et des relations d'aide sous l'angle du droit.

#### PRÉSIDENT-E-S DE SESSION

Cécile CHARLAP

Agnès GRAMAIN

Marie-Ève JOËL

Enguerran MACIA

Jim OGG

#### INTERVENANT-E-S

Sabrina AOUICI

Nicolas BELORGEY

Catherine BONVALET

Célia BROUSSARD

Vincent CARADEC

Fany CERESÉ

Aline CHAMAHIAN

Cécile CHARLAP

François CUSIN

Fatoumata HANE

Marie MERCAT-BRUNS

Thibault MOULAERT

Soukey NDOYE

Mélina RAMOS-GORAND

Cécile ROSENFELDER

Muriel SAJOUX

Anne-Bérénice SIMZAC

Marion VILLEZ

## MOBILITÉ ET HABITAT

### 1. MOBILITÉ RÉSIDENIELLE ET CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT 8

Comment la solidarité familiale affecte-t-elle la mobilité résidentielle des retraités ?  
L'analyse des données Amare ..... 9

> Sabrina AOUICI (URV, Cnav) et Célia BROUSSARD (Université du Havre, URV, Cnav)

L'impact de la politique de mutation des logements-foyers  
vers les résidences autonomie sur les parcours résidentiels ..... 15

> Anne-Bérénice SIMZAC (Fondation Médéric Alzheimer)

Structuration sociale et spatiale du recours aux soins de personnes âgées : premiers résultats d'enquêtes micro ..... 20

> François CUSIN et Nicolas BELORGEY (CNRS-IRISSO, Université Paris-Dauphine)

La construction sociale de l'espace du vieillissement : relecture théorique des démarches VADA de l'OMS ..... 23

> Thibault MOULAERT (PACTE, CNRS UMR 5194, Université Grenoble Alpes et Membre du REIACTIS)

### 2. HABITAT (L'HABITÉ, DOMICILE/INSTITUTION, TRANSFORMATIONS DES ESPACES) 28

Innovation, habitat, institutions ..... 29

> Cécile ROSENFELDER (LIRTES, Université Paris Est Créteil) et Marion VILLEZ (LIRTES, Université Paris Est Créteil)

Domesticité : la promesse d'un chez-soi en EHPAD ? Retours sur une recherche expérimentale en architecture ..... 32

> Fany CERESÉ – Docteur en Architecture

Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées :  
enjeux territoriaux en France métropolitaine ..... 36

> Mélina RAMOS-GORAND (DSPR, Cnav)

Discussion ..... 40

> Catherine BONVALET (Ined)

## EXPÉRIENCES DU VIEILLISSEMENT

### 1. AIDES ET SOCIABILITÉS 43

Solidarités familiales et vieillesse dans des pays jeunes. Cas du Maroc et du Sénégal ..... 44

> Muriel SAJOUX (UMR 7324 CITERES CNRS - Université de Tours)

Vieillir en contexte de migration, vieillir chez soi : mobilités Nord/Sud des personnes âgées ..... 47

> Fatoumata HANE (Université de Ziguinchor)

Violences économiques et personnes âgées : des nouvelles figures en droit ? ..... 50

> Marie MERCAT-BRUNS (LISE, CNRS, CNAM Paris et Professeure Affiliée à l'École de droit de Sciences Po)

### 2. CORPS ET MALADIE 54

Vivre et vieillir avec la maladie d'Alzheimer ..... 55

> Aline CHAMAHIAN (CeRIES, Université de Lille)

Corps, genre et vieillissement ..... 57

> Cécile CHARLAP (CeRIES, Université de Lille)

Passage à la retraite et maintien de l'activité ..... 60

> Soukey NDOYE (PHILÉPOL, Université Paris Descartes)

Discussion ..... 63

> Vincent CARADEC (CeRIES, Université de Lille)

PRÉSIDENT-E-S DE SESSION

Carole BONNET

Roméo FONTAINE

Giovanni LEVI

Jean-Marie ROBINE

INTERVENANT-E-S

Éric BONSANG

Christophe CAPUANO

Maëlle DRÉANO

Carole DUFOUIL

Claudio FRANCESCHI

Annie JOLIVET

Serge LUQUET

Sophie PENNEC

Antoine PIAU

Gaëlle SORIANO

Marianne TENAND



**MARDI**  
**5**  
**DÉCEMBRE**

Les questions relatives au thème **ADAPTABILITÉ ET TECHNOLOGIES** traiteront de la place que les nouvelles technologies pourraient prendre dans la prise en charge des personnes très âgées, du rôle de l'alimentation, de la nutrition et de l'état métabolique sur la cognition.

L'axe **POLITIQUES PUBLIQUES ET TRANSITIONS** regroupera des travaux sur la construction des politiques publiques de prise en charge de la perte d'autonomie et de la fin de vie, les conditions de travail des travailleurs âgés ainsi que les conséquences du passage à la retraite sur les conditions de vie des individus.

## ADAPTABILITÉ ET TECHNOLOGIES

<b>1. COGNITION</b>	<b>67</b>
<b>Nouvelles technologies et pathologies neurodégénératives : perspectives</b>	<b>68</b>
> Antoine PIAU ( <i>CHU de Toulouse</i> )	
<b>Impact des stimulations cognitives au cours de la vie sur le vieillissement cognitif</b>	<b>71</b>
> Carole DUFOUIL ( <i>Unité 1219, Inserm, Université de Bordeaux, CHU de Bordeaux</i> )	
<b>2. ALIMENTATION, NUTRITION, MÉTABOLISME</b>	<b>74</b>
<b>Cerveau et contrôle du comportement alimentaire et du métabolisme</b>	<b>75</b>
> Serge LUQUET ( <i>Université Paris Diderot - Paris 7, CNRS UMR 8251</i> )	
<b>L'autonomie alimentaire pour la personne âgée</b>	<b>81</b>
> Gaëlle SORIANO ( <i>Gérontopôle - CHU de Toulouse</i> )	
<b>The challenge of defeating aging and age-related diseases: an exciting but uncanny scientific perspective</b>	<b>84</b>
> Claudio FRANCESCHI ( <i>Université de Bologne</i> )	

## POLITIQUES PUBLIQUES ET TRANSITIONS

<b>1. PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE</b>	<b>87</b>
<b>Prendre en charge la dépendance des années 1880 à nos jours : un problème insoluble ?</b>	<b>88</b>
> Christophe CAPUANO ( <i>LARHRA, Université Lumière - Lyon 2</i> )	
<b>La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités</b>	<b>91</b>
> Marianne TENAND ( <i>École normale supérieure et École d'économie de Paris</i> )	
<b>Décisions médicales et lieux de fin de vie et de décès</b>	<b>95</b>
> Sophie PENNEC ( <i>Ined</i> )	
<b>2. TRANSITIONS</b>	<b>98</b>
<b>Passage à la retraite et travail domestique</b>	<b>99</b>
> Éric BONSANG ( <i>Université Paris Dauphine</i> )	
<b>Formation des seniors</b>	<b>101</b>
> Annie JOLIVET ( <i>CEET, Cnam et GIS Creapt</i> )	
<b>Discriminations systémiques par l'âge</b>	<b>104</b>
> Maëlle DRÉANO ( <i>Université catholique de Lille, Maître de conférences en droit de l'emploi</i> )	

# MOBILITÉ ET HABITAT

## 1. MOBILITÉ RÉSIDENTIELLE ET CHANGEMENT D'ENVIRONNEMENT



**Sabrina AOUICI** et **Célia BROUSSARD**  
URV, Cnav Université du Havre, URV, Cnav

## Comment la solidarité familiale affecte-t-elle la mobilité résidentielle des retraités ? L'analyse des données Amare

### Sabrina AOUICI :

Notre présentation s'intitule « *Comment la solidarité familiale affecte-t-elle la mobilité résidentielle des retraités ? Analyse des données Amare* ». Il s'agit d'une enquête menée à l'Unité de Recherche sur le Vieillessement de la Cnav à laquelle Célia, Rémi Gallou et moi-même avons pris part. L'objet de cette présentation consiste à examiner la mobilité résidentielle pendant la retraite en questionnant les solidarités avec l'entourage familial. Nous proposons dans un premier temps de dresser un cadrage à partir des données de l'enquête Logement 2013 (ENL 2013) et des travaux préexistants, puis d'approfondir l'analyse à partir des données de l'enquête qualitative.

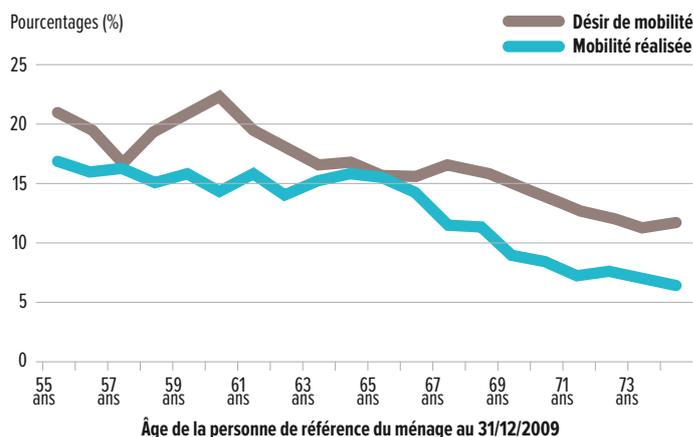
Pour les personnes vieillissantes, le logement et l'environnement jouent un rôle déterminant dans le maintien des activités et des relations aux proches ou encore dans l'accessibilité aux services. La stabilité résidentielle correspond au choix de la majorité des personnes retraitées, d'autant qu'elle permet la préservation d'un chez soi habituel et sécurisant (Dreyer, 2017). Pour autant, un déménagement peut être souhaité, imposé ou s'avérer nécessaire lorsqu'en vieillissant, des changements familiaux surviennent, que les attentes ou les capacités d'adaptation vis-à-vis de l'habitat ou du logement évoluent. D'après les données de l'enquête Logement de l'Insee (ENL 2013), près de 13 % des ménages dont la personne de référence avait entre 55 et 75 ans, ont changé de logement entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2013.

Le graphique 1 représente la part de ménages âgés de 55 ans ou plus ayant connu un déménagement entre 2009 et 2013 (courbe bleue) ainsi que le désir de mobilité résidentielle (courbe brune). La mobilité résidentielle diminue avec l'âge : le taux est stable (autour de 15%) jusqu'à 65 ans ; après cet âge, les valeurs diminuent progressivement. Quant au désir de mobilité résidentielle, près de 16% des ménages dont la

personne de référence était âgée entre 55 et 75 ans déclaraient souhaiter changer de logement. On observe un pic à 60 ans, qui correspond aux migrations provoquées par le passage à la retraite, avant que le taux ne se stabilise autour de 15% entre 64 et 74 ans (le désir diminuant avec l'avancée en âge). Nous n'avons pas poursuivi les courbes aux âges supérieurs pour des raisons d'effectif mais le souhait de déménager semble moins élevé aux âges avancés, ce qui illustre peut-être le souhait de rester dans son environnement quotidien.

### GRAPHE 1 : La mobilité résidentielle après 55 ans

Le désir de mobilité résidentielle équivaut ici aux réponses positives à la question : « Souhaitez-vous changer de logement ? ».



Champ : 12 644 ménages dont la personne de référence était âgée de 55 ans ou plus au 31/12/2013.

Source : Insee, Enquête logement 2013, Exploitations Cnav – URV.

Les données de l'enquête ENL sont très riches : elles permettent d'avoir des informations sur les caractéristiques du logement souhaité (s'agit-il d'un pavillon, d'un appartement, d'un logement individuel/collectif tel qu'un logement-foyer ; d'un logement plus grand/plus petit que le précédent, d'une location ou d'une propriété, etc.).

Ces données permettent aussi de connaître la principale raison du dernier déménagement pour les ménages ayant eu une mobilité récente (graphique 2).

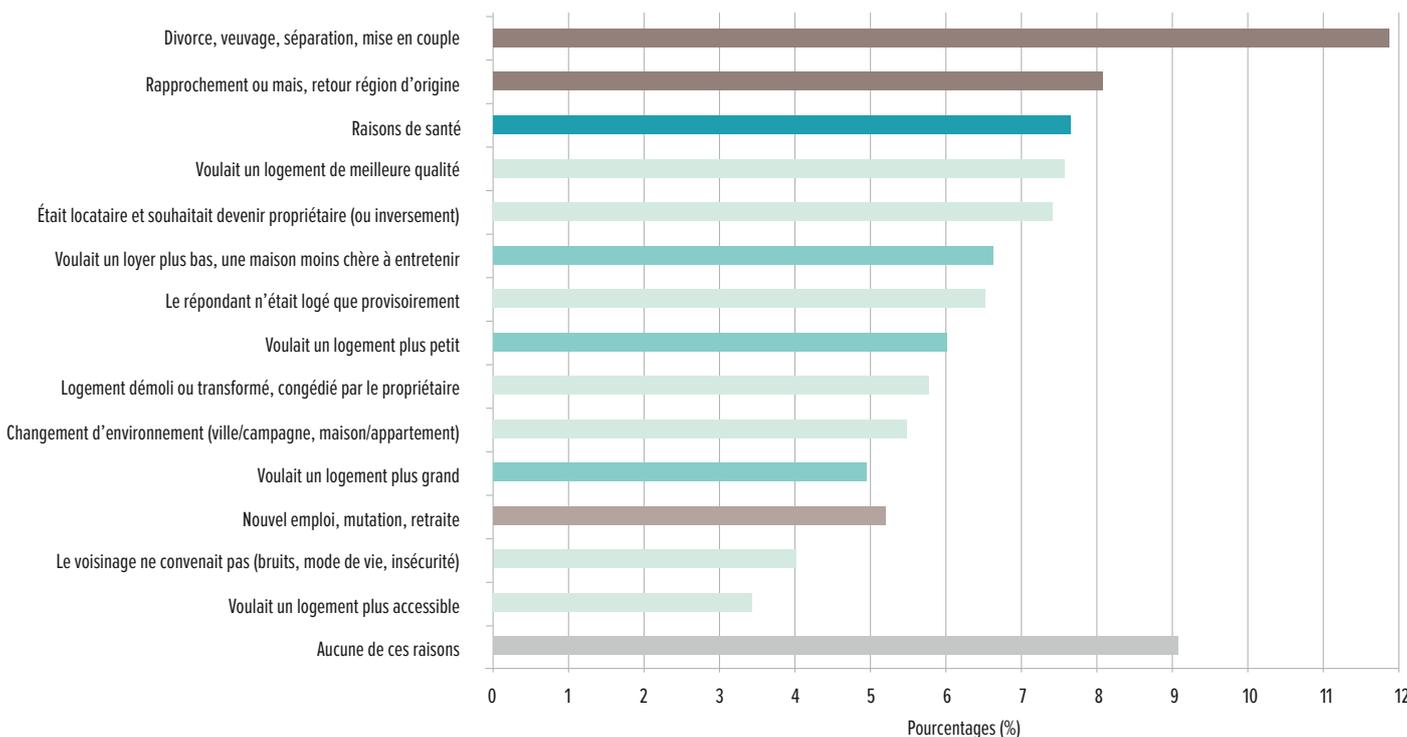
Les raisons liées à la famille constituent la principale raison de mobilité après 55 ans, comptabilisant à elles seules 20 % des motifs de la mobilité résidentielle, qu'il s'agisse d'une séparation (veuvage, divorce), d'une remise en couple, du souhait de se rapprocher de membres de la famille, de membres de l'entourage ou encore d'un retour aux sources/à une région d'origine. Suivent les mobilités liées à l'état de santé, à la qualité de vie (qualité du logement, statut d'occupation, changement ville/campagne), aux caractéristiques du logement ou encore liées à l'emploi.

Que disent les travaux existants sur la mobilité résidentielle des retraités ? Et pourquoi étudier la mobilité résidentielle des retraités aujourd'hui ? Différents travaux ont déjà été réalisés sur ces questions. Nous avons retenu les recherches de L. Nowik et A. Thalineau qui identifient différentes logiques – non exclusives – de mobilité de retraite, et notamment : une logique « *d'épanouissement* » ; une logique de « *rapprochement* » ; une logique de « *sécurisation de soi* » (Nowik et Thalineau, 2010). Par ailleurs, les travaux de C. Bonnalet et É. Lelièvre rappellent que la famille joue un rôle

important tout au long de la vie et soulignent l'importance du lien de proximité résidentielle entre les parents et les enfants pour les parents du baby-boom (Bonnalet et Lelièvre, 2012). Mais l'arrivée à la retraite des générations du baby-boom, dont on sait qu'elles sont plus mobiles et qu'elles ont eu des comportements différents de leurs aînés au sein de la famille comme au travail (Bonnalet et Ogg, 2009), amène à réinterroger la configuration de proximité géographique avec l'entourage et les différentes formes de solidarité au sein de la famille. Quelle(s) logique(s) de mobilité pour ces générations mobiles ? Peut-on retrouver les logiques de mobilité identifiées par Nowik et Thalineau (épanouissement/sécurisation de soi) dans leurs comportements ? Quelle proximité des familles et comment s'organise la mobilité des retraités vis-à-vis de leur famille ? Enfin, quelles conséquences sur les liens familiaux ?

Pour ce faire, nous nous appuyons sur les données de l'enquête qualitative « *Amare* ». Le projet Amare (pour « *Ancrage et Mobilité résidentielle à la retraite* ») est porté par quatre partenaires : la Cnav, l'Ined, le laboratoire Citères de l'Université de Tours et l'IRD. L'objectif principal de cette recherche est d'observer des hommes et des femmes retraités ayant récemment déménagé (entre 2015 et 2016) à deux moments de la retraite (retraite récente/ancienneté dans

GRAPHE 2 : Principale raison du dernier déménagement (55 ans &+)



Champ : 1 016 ménages dont la personne de référence était âgée de 55 ans ou plus au 31/12/2013 ayant connu un déménagement depuis 2009.  
 Source : Insee, Enquête logement 2013, Exploitations Cnav – URV.

TABLEAU 1 : **Mobilité résidentielle et distance aux enfants des retraités de l'enquête Amare**

NOUVEAU LOGEMENT	LOGEMENT PRÉCÉDENT		
	<i>Proximité d'au moins un enfant</i>	<i>Distance moyenne</i>	<i>Longue distance</i>
<b>Proximité d'au moins un enfant</b>	<b>Continuité (23 individus)</b> Diverses formes de solidarités et autonomie résidentielle (12) ; Cohabitation (6) ; Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (3) ; Rupture (2)	<b>Rapprochement (10 individus)</b> Diverses formes de solidarités et autonomie résidentielle (7) ; Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (3)	<b>Rapprochement (9 individus)</b> Diverses formes de solidarités et autonomie résidentielle (7) ; Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (2)
<b>Distance moyenne</b>	<b>Éloignement modéré (6 individus)</b> Diverses formes de solidarités et autonomie résidentielle (3) ; Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (2) ; Rupture (1)	<b>Continuité (6 individus)</b> Diverses formes de solidarités et autonomie résidentielle (2) ; Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (3) ; Rupture (1)	<b>Rapprochement modéré (0 individu)</b>
<b>Longue distance</b>	<b>Éloignement (4 individus)</b> Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (4)	<b>Éloignement (3 individus)</b> Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (3)	<b>Continuité (4 individus)</b> Solidarité ponctuelle et solidarité à distance (4)

\*7 individus sans enfant

Source : Enquête Amare 2015 ; Exploitations Cnav – URV.

la retraite). Des entretiens qualitatifs ont été menés avec 73 personnes sur trois terrains d'études : l'île de la Réunion, l'Indre et Loire et l'Île-de-France. Les entretiens ont permis de collecter des données sur la situation familiale et conjugale des enquêtés, leur histoire résidentielle, les motifs de la dernière mobilité, les relations avec le nouvel environnement, les éventuels projets de mobilité ou encore l'anticipation de la vieillesse et de la fin de vie. Nous présenterons ici quelques résultats qui suivent une problématique articulée autour de la question du choix résidentiel en lien avec la localisation de l'entourage familial, et plus spécifiquement les enfants.

Nous avons souhaité examiner la mobilité résidentielle en confrontant la distance aux enfants dans le logement antérieur à la distance aux enfants dans le nouveau logement. Il convient de préciser que ce que l'on désigne ici par « distance » tient compte d'une dimension géographique mais aussi d'une dimension affective (présence, solidarité au sein de la famille). Nous avons identifié, à partir de nos entretiens, trois comportements majeurs qui peuvent s'accompagner de forme de solidarités variées : les personnes pour lesquelles la mobilité s'est faite sans grand bouleversement par rapport à la proximité et à la distance aux enfants (logique de

continuité) ; les personnes qui, par cette dernière mobilité, se sont rapprochées d'au moins un enfant (logique de rapprochement) ; celles qui s'en sont éloignées (logique d'éloignement). Le tableau 1 résume les différentes tendances observées. Nous savons que la réalité est plus complexe que ce schéma peut-être simpliste. C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité analyser ces trois tendances plus finement à partir des corpus qualitatifs afin de voir si un rapprochement géographique s'accompagne nécessairement de plus de solidarités ; si un éloignement est systématiquement synonyme d'une distanciation des proches ; ou encore si la continuité géographique signifie continuité dans les formes de solidarité.

Je passe la parole à Célia, qui va présenter quelques études de cas mettant en valeur les stratégies résidentielles identifiées (s'il s'agit d'un rapprochement, d'un éloignement ou d'une continuité), les logiques de mobilité dans laquelle s'inscrit l'enquêté (logique d'épanouissement, de sécurisation de soi ou de rapprochement) et enfin les solidarités observées dans les trois temps de la mobilité que sont la décision de déménager, le déménagement en lui-même puis l'installation dans le nouvel environnement.

**Célia BROUSSARD :**

Trois exemples de trois effets géographiques de la solidarité vont être présentés : la continuité, le rapprochement et l'éloignement géographique. Dans le premier exemple, nous vous exposons un cas de continuité géographique qui a contribué à un maintien du lien familial. Il s'agit d'un couple, Monsieur et Madame Desmoulins. Anciens gérants d'un garage automobile, ils ont deux enfants indépendants. Ils ont quitté un logement situé à l'Hay-les-Roses (Val-de-Marne) pour un appartement à Cachan (Val-de-Marne). Ils s'inscrivent dans une continuité puisqu'ils ont, malgré le déménagement, conservé une proximité aussi bien avec leurs proches qu'avec leur ancien quartier. On observe dans ce couple un soutien familial permanent, lié à l'histoire de la famille. En effet, les enfants ont repris le garage automobile parental ; cette acquisition illustre une importante proximité entre parents et enfants, au niveau professionnel et familial.

L'extrait d'entretien suivant montre que l'idée d'un déménagement remonte à plusieurs années ; le projet a même été suscité par les enfants du couple Desmoulins. La réalisation de ce projet va prendre dix ans, temps qu'il a fallu au couple pour accepter que leur environnement n'était plus tellement adapté à l'évolution de leur vieillissement. Madame Desmoulins confie d'ailleurs à ce sujet :

*Madame Desmoulins : « On savait bien qu'on ne pouvait plus rester là-bas. Nos enfants nous disaient de déménager et on disait : "Non. On veut rester à l'Hay-les-Roses". À un moment donné, on a dit : "On ne pourra plus". »*

*Monsieur Desmoulins : « On avait mal aux genoux, on avait des problèmes : mal aux genoux et puis mal au dos. On était au troisième, mais pas d'ascenseur. Alors à 90 piges, quand il faut monter les escaliers, c'est la galère, donc on a changé. La première chose que j'ai demandée à l'agence : "Je veux acheter un ascenseur". »*

Comme l'illustrent ces extraits d'entretien, il s'agit ici d'une mobilité de sécurisation de soi. Le couple anticipe les difficultés du vieillissement et décide de déménager pour un logement plus accessible. Au niveau du déménagement en lui-même, le couple a fait appel à un professionnel. L'importance de la proximité des enfants (aussi bien géographique qu'affective) se ressent au niveau de l'adaptation dans le nouveau logement. Cette proximité s'inscrit dans une continuité entre l'ancien et le nouveau logement. Monsieur Desmoulins évoque ses origines espagnoles pour justifier ce lien familial :

*Monsieur Desmoulins : « Nous, on a de la veine d'avoir nos enfants. On est des vieux. Quand on a besoin, on appelle. Par contre nous, on ne les aide pas. Quand on va au marché, de temps en temps, on leur dit qu'on peut leur faire des courses, mais c'est eux qui nous aident. (...) Je suis descendant de fils d'Espagnols, on est très famille. Ma fille va téléphoner deux ou trois fois par jour à sa mère. "Ça va va ?" "Ça va". Là elle vient de téléphoner pour savoir comment tu allais [en s'adressant à son épouse]. »*

On constate un soutien familial permanent au sein de cette famille. Les enfants ont eu une implication de très longue durée dans le projet de déménagement, dans sa réalisation comme dans l'adaptation dans le nouvel environnement.

Le deuxième exemple étudié ici – celui de Madame Canne – s'inscrit dans la logique de rapprochement géographique et se double d'un renforcement d'un lien familial. Au moment de l'entretien, Madame Canne est âgée de 73 ans. Elle vit seule (elle est divorcée depuis de nombreuses années) ; elle a travaillé comme employée. Elle vivait à Pantin (Seine-Saint-Denis) dans un appartement assez spacieux avec un grand balcon, mais son environnement devenait insécuritaire pour elle. Elle a décidé de déménager pour un logement plus petit (sans balcon), avec moins d'entretien, situé à Villiers-sur-Marne (Val-de-Marne) à dix minutes à pieds de chez sa fille, en centre-ville où tous les commerces sont accessibles à pied. Ici encore il s'agit d'une mobilité réalisée pour une sécurisation de soi. La fille de Madame Canne était déjà présente dans la vie de sa mère mais cette présence s'est renforcée avec le déménagement. L'implication de la fille de Madame Canne a d'ailleurs été très importante à tous les niveaux du processus de déménagement. En effet, bien que Madame Canne présente le projet de mobilité comme une démarche personnelle, sa fille est largement intervenue.

*Madame Canne : « Ma fille habite à Villiers, alors ça a aidé. J'ai recherché dans le Val-de-Marne, pas forcément Villiers. Du coup, mes enfants sont venus me chercher, on a fait les agences immobilières. Un jour, ma fille en passant le soir, a vu qu'il y avait un appartement à vendre, alors tout de suite avec son compagnon ils sont allés à l'agence et elle m'a dit : "On va aller voir déjà" ; Ils ont pris un rendez-vous pour que je vienne. Ils sont venus me chercher pour voir si cela me convenait. »*

On voit bien ici qu'il y a une implication très forte de l'enfant dans le choix du logement puisque c'est elle qui a trouvé l'appartement pour sa mère. La fille s'implique également dans le déménagement : Madame Canne ayant vendu son

appartement de Pantin, elle a été hébergée un temps par sa fille avant de pouvoir prendre possession de son nouvel appartement après que sa fille lui ait défait quelques cartons.

*Madame Canne : « [Ma fille m'a dit] "Il n'est pas question que tu restes là. On va t'emmener à la maison". Alors je suis restée chez ma fille jusqu'à la fin de la semaine. Puis, entretemps, ils ont vidé les cartons, ils m'ont rangé le plus de choses possibles, et quand je suis arrivée le dimanche, tout ce dont j'avais besoin était rangé. »*

On observe là aussi la forte implication de l'enfant dans l'installation dans le nouveau logement. Il en va de même pour l'adaptation du mode de vie et les habitudes qui vont se mettre en place dans le nouvel environnement.

*Madame Canne : « J'avais déjà vu à peu près, on avait fait plusieurs fois le tour avec ma fille. Puis j'avais le plan de la ville. Je me suis repérée, cela a été. Ma fille et mes petits-enfants habitent à côté, à 10 minutes à pieds. Des fois le soir, ma fille en sortant du travail passe me voir prendre un thé, elle me téléphone et me demande si elle peut passer. Pour ça on est complices toutes les deux, c'est vrai qu'on s'entend bien. Des fois je vais chez elle, je vais dîner avec eux. »*

Les deux femmes se voient donc très régulièrement. La mobilité de Madame Canne est donc une mobilité de sécurisation de soi sur divers plans : une sécurisation par rapport au logement en lui-même mais aussi une sécurisation de soi à travers la relation renforcée que Madame Canne vit avec sa fille unique.

**Le troisième exemple** – celui de Madame Durel – rend compte d'un éloignement géographique conjugué à un maintien du lien familial. Madame Durel, ex-employée de 65 ans aujourd'hui divorcée, a quitté la métropole pour s'installer à la Réunion. Elle a un fils et deux petits-enfants en métropole avec lesquels elle continue d'avoir énormément de liens, bien que ces derniers aient été fortement modifiés par son éloignement géographique. Madame Durel n'a pas discuté de sa décision de déménager avec son fils, avec lequel elle entretient néanmoins de bonnes relations. Sa mobilité répond à une logique d'épanouissement, ainsi qu'elle l'explique dans le verbatim suivant :

*Madame Durel : « Quand mon fils était élevé, qu'il avait son travail, qu'il avait son appartement, qu'il était en ménage, moi j'ai dit : «Maintenant, je vais penser à moi.» J'avais 51 ans et j'ai bien fait. Donc je suis allée vivre dans le Midi de la France et c'est en vacances que j'ai découvert cet*

*endroit. J'étais encore active dans l'Est de la France, je me suis dit : "C'est là que je passerai ma retraite." (...) Et j'adore mon fils, mon fils m'adore. J'ai deux magnifiques petits-enfants, je viens de les avoir juste avant que vous veniez sur Skype. Il faut considérer que lui il a sa vie, moi j'ai la mienne, et nous avons la nôtre. Ne pas se gêner dans notre vie. »*

L'autonomie de Madame Durel dans le choix de mobilité se retrouve dans les aspects pratiques du déménagement, qu'elle a gérés intégralement, tout comme dans l'installation dans le nouvel environnement.

*Madame Durel : « Mes démarches étaient déjà faites avant, je suis pas arrivée comme on dit "les doigts dans le nez". Et de là, je me suis emménagée tout doucement, pendant 3-4 mois quand même parce que j'ai tout racheté. Donc comme on n'a pas de repères, on ne connaît pas les magasins tout ça, il faut toujours tout chercher : que ce soit médecins, que ce soit pour faire vos courses, que ce soit les choses administratives. »*

Les exemples présentés ici ont mis en valeur l'importance du lien familial dans les différentes phases du déménagement. Le rôle de l'entourage familial est toutefois à nuancer : certaines mobilités sont sans effet sur les liens familiaux quand d'autres n'ont pas les effets escomptés. Madame Rémy, par exemple, regrette sa dernière mobilité : elle a quitté sa grande maison de Dordogne pour s'installer dans un appartement en Touraine, à proximité de sa fille (sur les conseils de son médecin et de son entourage). Cette mobilité de rapprochement ne s'est néanmoins pas accompagnée d'un rapprochement affectif. En effet, Madame Rémy n'a plus du tout de lien avec sa fille, qui lui a clairement fait savoir qu'elle ne souhaitait pas être un soutien et qu'elle ne s'occuperait pas d'elle au quotidien. Madame Rémy, qui regrette le manque d'investissement de sa fille, n'est pas heureuse dans son nouveau logement et envisage une nouvelle mobilité.

Enfin, l'influence de la famille ne s'exprime pas toujours par la voix des enfants. C'est le cas, par exemple, de Madame Séraphin. Cette ancienne employée, âgée de 88 ans, n'a pas d'enfant mais elle a des neveux et nièces qui, selon elle, lui ont imposé un déménagement en résidence service. Elle a donc quitté son appartement de Paris, où elle avait ses repères et ses habitudes, pour intégrer, sous la pression de ses neveux et nièces, une résidence service à Vincennes (Val-de-Marne).

Pour conclure, nous souhaitons rappeler que la majorité de personnes de notre échantillon vivent à proximité d'au moins

un enfant, qu'ils aient ou non fait une mobilité de rapprochement. Cela questionne sur le rôle attendu et donné aux enfants. La dimension familiale reste un facteur majeur, mais il convient de souligner que la solidarité va dans les deux sens (certains parents se rapprochent de leurs enfants moins par sécurisation de soi que pour soutenir les enfants ou

s'occuper des petits-enfants (« Générations pivots », Attias-Donfut, 1995). Enfin, la relation qui se tisse dans le nouvel environnement entre parent et enfant, pose aussi des questions sur la structure familiale qui était en place bien avant le déménagement, car le rapprochement géographique peut aussi bien renforcer que distendre les liens familiaux.

#### Références bibliographiques

---

Attias-Donfut, C. (dir.) (1995). *Les solidarités entre générations : vieillesse, familles, États*. Paris, Nathan

Bonvalet, C., Lelièvre, É. (dir.) (2012). *De la famille à l'entourage. L'enquête biographies et entourage*. Paris, Ined

Bonvalet, C., Ogg, J. (2009). *Les baby-boomers, une génération mobile*. La Tour d'Aigues, éditions de l'Aube

Dreyer, P. (2017). « Avant-propos : Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie ». *Gérontologie et société*, n°152, pp. 9-23

Nowik, L., Thalineau, A., (2010). « La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales ». *Espace populations société*, n°1, pp. 41-51



**Anne-Bérénice SIMZAC**  
Fondation Médéric Alzheimer

## L'impact de la politique de mutation des logements-foyers vers les résidences autonomie sur les parcours résidentiels

Bonjour à tous.

Merci de me laisser la parole et de pouvoir vous présenter une partie des résultats de ma thèse. La loi d'adaptation de la société au vieillissement a aujourd'hui profondément réformé les logements-foyers d'hier, devenus les résidences autonomie d'aujourd'hui. Mon propos portera sur l'analyse de la loi et de ses impacts en termes de parcours résidentiel. Tout d'abord, je vais revenir sur le contexte. Le logement-foyer est un dispositif créé dans les années 1960, et c'est un établissement médico-social qui accueille des personnes de 60 ans autonomes, c'est-à-dire pouvant accomplir les actes de la vie de tous les jours et sans troubles cognitifs particuliers. Ces établissements permettent aux personnes accueillies de bénéficier d'un logement complètement privatif, mais aussi de quelques espaces collectifs, le tout dans un cadre sécurisé où elles peuvent faire appel à différents services facultatifs, (animation, restauration, aides diverses, etc). À l'origine, c'était vraiment un dispositif de logement social qui permettait l'accès à des logements décentes à des personnes ayant de faibles revenus. Aujourd'hui, on compte 2 312 logements-foyers, qui sont en résidence autonomie, gérés dans 70 % des situations par les Centres Communaux d'Action Sociale — les CCAS. D'après l'enquête de la Drees en 2015, il y avait environ 100 000 résidents en logements-foyers. Chaque établissement accueille en moyenne 46 résidents, des personnes de 60 ans autonomes en GIR 5 et 6 (GIR 6 : 63 % des résidents et GIR 5 : 14 % des résidents.) Le GIR, permet de dire si une personne est plus ou moins dépendante. Le GIR 6 correspond aux personnes les plus autonomes, et le GIR 1 aux personnes les moins autonomes. Donc effectivement, ces établissements correspondaient bien à l'accueil de personnes jugées complètement autonomes d'un point de vue fonctionnel. Avec la loi d'adaptation de la société au vieillissement, un véritable tournant politique a été amorcé pour ces habitats : changement d'appellation, définition de nouvelles missions de prévention de la perte d'autonomie, puis création d'un forfait autonomie parmi

les nouveautés législatives ; mais aussi obligations imposées aux établissements de prestations minimales pour harmoniser l'offre de service sur le territoire et ouverture à de nouveaux publics.

Dans cette intervention, je vais essayer de montrer que ces arbitrages politiques ont de vraies conséquences sur les parcours résidentiels des personnes accueillies. On va voir qu'il y a une ouverture à de nouveaux publics. Je vais revenir plus précisément sur cette mesure de la loi qui entraîne quatre questions majeures concernant la mobilité résidentielle. En termes de méthodologie, je me suis basée sur les matériaux issus de mon travail de thèse. J'ai mené une thèse sous la direction de Claude MARTIN de l'université de Rennes, que j'ai soutenue l'année dernière, en décembre dernier. Cette thèse a été réalisée dans le cadre d'un contrat CIFRE avec une association gestionnaire de logements-foyers. J'ai réalisé des entretiens et des observations dans quatre résidences différentes, mais aussi un recueil de données internes à l'association qui a été enquêtée, et aussi une analyse des rapports et des textes de loi politiques.

**Une mesure de la loi d'adaptation de la société au vieillissement vise à ouvrir les logements-foyers,** c'est-à-dire les résidences autonomie, à de nouveaux publics. Jusqu'alors, les logements-foyers admettaient exclusivement des personnes en GIR 5 et 6 — comme je vous disais, complètement autonomes. Elles avaient un GIR Moyen Pondéré (GMP) de 300, sachant qu'en EHPAD actuellement, c'est à peu près 700. Donc effectivement, c'était réservé à des gens tout à fait autonomes. Désormais, les résidences autonomie, vont pouvoir admettre des personnes de GIR 1 à 4, dans les limites de capacité autorisée, de 15 % ou de 10 %. De même, s'ouvre la possibilité d'accueillir des personnes handicapées, des étudiants ou des jeunes travailleurs, toujours dans une limite de la capacité totale autorisée. On voit bien qu'alors que le législateur estimait que

les logements-foyers avaient vocation à accueillir exclusivement des personnes âgées très autonomes, maintenant est donnée la possibilité aux résidences autonomie d'accueillir des personnes un petit peu moins autonomes et de façon pérenne.

Ces mesures vont impacter la mobilité résidentielle de deux façons plus ou moins attendues par les politiques publiques. On va avoir d'une part un accueil de personnes moins autonomes, comme c'était souhaité par une grande partie des acteurs du secteur. D'autre part, comme les logements-foyers ne pouvaient accueillir que des gens autonomes, la question était :

*« Mais qu'est-ce qu'on fait une fois que les personnes perdent en niveau de santé ou en niveau d'autonomie ? Cela veut-il dire qu'elles doivent quitter leur logement défini comme un domicile à part entière ? ».*

C'était une vraie limite des logements-foyers. La loi va permettre aux gens de rester chez eux finalement jusqu'au bout de leur vie s'ils le souhaitent et si les aides sont mises en place, parce qu'effectivement cette ouverture est quand même conditionnée à certains points, à savoir que les établissements doivent avoir une convention de partenariat avec un établissement, soit un EHPAD, un SSIAD, une hospitalisation à domicile, enfin avec un autre service médico-social, et ce soit prévu dans leur projet d'établissement également. Certaines limites sont remontées aussi par d'autres acteurs du secteur qui disent :

*« Mais c'est bien, effectivement. C'est intéressant comme évolution, mais nous on n'a quand même qu'un personnel réduit — environ quatre équivalents temps plein dans une équipe — et comment on va faire pour accompagner des gens qui sont peut-être en perte d'autonomie, en toute sécurité ? ».*

Donc, se pose cette question-là. À priori, les établissements font plutôt le choix de permettre aux gens de rester et de vieillir chez eux, en réservant ce pourcentage des 10 % ou 15 % aux résidents du logement-foyer, et pas forcément dès l'entrée, en GIR 1 ou 3. Les professionnels comptent aussi sur l'aide familiale qui peut se mettre en place, en écho à l'intervention précédente, pour accompagner les personnes à domicile.

**Deuxième point, c'est une attractivité moindre pour les publics les plus autonomes.** Effectivement, les résidents que j'ai pu rencontrer me disaient qu'ils voulaient éviter d'être assimilés à une population âgée qui habiterait une « maison

*pour vieux »*, que ce soit au niveau architectural ou au niveau de la population accueillie au sein de l'établissement. Le but des responsables d'établissements par exemple, était d'accueillir autant que possible des résidents jeunes, dynamiques, qui vont s'investir dans la vie sociale. Pour cela, ils mettaient en place différentes stratégies comme interdire les déambulateurs dans la résidence, donnant l'impression que tout le monde marchait bien, prévoir les visites au moment les plus opportuns où il y avait une activité, faire visiter les logements des personnes les plus autonomes, etc. Les futurs résidents que j'avais pu rencontrer, me disaient également qu'ils ne voulaient pas avoir comme voisins ce qu'ils appelaient, entre guillemets, des « *vieux dépendants* » etc. C'est ce que dit par exemple une dame :

*« Ce qui m'a choquée au début c'est des gens handicapés, mais ce n'est pas médicalisé ici. Mais je ne comprends pas pourquoi ils sont là ceux-là. ».*

Puis une autre qui dit :

*« Les plus jeunes qui viennent sont un peu rebutés par ça. (Quand on dit les plus jeunes c'est les plus jeunes de plus de 60 ans). S'ils voyaient une ambiance jeune, ils viendraient peut-être un peu plus facilement. ».*

Donc il y a vraiment cette recherche d'avoir des gens jeunes et dynamiques qui vont animer un petit peu la résidence. Alors que la loi va accentuer l'appartenance des résidences autonomie au champ médico-social en tant que tel, avec la valorisation de leur rôle préventif etc., les motifs d'entrée... Déjà eux en logements-foyer, les gens ne rejoignent pas un logements-foyer parce que c'est un établissement médico-social. Ils rejoignent le logement-foyer parce qu'ils ont besoin — comme on voyait précédemment — soit d'une sécurisation de soi, qu'elle soit physique ou sociale. Ils veulent changer de logement, ils vont regarder si l'appartement est lumineux, si c'est à proximité de leur marché etc. Ça va être plutôt des motifs similaires au choix d'un domicile ordinaire : la localisation, le coût, etc. Les résidences autonomie qui se destinent à accueillir en priorité des personnes qui présentent une perte d'autonomie légère — à l'inverse des logements-foyers qui ont été pensés dans les années 1960 — risquent de ne plus forcément attirer un public de personnes récemment retraitées et autonomes qui souhaitaient rejoindre un établissement pour profiter d'une vie sociale riche et en bénéficiant d'un loyer modéré. Donc cette population qui était initialement ciblée par les logements-foyers risque de se retourner peut-être plus facilement vers d'autres types d'habitat à vocation sociale,

type les béguinages ou des résidences service social, qui vont correspondre parfaitement à des personnes aussi autonomes. Donc là on passe vraiment d'une logique d'habitat social à une logique plutôt gériatrique.

**Un autre point que soulève ce point**, c'est que dans les logements-foyers que j'ai pu observer, on a vraiment fait de l'autonomie une spécificité des résidences autonomie. Mais la notion d'autonomie admise au sein des logements-foyers était vraiment conforme à la façon dont l'autonomie est conçue par les pouvoirs publics, c'est-à-dire à un état de santé et à la possibilité de pouvoir réaliser les tâches de la vie quotidienne pour continuer ainsi à vivre dans son appartement. Donc certains résidents des logements-foyers exprimaient, eux, plutôt le souhait de rester indépendants. Pour eux, ce qui était important, c'était d'avoir une liberté au sein de l'établissement, de pouvoir aller et venir au sein de son logement en toute liberté comme dans un logement classique, de participer ou pas à la vie sociale, d'aller ou pas profiter du restaurant de l'établissement etc. Et c'est bien ce que les résidents disent. Ils disent :

*« C'est top parce qu'on est chez soi, on est indépendant, on fait ce qu'on veut chez soi. »*

Et même une employée de restauration dit :

*« Les personnes accueillies se sentent en sécurité tout en restant libres d'avoir les activités qu'elles veulent, de recevoir qui elles veulent, de sortir quand elles veulent, de partir en vacances etc. »*

Donc on voit bien là que la définition donnée par les politiques publiques ne va pas correspondre totalement à ce qui est recherché par les personnes elles-mêmes, et qui, elles, souhaitent vraiment rester indépendantes. Donc même si elles ont en fait intégré cette définition de l'autonomie fonctionnelle qui va leur permettre de rester au sein de leur logement, elles soulignent que pour elles, il y a une différence entre rester autonome dans les gestes du quotidien, et le fait d'être indépendant où là il faut continuer et pouvoir continuer à décider par soi-même de l'organisation de sa vie quotidienne ; ce qui a été une des raisons principales de leur entrée aussi en logement-foyer. Donc elles ont cherché en fait à compenser peut-être une fragilité, qu'elle soit sociale ou physique, pour continuer à vivre en toute indépendance. Et cette indépendance se caractérise par une absence d'entrave, qui peut émaner à la fois de l'institution ou des proches de la personne aussi, mais par la volonté toujours de ne pas dépendre en fait d'autrui. Et cette perception

d'indépendance n'exclut pas une certaine forme d'assistance, mais qui reste choisie et maîtrisée. Donc ici, on peut s'interroger sur la question aussi de l'attractivité des résidences autonomie dans le futur alors qu'on vérifiait déjà ce constat en logements-foyers. Est-ce que l'on ne risque pas maintenant de renforcer cette dissonance entre l'autonomie au sens gériatrique des politiques publiques et l'indépendance souhaitée par les personnes ?

**Une autre question soulevée**, c'est celle de l'impact sur la mobilité résidentielle pour d'autres publics, puisqu'on avait deux objectifs majeurs dans la loi : accentuer le rôle de la prévention des établissements, mais aussi une ouverture à d'autres publics, comme je l'ai évoqué tout à l'heure : des étudiants, des jeunes travailleurs ou des personnes handicapées, même des personnes handicapées vieillissantes également, toujours dans cette limite de 15 % et que cela soit prévu dans le projet d'établissement de la structure. Donc là, on peut voir que les pouvoirs publics ont souhaité peut-être résoudre différents problèmes avec cette ouverture, notamment le faible taux d'occupation de certaines structures qui ne remplissaient pas leur établissement, l'inadaptation de certains logements puisque ce sont des résidences qui pour la plupart datent des années 1960, assez anciennes. Les logements ne sont pas tous adaptés à un public âgé, notamment parfois il n'y a pas d'ascenseur pour certains appartements, et c'est vrai que pour des populations plus jeunes, cela peut être plus facile pour remplir ces appartements. Les autres problèmes qu'on pouvait voir c'est aussi que cela permettait de déstigmatiser ces habitats, de les ouvrir, d'éviter un cloisonnement et de les réserver à des personnes âgées. Il y a aussi une difficulté de logement de certains publics qui n'ont pas de gros revenus, comme les étudiants ou les jeunes travailleurs, et puis la problématique de l'habitat des personnes handicapées, notamment des personnes handicapées vieillissantes, qui se pose de plus en plus.

**Donc là on voit qu'il y a un changement dans la visée du dispositif, mais aussi dans le type de public accueilli.**

Cela va impacter aussi la mobilité résidentielle d'autres types de publics qu'on ne peut pas encore analyser aujourd'hui puisque ce changement de loi est assez récent. Mais en logements-foyers, il y avait quelques dérogations et donc on voyait que là où cela fonctionnait bien avec, par exemple les étudiants, c'était quand cela était vraiment prévu dans le projet de l'établissement. C'était une démarche qui était construite, notamment, souvent la direction demandait aux étudiants de participer un petit peu à la vie de la résidence et ils leur demandaient une petite contrepartie, par exemple

participer une fois dans le mois à une animation, venir à un repas, etc. Et dès le départ, de bien expliquer aux nouveaux entrants quelles étaient les spécificités de la résidence. De même, j'ai pu observer une résidence qui avait réservé trois logements à des travailleurs de l'ESAT d'à côté qui, une fois arrivés à la retraite, voulaient rester dans le même quartier, mais ne pouvaient plus continuer à résider au sein de l'ESAT. Donc ils venaient dans la résidence dans le logement-foyer pour continuer, là aussi, à vivre dans un domicile de façon indépendante, mais avec un accompagnement assez léger et une sécurité au quotidien. On voyait que cela correspondait bien à leurs attentes et à leurs besoins. Mais ce qui semble vraiment important, c'est de continuer à construire et à anticiper cette ouverture des établissements à d'autres publics. Et alors que les pouvoirs publics, eux, ont vraiment voulu éviter de favoriser des habitats très ségrégatifs, les résidents à l'inverse – en tout cas ceux que j'ai rencontrés – me disaient qu'ils étaient très satisfaits de ce que j'ai appelé cet « *entre-soi générationnel* » qui est créé par les structures. Donc ils nous expliquaient que ce n'était finalement pas mal d'avoir des voisins de leur âge, comme une dame qui nous dit :

*« C'est difficile de fréquenter des gens plus jeunes, il y a trop d'écart. C'est pour ça que ce genre de foyer c'est très bien. »*

Donc eux trouvaient cela bien. Pareil pour les responsables, comme l'une dit :

*« Un concept logement-foyer hébergement toutes générations, je ne suis pas sûre que ça fonctionnerait. On est quand même dans des modes de vie très différents. »*

Effectivement, là aussi on peut se demander : avec ces changements des résidences autonomie, comment tout cela va se passer.

**On peut questionner aussi l'impact de la mobilité vers d'autres formes d'habitat intermédiaire**, puisque la loi a propulsé finalement les résidences autonomie comme « *l'emblème* » des habitats dits intermédiaires, donc des habitats qui se situent entre le domicile ordinaire et l'EHPAD. Effectivement, quelques mesures dans la loi ont été consacrées aux résidences avec services, mais elles concernent plus, en fait, le refinancement, le montage de projet, à part l'instauration d'un Conseil des résidents au sein des résidences services. Un article aussi a été consacré au logement social, qui a permis de fléchir certains logements pour des publics âgés, mais cela reste quand même assez à la marge au regard de l'ensemble des mesures qui ont été

données pour les résidences autonomie. Donc on voit bien aussi là que les attentes des personnes âgées des années 1970 et celles des retraités d'aujourd'hui ont évolué, que les individus maintenant font face à une pluralité d'offres d'habitat : il y en a de plus en plus qui se développent. La première génération des résidents en logements-foyers n'exprimait pas forcément la volonté de bénéficier d'une multitude de choix, ni de s'engager activement dans la construction citoyenne d'alternatives aux institutions gérontologiques. La génération des retraités actuels va plus revendiquer de pouvoir accéder à des services personnalisés, d'être considérée vraiment dans son individualité, et de pouvoir être vraiment actrice de sa vieillesse. Et les habitats alternatifs ou intermédiaires, etc. — il y a différents noms qu'on peut leur donner, tels que des habitats groupés, des domiciles partagés ou des habitats autogérés — vont apparaître aux personnes âgées comme des solutions qui vont répondre à cette nouvelle revendication ; ce qui a été très bien documenté par Anne LABIT notamment. Les logements-foyers de maintenant – ou résidences autonomie aujourd'hui – en basculant du coup vers un modèle de plus en plus institué, vont-ils vraiment finalement répondre à l'évolution de ce profil et des attentes des personnes âgées ? On peut se le demander.

**Pour conclure, le passage des logements-foyers aux résidences autonomie n'a été pas qu'un changement de nom.** Cela a été une véritable mutation à plusieurs niveaux, que ce soit au niveau du public accueilli, des missions, de l'inscription dans une logique très médico-sociale notamment. Et on va vraiment passer à une nouvelle logique : on abandonne finalement l'habitat social pour aller vers une logique beaucoup plus médico-sociale et gérontologique. L'analyse sociologique des parcours va montrer aussi une dissonance, finalement, entre les parcours conçus par les pouvoirs publics et les parcours vécus par les personnes âgées. Et cette hypothèse qui se vérifiait déjà pour les logements-foyers, il serait intéressant de voir si elle va se confirmer, voire s'accroître avec les résidences autonomie. On observe aussi une mobilité au niveau des politiques publiques en prenant un dispositif ancien, donc le logement-foyer des années 1960, en lui assignant une nouvelle fonction, ici la prévention de la perte d'autonomie, dans une logique de développer de nouvelles solutions de transition entre l'EHPAD et le domicile, mais sans prendre en compte finalement les autres formes d'habitat qui se développent en parallèle. En se positionnant comme un outil pour la prévention et la préservation de l'autonomie, les résidences autonomie vont répondre à d'autres besoins finalement, et cibler un autre public que celui des logements-foyers. Et on peut s'interroger

sur : est-ce que les résidences service social ou d'autres types d'habitat intermédiaires pourraient alors s'acquitter des missions d'origine des logements-foyers, c'est-à-dire proposer des logements financièrement abordables, de la sécurité et une vie sociale à ces publics-là ? Il s'agirait alors d'une sorte de glissement des rôles d'un type d'habitat à un autre et à un désengagement des pouvoirs publics concernant l'accompagnement des personnes âgées autonomes. Et la problématique qui pourrait se poser alors c'est : que va-t-il se passer quand ces populations vont vieillir au sein de ces domiciles ? Quel accompagnement pourra alors être proposé ? Et puis est-ce que finalement les parcours ne risquent pas de comporter plus de ruptures et des transitions peut-être plus dures d'un habitat à l'autre, et est-ce que ce sera vécu positivement par les personnes ?

Merci.



**François CUSIN et Nicolas BELORGEY**  
CNRS-IRISSO, Université Paris-Dauphine

## Structuration sociale et spatiale du recours aux soins de personnes âgées : premiers résultats d'enquêtes micro

### François CUSIN :

J'insiste sur la notion de premiers résultats puisque c'est une vaste enquête internationale en cours. Je vais essayer de présenter l'économie générale du projet, situer la manière dont Nicolas BELORGEY et moi-même nous contribuons au projet. Et puis Nicolas va justement présenter ces premiers résultats. Il s'agit donc du projet ODESSA, la traduction française du titre c'est « *Optimisation des systèmes de soins pour soutenir le vieillissement à domicile vers l'autonomie et l'accessibilité et la pérennité financière* ». C'est une réponse à un appel à projet dans le cadre d'un partenariat entre l'Europe et la Chine, et dont la partie française est financée par l'ANR. Donc le projet a démarré au printemps 2015 et il durera pour la partie française quatre ans. C'est un projet interdisciplinaire qui regroupe des économistes de la santé, du logement, de la mobilité, des sociologues, des architectes, des urbanistes, et qui est un partenariat entre l'université Paris-Dauphine (la partie dauphinoise est coordonnée notamment par Marie-Eve JOEL, donc par le LEGOS), l'Université de Central Lancashire en Grande-Bretagne et puis l'université de Tsinghua à Pékin.

Juste pour situer la manière dont on travaille et présenter l'économie générale du projet,

### il y a six grands axes ou work-packages.

**Le premier** a trait aux conditions de logement et aux modes de vie.

**Le deuxième** a trait aux dépenses de logement de santé et mobilité résidentielle, coordonné par Anne LAFERRERE ici présente.

**Troisième axe**, c'est celui dans lequel on intervient.

Il a trait aux aides aux personnes et ressources relationnelles et locales.

**Le quatrième** c'est sur le logement et l'environnement adaptés aux seniors et il est coordonné par un architecte.

**Et puis** on a une partie sur le financement des résidences services, coordonné par une urbaniste de Paris I.

**Et puis un dernier axe** qui va essayer de faire la synthèse de ces différents work-packages et qui proposera des éléments de prospective et d'innovation, puisque le terme a été souligné ce matin.

Pour présenter notre axe en anglais « *Care delivery and community supports, connected communities* », on a du mal à traduire parce que le mot « communauté » n'a pas tout à fait la même signification dans le cas français. Donc nous, on parle de ressources relationnelles et locales. Cet axe est coordonné donc par le Professeur David MORRIS, britannique. Le défi a été à la fois de monter un questionnaire commun, donc administrer des échantillons de population, et d'avoir une approche territorialisée, donc de choisir pour chacun de nos pays un certain nombre de territoires sur lesquels on va faire passer le questionnaire et aussi analyser les contextes locaux. La difficulté – et ça c'est propre à toute recherche internationale – c'est qu'on n'a pas tout à fait les mêmes méthodes d'un pays à l'autre. On parle la même langue, l'anglais, mais on ne parle pas tout à fait le même langage des sciences sociales. Les Anglais, pour donner quelques éléments, sont très axés sur les travaux de recherche-action, nous on est plus dans une optique académique plus classique, les Chinois sont dans une période d'apprentissage, et surtout ils ont vu les enjeux majeurs du vieillissement en Chine dans une logique d'industrialisation de la recherche sur ces thématiques après quelques décennies de politique de l'enfant unique.

Le challenge, malgré ces différences de méthodes ou de définition des terrains, c'était d'aboutir à une méthodologie commune. On s'est beaucoup inspirés du questionnaire SHARE pour des raisons de questions qui sont standardisées et donc qui peuvent facilement être posées d'un pays à l'autre, pour des raisons de comparabilité, mais aussi pour ensuite situer nos échantillons locaux avec les données nationales qu'on peut obtenir à travers SHARE. Puis le dernier

volet de ce questionnaire qui est peut-être plus innovant, qui rentre je pense en résonance avec un certain nombre d'enquêtes qui sont menées par vous-même, c'est qu'on s'est intéressés à une approche qui vise à mettre l'accent sur les sociabilités, les relations personnelles de nos personnes interrogées et sur les lieux qui sont fréquentés. Donc là on développe une méthodologie d'analyse de réseau. Donc justement, on n'est pas dans le cadre de la balkanisation puisqu'on travaille aussi de concert avec une équipe toulousaine de l'université Jean-Jaurès dirigée par Michel GROSSETI qui a une longue expérience d'analyse de réseau, et qui a surtout mené des enquêtes comparables sur des terrains toulousains.

Pour vous donner une idée de la manière dont on procède pour faire cette analyse de réseau, classiquement on utilise des générateurs de noms, les noms des personnes avec qui les personnes âgées sont en relation, et on choisit un certain nombre d'items. On leur demande par exemple avec qui elles échangent des petits services. On leur demande de nommer un certain nombre de personnes et après on recueille des données, les caractéristiques de ces personnes ; les personnes qui les conseillent sur les services soin ou l'aide à domicile, donc qui sont les intermédiaires notamment avec l'entrée dans des parcours de soins ; les personnes à qui on demande de l'aide en cas de maladie ; les personnes à qui l'on se confie, donc ça c'est ce qu'on appelle en analyse de réseau le lien fort ; et les personnes importantes, mais avec qui on n'a plus de relations, pour voir effectivement l'âge avançant la manière dont un certain nombre de liens peuvent être brisés. Nicolas va vous en dire un peu plus sur les premiers résultats.

### Nicolas BELORGEY :

Merci François. En ce qui concerne les données que nous avons obtenues, nous avons tiré au sort les personnes interrogées sur liste électorale, pour avoir le moins de biais possible hormis le biais national malheureusement. Ensuite, nous leur avons écrit puis nous avons fait des relances téléphoniques. Tout cela a pris pas mal de temps. Puis, à celles qui le voulaient bien, nous avons fait passer le questionnaire en face à face, ce qui durait à chaque fois entre une et deux heures. Quelle est la représentativité de notre sous-population (134 questionnaires) ? Nous avons 56 % de femmes pour 57 % au niveau national parmi les plus de 60 ans. En ce qui concerne la représentation géographique, l'idée – comme l'a esquissé François – était de prendre une bonne diversité sociale et géographique de la population de la région Ile-de-France. C'est-à-dire en partant de Paris-centre, des arrondissements du Centre, et en s'éloignant de plus en

plus selon un axe donné qu'on a choisi arbitrairement comme étant vers le Sud-Est. Finalement nous avons délimité quatre zones principales qui sont : l'hyper-centre de Paris, les arrondissements extérieurs de Paris, la ville nouvelle d'Évry, et les alentours d'Évry. Sur ces quatre zones, nous avons à peu près une équi-répartition des personnes. En ce qui concerne la répartition par âge, on a réussi à avoir quelque chose qui ressemble à peu près aux tranches d'âge nationales. Vous voyez, dans les 60-69 ans par exemple au niveau national, c'est à peu près 48 % des plus de 60 ans, et on est à 41 % etc. En ce qui concerne la répartition par profession et catégorie sociale, c'est là où ça a été le plus difficile – et je reviendrai ensuite dans les premiers résultats dessus parce que c'est révélateur d'un certain nombre de choses – on a une surreprésentation des cadres et professions intellectuelles. Les autres catégories, étant bien sûr sous-représentées, notamment les employés et les ouvriers.

### Le premier grand résultat concerne la structuration de l'espace.

On confirme le modèle classique amendé par la présence d'une ville nouvelle. Quel est ce modèle classique ? Il consiste en fait simplement à dire que les plus riches et les plus dotés en toutes sortes de capitaux sont au centre, et que plus on s'éloigne, plus les dotations diminuent. On l'a retrouvé aussi dans le déroulement de l'enquête.

Toujours dans la confirmation de ce modèle classique, on observe une forte corrélation entre les revenus et les quatre zones. Vous voyez par exemple les personnes qui ont moins de 500 € par mois de revenu, qui ne forment que 0,7 % de la totalité de l'échantillon, on les trouve toutes dans les alentours d'Évry. Celles qui ont des revenus mensuels supérieurs à 3 000 €, qui forment 47 % de notre échantillon, constituent 80 % de ceux qui sont dans Paris-centre. Ce modèle classique se voit aussi dans le reste à charge des dépenses de santé. Les restes à charge, c'est ce que nous payons de notre poche après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour nos dépenses de santé. Donc à priori cela se répartit de manière assez aléatoire. Ce reste à charge varie entre 0 et 16 600 € dans les 12 derniers mois dans notre échantillon. Ils ne sont corrélés ni à l'âge, ni au montant de la complémentaire qu'on paie, ni à l'échelle sociale, ni au revenu. En revanche, on voit une claire hiérarchisation géographique, comme si les montants payés dépendaient de la distance qui nous sépare du centre. En gros, plus on est proche du centre plus on paie cher, et plus on s'en éloigne, moins on paie cher. Dans Paris-centre, les restes à charge moyens sont de 2 846 €, et Évry et alentours, 305 €. Cependant, ce modèle classique est infirmé ou nuancé par la présence d'Évry, une ville nouvelle. Quand on croise la

répartition par PCS et par zone géographique, on observe que 64 % de la population à Paris-centre sont des cadres et professions intellectuelles ; pour Paris extérieur le chiffre est très proche ; pour la petite couronne il descend très fortement à 15 % ; et puis il remonte pour Évry à 32 %, et il redescend ensuite. On peut faire le même genre de remarque en ce qui concerne le bâti ou l'accès à la propriété.

### **J'en viens au deuxième grand type de premiers résultats que nous avons.**

Ce sont les déterminants sociaux de la santé et du logement. D'abord, en ce qui concerne le logement, l'accès à la propriété demeure socialement très contraint : 78 % des CPI sont propriétaires, tandis que ce taux descend à 53 % pour les employés et 21 % pour les ouvriers. Ensuite, la satisfaction quant à sa condition d'existence. Bien sûr c'est une variable à considérer avec précaution, parce que quand on demande aux gens :

*« Est-ce que vous êtes content du confort de votre logement ? Est-ce que vous êtes content de l'accès aux transports en commun ? Est-ce que vous êtes content de l'accès aux commerces et aux soins ? »,*

on a toujours tendance à répondre :

*« Oui, ça va, on est content. »*

On se satisfait de ce qu'on a. De fait, les taux de satisfaction déclarative qu'on a recueillis sont très importants : 95 % pour le logement, 87 % pour les transports en commun et 83 % pour la distance aux commerces et aux soins. Cependant, on observe à nouveau une grande variation en fonction des catégories socioprofessionnelles. Si on prend le premier tableau, première ligne par exemple, quand on demande aux personnes :

*« Êtes-vous satisfait de votre logement du point de vue du confort ? »,*

les cadres sont 96 % à répondre oui, les professions intermédiaires aussi, les employés un petit peu moins, les ouvriers encore moins. De même, il y a une variation pour toutes les questions selon la catégorie socioprofessionnelle. En ce qui concerne la santé perçue, grand classique aussi : sur l'ensemble de l'échantillon, 7 % à peu près des personnes disent que leur santé est excellente, mais ce taux monte à près de 14 % pour les cadres et professions intellectuelles, et est à 0 % chez les ouvriers. En ce qui concerne l'assurance maladie, on observe aussi des choses intéressantes. Tout d'abord, on a une norme au sens statistique, c'est-à-dire la fréquence la plus

élevée, qui est celle d'avoir une assurance maladie obligatoire, la Sécurité sociale de base, plus une assurance maladie complémentaire, par exemple une mutuelle personnelle ; de l'avoir soi-même et non d'en bénéficier au titre de son conjoint. Sur l'ensemble de l'échantillon, ce chiffre est de 55 %. Et cette norme est très structurée générationnellement, c'est-à-dire qu'elle est beaucoup plus fréquente chez les plus de 90 ans : 75 %, et elle décroît au cours du temps au fur et à mesure qu'on voit des personnes plus jeunes. Donc cela suggère la présence d'un effet de génération indiquant que cette norme s'estompe au fil du temps.

### **Ensuite, on s'est interrogés sur la corrélation possible entre l'âge et le tarif de l'assurance maladie complémentaire :**

c'est-à-dire de combien on paie sa complémentaire. On voit une corrélation, sauf pour le point que j'ai entouré en rouge là, qui a l'air aberrant au regard de cette idée, puisque la personne est relativement jeune, elle a 65 ans, et elle paie quand même très cher : plus de 200 € par mois. Donc on est retournés voir cette personne, et en fait il apparaît qu'elle a souscrit sa mutuelle sur le tard après une rupture biographique importante, et que donc la mutuelle l'a fait payer très cher parce qu'elle n'a aucune information sur elle. De plus, la cotisation de sa mutuelle a augmenté de 30 % la première année, ce qui suggère en fait que la mutuelle l'avait simplement « chassée » pour éviter qu'elle retourne à la MGEN où elle était avant, mais qu'elle a ensuite rétabli ses tarifs habituels, plus élevés. Si on enlève ce point aberrant qu'on vient d'expliquer, on commence à voir une certaine corrélation entre l'âge et le tarif de la complémentaire. Cela confirme bien l'idée selon laquelle, quand vous payez individuellement votre complémentaire, plus vous êtes vieux, plus vous représentez un risque élevé, plus votre tarif est élevé.

**En conclusion,** nous n'en sommes qu'aux premiers résultats. Il y a encore beaucoup de choses à étoffer : les variables non exploitées ; les réseaux relationnels dont François a parlé, qui sont en cours d'investigation ; ensuite, les lieux fréquentés puisqu'on a pas mal d'informations sur les lieux de soins et ce que les personnes retirent de leurs fréquentations ; le lien avec les retraites et d'autres choses. Ensuite évidemment, on a repris beaucoup de questions de l'enquête SHARE pour pouvoir faire de la comparaison nationale et internationale, qui reste à faire. Et puis, il faut bien sûr modéliser plus précisément ces premiers résultats, et comparer avec nos collègues de Chine et du Royaume-Uni pour en tirer ces comparaisons internationales.

Je vous remercie de votre attention.



**Thibault MOULAERT**

PACTE, CNRS UMR 5194, Université Grenoble Alpes et Membre du REIACTIS

## La construction sociale de l'espace du vieillissement : relecture théorique des démarches VADA de l'OMS

Parler des « *Ville amie des aînés* » ou VADA nécessite de préciser mon rapport à cet objet : je le travaille bien en tant que chercheur, il m'intéresse dans ce cadre. Mais, pour autant, je n'en suis pas promoteur. C'est le rôle de l'OMS. C'est important à préciser d'emblée parce c'est un objet qui n'est pas né en France, qui n'est pas né à Paris : il est né dans la sphère internationale. Dès lors, quand on le rencontre, on rencontre des chercheurs anglo-saxons qui sont effectivement, comme on vient de l'entendre, plus habitués à travailler avec d'autres formes de recherche, des formes de recherche participative, qui, pour autant, sont aussi de la recherche académique ; à condition de les théoriser. C'est ce que je me propose de faire très modestement, en m'inscrivant dans ces deux journées qui visent à présenter un ensemble d'approches et de travaux qui se veulent novateurs et/ou récents. Je suis donc très honoré de me trouver parmi vous. Mais, en réalité, si je suis seul à parler, il faut imaginer toute une série de personnes qui sont à mes côtés. J'ai commencé à m'intéresser à cet objet en rencontrant Suzanne GARON et Marie BEAULIEU, de l'Université de Sherbrooke au Québec. Quelle ne fut pas ma surprise d'apprendre que la première avait une formation de sociologie ! Et donc, en sociologue, dans une école de travail social, elle menait une recherche qui développait un modèle en faveur du développement des VADA au Québec. Depuis ce moment-là, nous sommes donc entrés dans un dialogue sur les rapports, bien plus interconnectés, entre la recherche et l'action sociale ou publique au cœur même des VADA. Et dans un ouvrage en 2015, on a regardé comment ces modèles de l'OMS étaient traduits internationalement. En France, Françoise LE BORGNE-UGUEN et Simone PENNEC nous ont montré comment c'était réapproprié et travaillé par les acteurs.

Donc, penser ces relations dans l'approche VADA ou Ville amie des aînés, c'est non seulement penser les questions de vieillissement et de territoire mais c'est encore les élargir au prisme de la citoyenneté. Ici, en situant ces

travaux au REIACTIS ([www.reiactis.com](http://www.reiactis.com)), vous imaginez qu'il y a donc une troisième personne à mes côtés, Jean-Philippe VIRIOT-DURANDAL. Depuis sa thèse, Jean-Philippe ne cesse de s'intéresser au vieillissement sous l'angle de la citoyenneté et du pouvoir. Aujourd'hui, ces liens entre vieillissement, territoire et citoyenneté se traduisent par un double numéro international de Retraite et société.

Si ici je peux vous parler de « *territoire* », en réalité, quand je travaille sur l'objet VADA, tant au Québec que dans des villes comme Manchester ou New York, c'est plutôt la notion de communauté/community qui est récurrente. On va aussi la retrouver dans un groupe de travail du réseau COST Rosenet qui s'intéresse, plus largement, aux différentes formes d'exclusion liées à l'âge (<http://rosenetcost.com>). Et effectivement, le terme « *communauté* » pose de sérieux problèmes pour nous en France. De mon point de vue, le « *territoire* » est un équivalent fonctionnel de la community. Sauf que quand on dit « *territoire* », un territoire c'est d'abord un lieu administré. Je sais qu'un territoire peut aussi être vécu, je travaille avec des géographes qui insistent sur cette dimension. Il n'empêche, un territoire, c'est de l'administré. Alors que lorsque vous pensez en termes de community chez les Anglo-saxons et au Québec, dans VADA, même si cette notion est polysémique et jamais stabilisée, il y a le présupposé que ça peut être partagé.

Si l'on fréquente ces milieux anglo-saxons, on constate alors que des travaux essaient de relier les questions de vieillissement à partir de la communauté et de l'espace depuis de longues années. On parle d'écologie du vieillissement ou de gérontologie environnementale : c'est la traduction française. Franck OSWALD par exemple reprend les modèles de LAWTON et repense les liens, les interactions entre l'environnement et la personne — P c'est la personne — et le E — c'est l'environnement. Norah KEATING utilise un outil similaire pour trouver le best fit, donc « *le meilleur agencement entre l'environnement et la*

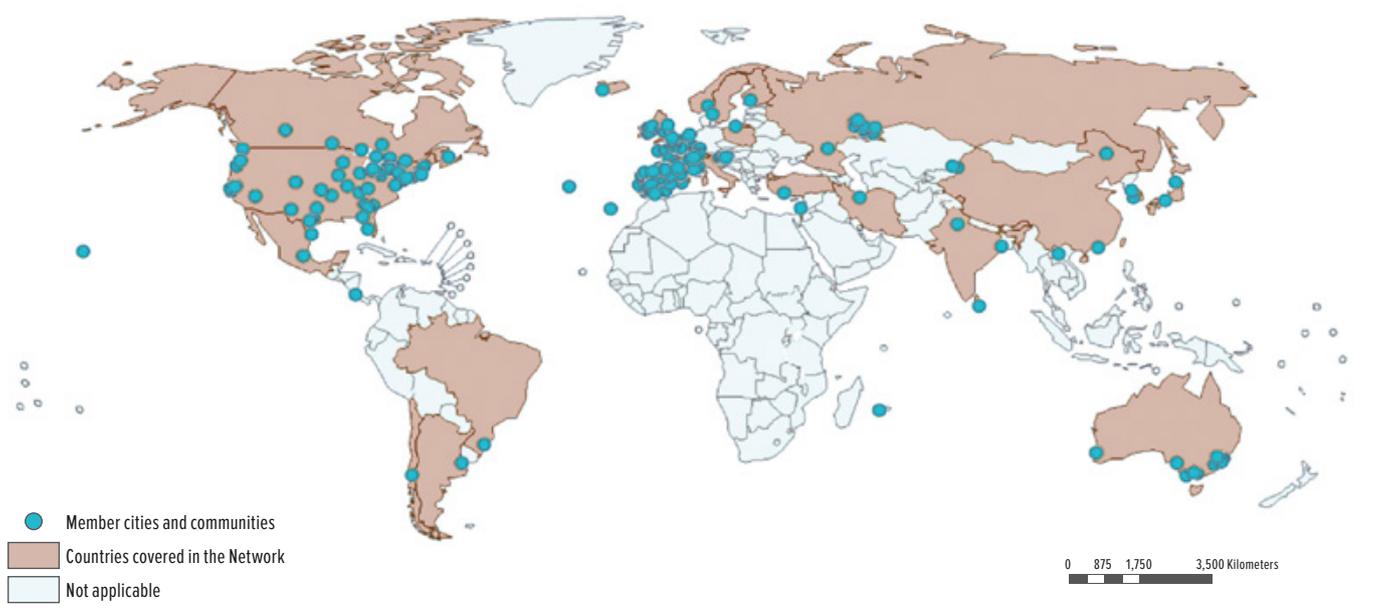
personne », au niveau rural. Il peut donc y avoir un décalage avec une vision francophone ou française, moins orientée par une pensée appliquée. Mais ce sont bien des modèles théoriques forts, inspirée de la psycho-gérontologie. Pour le sociologue que je suis, je retrouve alors des éléments plus parlants chez quelqu'un comme Chris PHILLIPSON qui emprunte, notamment mais pas seulement, à la littérature sociologique. Donc Chris PHILLIPSON, dès 2004, aborde cette question à l'aune, non pas du territoire, mais de la communauté, en indiquant l'intérêt de travailler sur la question urbaine notamment parce que sous les effets de la globalisation, la croissance des villes, l'urbanisation des populations allait générer une série d'inégalités sociales. Donc l'intérêt de relire et d'identifier des logiques sociales derrière ces évolutions. Bien sûr, en France il y a toute une série de chercheurs qui ont travaillé là-dessus. Il y a bien sûr Françoise CRIBIER et les travaux de Serge CLEMENT qui s'intéressent à la manière dont on vit la ville en vieillissant. Est-ce qu'on ose sortir ou bien est-ce qu'on regarde la ville à distance de sa fenêtre ? Des travaux ont aussi mis en avant la question du voisinage, qui est cet espace intermédiaire entre le chez soi et cette communauté peut-être plus large. Bien sûr, il y a aussi les travaux de Catherine GUCHER sur l'action gérontologique locale. Catherine GUCHER a ensuite travaillé sur la question rurale évidemment avec Isabelle MALLON. Vincent CARADEC a aussi fait une synthèse sur les rapports à l'habitat des aînés.

Pourtant, quand on se penche sur les « Villes amies des aînés », on est un peu étonné car très peu de chercheurs français s'y intéressent. De mes travaux, je peux alors distinguer deux choses : d'abord, on retrouve, comme pour le « vieillissement actif en emploi », la prééminence de la production cognitive internationale aux dépens de l'espace national : les VADA, c'est d'abord produit sur la sphère internationale par l'OMS. L'autre chose concerne la manière de penser les VADA. En parlant tout à l'heure des rapports territoire et vieillissement, en poursuivant la piste ouverte dès 2012 par Jean-Philippe VIRIOT-DURANDAL, Christian PIHET et Pierre-Marie CHAPON, on l'étend ici aux liens avec des logiques de pouvoir et de citoyenneté. Dès lors, une série de théories peuvent être remobilisées, à l'instar des travaux d'Henri LEFEBVRE.

**Premièrement donc, les Villes amies des aînés sont un objet de recherche transnational.** En partant du site internet de l'OMS, on peut y voir le réseau mondial des VADA de l'OMS.

Cette carte reprend l'ensemble des villes et initiatives reconnues comme VADA par l'OMS ; cela ne veut pas dire que ce sont des villes qui sont accueillantes aux aînés, où tout est parfait pour eux ! Par contre, ce sont des lieux où une démarche est initiée. Vous voyez évidemment un gros ensemble de noyaux en Europe d'un côté, puis en Amérique

## WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI)  
World Health Organization

 World Health Organization  
© WHO 2015. All rights reserved.

du nord, puis en Australie. C'est assez classique. Ce que vous voyez aussi, c'est que c'est assez vide au Proche-Orient ou en Afrique. En Afrique, il n'y a aucune démarche engagée. Alors que pourtant l'OMS envisageait un « *réseau mondial* » ? Bref, cela ne concernerait que les pays riches ou disposant d'une administration capable ou intéressée à organiser la démarche, pour le dire trop rapidement.

Si maintenant on se penche sur la construction historique des VADA, pour ceux qui ont des bases en santé publique, la démarche s'inscrit dans la charte d'Ottawa. La charte d'Ottawa veut lutter contre les inégalités en santé, notamment à travers la promotion de la santé. Si l'esprit d'Ottawa souffle sur la démarche VADA, celle-ci vient en réalité appliquer un terme, le « *vieillessement actif* », qui est promu en 2002 par l'OMS dans une approche transversale, à distance de la vision d'alors de l'Europe qui limitait ce terme à « *l'emploi des seniors* ». En 2007, l'OMS publie son guide en faveur des VADA. Il s'accompagne d'une check-list, bref d'un ensemble de cases à cocher qui auraient suffi à vous garantir, en tant que Maire d'une ville par exemple, que votre ville était bien « *amie des aînés* » ou « *age-friendly* ». Cette approche, statistique, sera évidemment critiquée et dépassée.

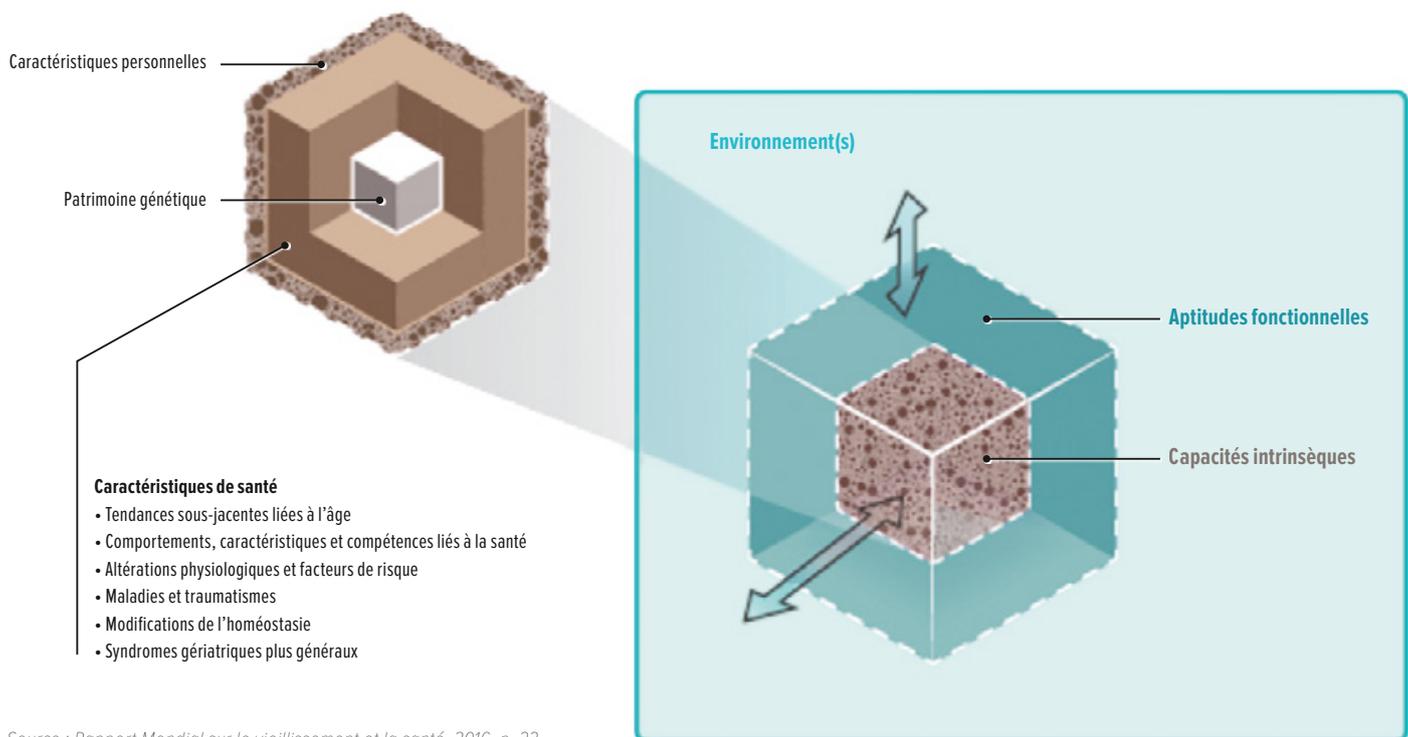
Effectivement critiquée par plusieurs chercheurs en gérontologie tel PHILLIPSON, cette démarche va alors être transformée en un processus. Et, au cœur de ce processus, en repartant du « *vieillessement actif* » au sens de l'OMS, c'est la notion de participation, de participation sociale qui va être mobilisatrice. Dans les Villes amies des aînés, va alors se mettre une place une volonté ou en tout cas une tentative, de travailler sur et à partir de la participation sociale des aînés. Ce terme renvoie d'abord à un des huit axes que l'OMS promeut derrière son approche transversale du « *vieillessement actif* », son approche du vieillissement à travers la prise en compte et l'action sur des environnements sociaux et sur environnements bâtis, comme on le dit au Québec. Mais, surtout, la participation sociale va servir d'aiguillon pour organiser les démarches VADA. Il s'agit bien de tentatives de « *faire de la participation sociale* » des aînés ou, par extension, d'opérationnaliser ce que j'évoquais auparavant avec le REIACTIS, à savoir la citoyenneté des aînés. Donc, les démarches VADA, sous la promotion d'une approche dite bottom-up, c'est tenir compte de la diversité du vieillissement en consultant certes, mais aussi en impliquant des aînés tout au long de la démarche. C'est une méthode qui se veut consultative, donc qui va vraiment chercher la parole des aînés à partir de notions qu'on connaît assez mal en France comme le Community Building. En s'appuyant sur cette approche, des villes organisent alors des comités de pilotage où l'objectif est de

mettre autour de la table non seulement des aînés ou leurs représentants, mais aussi une pluralité de professionnels, ceux-ci ne devant pas nécessairement être experts du vieillissement. Dans la pratique, Françoise LE BORGNE-UGUEN et Simone PENNEC ont montré que les professionnels qu'elles avaient observés acceptaient bien de se mettre autour de la table, ils acceptent de rencontrer d'autres personnes qui ne sont pas dans leur secteur socio-sanitaire, mais assez rapidement, ils reviennent à leurs pratiques habituelles, à leurs silos.

Si l'on revient à cette production supranationale, par l'OMS, il faut souligner l'évolution du programme VADA. Si le « *réseau mondial des VADA* » est lancé en 2010, et toujours en s'appuyant sur cette vision large du « *vieillessement actif* », on constate pourtant que dans le dernier rapport mondial sur le vieillissement que l'OMS produit en 2015, le terme, « *vieillessement actif* » a quasiment disparu. Aujourd'hui, il a été littéralement digéré par le « *vieillessement en santé* » ou « *healthy ageing* ». Ce rapport continue pourtant de soutenir le réseau qui s'est répandu à travers le monde, il essaie de le maintenir en le faisant rentrer dans la question de la santé. Et comment l'OMS a-t-elle réussi ce tour de force ? Précisément, c'est en élargissant la question des VADA à celle des environnements. La question des environnements cela peut être la famille, les réseaux, ça peut être le quartier, la fameuse community. Et comment est-ce qu'elle réalise ça, ce tour de force ? C'est illustré dans le graphique page suivante.

Jusqu'à présent, l'OMS s'était fortement intéressée aux capacités intrinsèques à l'individu. Aujourd'hui, à travers ce « *carré* » qui intègre les aptitudes fonctionnelles et les capacités intrinsèques, c'est tout cela qui est nommé « *environnement* » : c'est cet environnement qui va permettre de stimuler non plus seulement les capacités intrinsèques propres à l'individu, mais aussi ses aptitudes fonctionnelles. Cette approche, nouvelle à l'OMS en matière de vieillissement, ne vient pas de nulle part. Elle vient du monde du handicap. Plus précisément, elle vient de « *La classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé* » : c'est là que l'environnement est pensé comme un moyen d'agir sur les potentialités d'un individu. Si cet environnement est extrêmement large, extrêmement extensible, on retrouve néanmoins une logique, un triptyque : foyer – communauté – société. Le foyer c'est la famille, la société renvoie aux politiques publiques et, à ce sujet, il faut insister sur le fait que, avec ce rapport de 2015, l'OMS remet au centre les politiques classiques, les systèmes de santé qui avaient littéralement disparu dans son approche du « *vieillessement actif* » de 2002. Et entre ces deux pôles,

## Le processus de vieillissement en bonne santé



Source : Rapport Mondial sur le vieillissement et la santé, 2016, p. 33.

on retrouve cette fameuse « communauté ». Or, c'est parce qu'il y a un flou autour de cette notion de communauté, que c'est important de conceptualiser. Ici la conceptualisation que je propose c'est une manière de voir. Je m'inspire des échanges et dialogues que j'ai noués au sein du réseau COST Rosenet, en particulier avec deux chercheurs, Anna WANKA et Matthias DRILLING.

**Je propose, et c'est donc mon second point, d'utiliser Henri LEFEBVRE, philosophe français qui a pensé l'espace à partir de trois niveaux.** Si on l'applique et je le fais de manière un peu simplifiée ici, nous avons trois niveaux.

**Un premier niveau renvoie à la pratique de l'espace,** c'est ce niveau où on va se rapprocher du vécu. Si on se souvient des travaux d'ARGOUD et PUIJALON sur la parole des vieux, ce vécu serait quelque chose de tout à fait personnel, il ne pourrait jamais monter, il s'opposerait à une parole publique. Pourtant, dans mes travaux, comme par exemple dans la ville de Mons en Belgique, on observe des pratiques dans le cadre des démarches VADA où vous avez des aînés qui ont été formés, puis qui ont été rencontrer d'autres aînés, qui ont fait des entretiens eux-mêmes avec ces aînés et qui analysent ensemble ; donc ce ne sont pas des chercheurs qui analysent pour eux, mais ce sont des chercheurs qui analysent avec eux ce qu'ils ont récolté. Cette pratique de recherche innovante a aussi été mise en place à Manchester par Tine BUFFEL. L'intérêt de ces démarches participatives, c'est que l'on peut

se rapprocher des publics dit « invisibles », les personnes fragilisées, les personnes avec peu de ressources, les personnes immigrées qui trop souvent disparaissent des enquêtes, sauf si l'enquête les vise spécifiquement. La question, c'est alors : qu'est-ce qu'on fait de ces invisibles, comme chercheurs, et puis qu'est-ce que l'acteur local en fait également ? Et je pense que cette pratique de l'espace peut ouvrir à des nouvelles méthodes de recherche. Par exemple en Wallonie, on a lancé à Louvain des marches exploratoires, on va marcher avec des aînés. Ils expliquent et ils donnent du sens beaucoup plus facilement que dans un entretien. On le fait en outre avec des architectes qui apportent un regard particulier sur l'espace.

**Deuxième niveau, les représentations de l'espace,** là, dans la théorie de LEFEBVRE ça va concerner toutes les représentations, portées par les experts, les urbanistes, ce genre de personnes. Pour l'OMS, ça renvoie à la check-list originelle en 2007. Elle a été critiquée parce que conçue comme trop statique, comme une ville idéale, selon Tim BUFFEL. Aujourd'hui, quand l'OMS parle donc d'« environnements », dans lequel on retrouve les familles, les réseaux, les voisinages, les quartiers comme concrétisation de « la ville » ou « la communauté », ce sont finalement des représentations de l'espace beaucoup plus larges, beaucoup plus incertaines qui se dessinent. Ces environnements sont supposés participer à l'entretien, voire à l'augmentation, des

aptitudes fonctionnelles ou, pour reprendre le vocabulaire de SEN qui est cité dans le travail de l'OMS, soutenir les « *capabilités* » de la personne, permettre aux personnes âgées d'« être et [de] réaliser ce qu'elles ont des raisons de valoriser » pour citer une phrase récurrente de l'OMS en 2015.

**Le troisième niveau ce sont les espaces de représentation chez LEFEBVRE, les symboles.** Je l'illustre par un objet simple, un banc. En réalité, un banc n'est pas simplement un banc. C'est aussi autre chose. C'est le symbole d'autre chose. D'abord d'un processus participatif : est-ce que des aînés sont consultés quand on décide de mettre un banc, quel type de banc, où ? Et je vous assure que ce n'est pas toujours le cas. Ensuite, c'est un objet finalement médiateur entre différents acteurs. Enfin, c'est un symbole porteur de signification du vieillir : si l'OMS utilise l'image du banc dans les VADA, ce banc n'est-il pas un outil pour « *capabiliser* » l'individu ? Pour l'OMS, ce banc sert à sortir de son « *chez-soi* » pour être dans l'espace public, pour aller faire des courses ou rencontrer d'autres personnes. Mais si la personne va s'asseoir sur le banc et qu'elle ne fait rien, cela peut tout à fait renvoyer à des raisons qu'elle valorise. Pour autant, est-ce que l'OMS va soutenir cette approche ?

**Pour conclure**, il apparaît qu'on a, en France et avec l'exemple d'Henri LEFEBVRE, un ensemble de théories qui sont extrêmement utiles et qui, selon moi, gagnent à être mobilisées pour mieux comprendre les rapports entre espace, vieillissement et citoyenneté. Il y a un besoin de conceptualiser dans ce domaine. Partant de telles conceptualisations, on possède alors des outils solides pour dialoguer avec d'autres chercheurs au niveau international, à l'instar du réseau COST. Enfin, avec cette théorie et dans ces réseaux internationaux, il est également possible de développer des méthodes originales, à l'instar des marches exploratoires que j'ai trop rapidement exposées. Leur exemple est significatif de la circulation des savoirs et de leur articulation à l'action publique, telles que nous l'envisageons au sein du REIACTIS : la pratique des marches exploratoires, que j'ai encouragée dans le cadre d'une recherche actuellement menée en Wallonie par l'Université catholique de Louvain avec Olivier MASSON et Myriam LELEU, a d'abord été repérée par Marion SCHEIDER au Québec.

Je vous remercie.

# MOBILITÉ ET HABITAT

## 2. HABITAT (L'HABITÉ, DOMICILE/INSTITUTION, TRANSFORMATIONS DES ESPACES)



**Cécile ROSENFELDER et Marion VILLEZ**

LIRTES, Université Paris Est Créteil

## Innovation, habitat, institutions

Cette présentation sera axée sur certains des éléments issus de nos travaux d'enquête respectifs. Des travaux qui portent sur les dispositifs et les voies alternatives d'accompagnement des personnes âgées dites dépendantes, dans le contexte des nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées et dans celui des établissements d'hébergement collectif plus classiques de type EHPAD.

Il s'agira, de manière non-exhaustive, de mettre en perspective quelques ressorts et éléments de convergence dans ce qui anime les acteurs de terrain. Ainsi, dans les habitats alternatifs comme dans l'hébergement collectif plus traditionnel, l'invention est à l'œuvre et témoigne d'une volonté de faire bouger les lignes. Schématiquement, on peut dire que l'enjeu d'une telle posture est double.

D'une part, il s'agit de se distancier d'une approche trop standardisée, trop médicalisée, trop déshumanisée et trop cloisonnée de l'âge. Une approche qui, dans les représentations, est encore largement associée à la prise en charge institutionnelle et donc à l'EHPAD, aujourd'hui toujours l'objet de vives critiques. D'autre part, les acteurs visent à s'adapter aux nouveaux besoins et aux nouvelles attentes des personnes âgées, dont les profils tendent à évoluer et à se diversifier. Après avoir abordé le cas des nouvelles formes d'habitat pour personnes âgées, nous nous centrerons sur celui des institutions plus « traditionnelles ».

### Innovations et habitats alternatifs

#### Cécile Rosenfelder :

Les « nouvelles » formes d'habitat pour personnes âgées constituent une offre résidentielle, en réalité déjà relativement ancienne, apparue en France, dès la fin des années 1970. Fortement hétérogènes et disparates, ces formules novatrices ont été initiées pour dépasser les limites des deux pôles historiques qui structurent l'action gérontologique (le domicile et l'institution), et pour diversifier les lieux du vieillir.

Si la grande majorité des modèles existants s'adresse à des personnes âgées à l'autonomie « maîtrisée », certains porteurs de projet ont pris le parti de repenser le « *dernier chez soi* » de personnes âgées identifiées comme « *fragiles* » et/ou « *dépendantes* » tant au niveau de l'architecture, qu'au niveau de l'organisation de la prise en soin.

Ces modèles diversifiés que l'on peut définir, au sens propre du terme, comme des habitats alternatifs aux dispositifs gérontologiques institués présentent des similarités. Au-delà des valeurs mises en avant par leurs initiateurs (autonomie,

dignité, inclusion, participation, solidarité, intergénérationnel) les points de convergence de ces modèles résident dans leur dimension alternative. L'alternative relève en premier lieu d'une prise de distance critique avec les infrastructures existantes et vise par-delà à répondre à des besoins jugés insatisfaits ou mal satisfaits. Certains des habitats alternatifs initiés dans les années 1980-1990, par exemple, visaient à répondre à la carence d'accueil et d'hébergement de personnes âgées atteintes de troubles cognitifs. Plus récemment, l'émergence du modèle de l'habitat autogéré (initié principalement ou exclusivement par les personnes âgées elles-mêmes) témoigne d'une volonté de répondre à un besoin de vieillir entourée, en solidarité et en indépendance, afin de se distancier d'une approche institutionnelle jugée trop coercitive. En lien avec cette posture critique, l'alternative constitue le moteur de l'expérimentation sociale. Les porteurs de projet, qui qualifient les initiatives qu'ils mettent en œuvre comme « hors normes » et se définissent comme des « pionniers », ouvrent le champ des possibles pour imaginer quelque chose de différent. Ils sont à l'amorce d'un « laboratoire d'expérimentation », supposant une démarche

de recherche et d'invention pour ritualiser dans le quotidien des pratiques de nouvelles modalités d'accompagnement.

C'est également dans la nature de cet accompagnement et dans la structuration des espaces que les habitats alternatifs se rejoignent. Ainsi, il s'agit généralement de gommer ce qui pourrait renvoyer trop explicitement à l'imagerie courante de l'hôpital ou de l'institution. Pour se démarquer, les porteurs de projet s'appuient sur des métaphores à connotation positive, transcrites dans les lieux à partir d'un ensemble de signes et de symboles et autour desquelles sont organisées les ritualités quotidiennes. On constate notamment que les habitats alternatifs sont pensés pour impulser le sentiment du « *chez soi* », en reproduisant certains des traits caractéristiques du domicile ordinaire. Au-delà des appellations significativement choisies par les porteurs de projet pour nommer leurs initiatives (« *village* », « *maison* », « *domicile* »), on note une tendance à la « normalisation » des lieux. Ainsi, les habitations, dont l'architecture des bâtiments intérieurs et extérieurs est banalisée, sont généralement de petite taille et situés au cœur de la vie d'un village ou d'un quartier. À cette métaphore du domicile est combinée celle de la vie communautaire d'inspiration domestique. La consolidation d'habitats à taille humaine destinés à des groupes restreints de personnes et l'organisation des pratiques soignantes sont pensées pour recréer un cadre de vie convivial, « *comme* » dans une famille. Ainsi, les soignants tiennent le rôle de « *maître* » ou de « *maîtresse de maison* » et sont polyvalents. Ils effectuent les tâches classiques d'aides à la vie quotidienne, mais aussi celles relatives à l'organisation du lieu de vie (entretien du linge et des locaux, ménage, courses hebdomadaires, préparation des repas...). Les soignants sont également stabilisés dans leur tâche ; ils interviennent dans un même lieu, aux mêmes horaires et auprès des mêmes habitants. Par-delà, il s'agit d'instaurer un climat de durabilité, de favoriser les relations de proximité entre aidants et personnes aidées et in fine d'entretenir l'idée d'une communauté de vie d'inspiration domestique.

## Innovations et institutions

### Marion VILLEZ :

Poursuivons à présent en nous intéressant aux alternatives et à l'inventivité à l'œuvre du lieu même des structures dites classiques, et particulièrement des EHPAD (figure encore hégémonique et emblématique d'une normalisation et d'une biomédicalisation de la prise en soin de la vieillesse). Je voudrais ici rendre compte des raisons pour lesquelles les institutions se transforment et se réinventent.

Sans être exhaustive, **j'en identifierai quatre** qui, évidemment, s'articulent et se recouvrent en partie. Notons d'emblée que si les acteurs engagés dans ces institutions s'interrogent beaucoup aujourd'hui sur leur rôle et sur l'organisation de la prise en soin, réinscrire ce mouvement dans son épaisseur historique montre qu'il n'est pas nouveau.

### C'est d'abord pour s'adapter à l'évolution du profil des personnes accueillies que les institutions se réinventent.

Cette adaptation au profil des résidents a, de tout temps, constitué un moteur majeur de transformation des structures, tant en termes d'architecture, d'organisation que de compétences mobilisées. Dans cette perspective, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ont joué un rôle très particulier. Ces pathologies ont bousculé les établissements, sont devenues un « *problème public* » de premier ordre et ont ainsi eu un rôle crucial dans la manière dont s'est structuré le paysage gérontologique. Rappelons par exemple que la première réponse institutionnelle pour les personnes qu'on appelait alors « *désorientées* » date de 1977, avec l'invention pragmatique du CANTOU, par Georges Caussanel, alors directeur d'une maison de retraite. Cette petite unité au sein de l'ensemble plus vaste de la maison de retraite vient matérialiser et organiser une conception communautaire, domestique et familiale de l'accompagnement des personnes désorientées. À partir de cette initiative pionnière, s'est imposée dans les esprits<sup>(1)</sup> la forme spatialisée et spécialisée d'unité dédiée aux personnes atteintes de troubles cognitifs<sup>(2)</sup>. Évoquons également par exemple comment l'altération du rythme circadien que la maladie peut parfois générer invite à concevoir la « *nuit* » comme un temps à accompagner et pas seulement à « *surveiller* ». Ainsi, au sein des structures, l'accompagnement des personnes atteintes de troubles cognitifs a parfois servi de laboratoire au profit d'une refonte de l'accompagnement de tous. Aujourd'hui encore le profil des résidents ou des personnes qui arrivent à la porte des établissements, continue d'évoluer. Les EHPAD sont de plus en plus sollicités pour l'accueil de personnes en situation de handicap qui vieillissent ou de personnes qui vieillissent avec des pathologies psychiatriques, ce qui invitent les équipes à ajuster leurs pratiques et organisations.

**Certaines équipes entendent également faire de ces établissements, lieux de vie médicalisés, d'effectifs lieux de vie** où les résidents puissent avoir une vie la plus familière possible, participent aux décisions qui les concernent au point d'en devenir parfois co-constructeurs, et en définitive exercer un effectif « *droit d'usage* ». L'enjeu est ici le retour à l'ordinaire du quotidien. Nombre d'initiatives se développent afin, comme l'écrivait Françoise Héritier à leur propos, de

« *mettre de l'ordinaire, et le désordre même de l'existence familiale là où l'institution et les schèmes normatifs cherchent à imposer le même ordre pour tous* »<sup>(3)</sup>.

### **Enfin, un nombre croissant d'équipes créent différentes voies pour ouvrir les établissements vers l'extérieur,**

notamment en devenant acteurs du soutien à domicile, lieux ressources pour les habitants de leur territoire. Ces initiatives se développent dans le contexte d'un système de soins contraint qui invite à travailler autrement en optimisant et mutualisant les ressources. Sur ce point, les choses se rejouent aujourd'hui, mais ne sont pas nouvelles. Pensons par exemple à l'hébergement temporaire ou l'accueil de jour. Souvenons-nous aussi qu'à l'origine le CANTOU visait des personnes désorientées de la structure, mais aussi des personnes qui vivaient sur le territoire. On observe aujourd'hui une hétérogénéité des pratiques qui cherchent à diversifier et ouvrir les prestations ou services aux personnes âgées du territoire, à ceux qu'on appelle aujourd'hui leurs « *proches aidants* » et ainsi à offrir une meilleure continuité de « *parcours* ». De manière schématique, du point de vue des manières de faire, il y a deux voies, la première consiste à amener l'offre d'accompagnement vers le domicile des personnes âgées, la seconde à faire venir les personnes du territoire vers l'établissement. Les degrés de formalisation sont aussi pluriels. Dans certains cas, il s'agit véritablement d'un « *EHPAD à domicile* », où les personnes qui vivent chez elles vont être considérées comme des résidents tout en restant chez elles. Dans d'autres cas, les choses sont beaucoup plus souples et les personnes participent aux activités de manière plus ponctuelle.

**J'en viens au dernier point.** Ce souci d'ouverture consiste aussi à s'inscrire dans le territoire afin que les établissements

ne soient pas des enclaves coupées de l'environnement ne concernant que des personnes âgées et ceux qui les accompagnent. Il s'agit ici de faire tomber les murs physiques et virtuels des institutions pour qu'elles soient parties prenantes du voisinage, que les résidents soient considérés comme des habitants. Là aussi, les réponses, nécessairement territoriales, sont très variées, et procèdent d'un double mouvement : créer les conditions pour que les résidents sortent, et créer les conditions pour que les différentes composantes de la société civile entrent dans les établissements. Il ressort que ce type de démarches suppose un engagement partagé bien au-delà des acteurs du médico-social, mais en associant les différentes composantes de la société civile.

À travers ce rapide exposé, nous voulions montrer que du côté des habitats alternatifs comme de celui des établissements d'hébergement, se développent des pratiques diversifiées et évolutives qui s'inspirent des différents modèles qui se sont construits au fil du temps, pour relever le défi de l'accompagnement au quotidien des personnes dites dépendantes. Chacune à leur manière, ces démarches partagent l'ambition de sortir d'une logique de filière, d'une logique cloisonnée, linéaire et sectorielle, et donc contribuent à sortir de la vision clivante, encore structurante aujourd'hui, domicile ordinaire et institution. Aujourd'hui, certaines de ces pratiques novatrices, notamment les habitats alternatifs et l'EHPAD pôle ressources sur son territoire, suscitent beaucoup d'intérêt, mais restent marginales.

Cela ouvre toute une série de questions, et invite à une vigilance quant à leur devenir et à leur statut, présent et à venir, dans l'offre conçue avec et pour les personnes dites dépendantes.

1. Si cette voie opère comme une véritable norme, nombre d'établissements ne disposent pas d'unité tout en ayant un accompagnement adapté aux personnes atteintes de troubles cognitifs ou pratiquent des formes hybrides pour « *tenir ensemble* » la collectivité des résidents et offrir un accompagnement de qualité pour tous.

2. Spécialisation qui s'est démultipliée, avec la création par le troisième plan Alzheimer des PASA et des UHR, mais que les orientations actuelles des politiques publiques en matière de maladie d'Alzheimer tendent à nuancer.

3. Françoise Héritier, Préface, in Guisset-Martinez, M.-J., Villez, M. (2011). *L'identité retrouvée. Nouveaux liens, nouvelles solidarités pour une autre approche de la maladie d'Alzheimer*, Fondation Médéric Alzheimer.



**Fany CÉRÈSE**  
Docteur en Architecture

Travaux de recherche financés par les Fédérations des caisses de retraite AGIRC et ARRCO, la Fondation Médéric Alzheimer et la Fondation Palladio  
Travaux de recherche doctorale menés sous la direction du Pr. M-C. Gély-Nargeot, Pr. M. Usandizaga, Pr. G. Ninot

## Domesticité : La promesse d'un chez-soi en EHPAD ? Retours sur une recherche expérimentale en architecture

Ce travail de recherche pluridisciplinaire s'inscrit dans les champs de l'architecture et de la psychologie dans une approche multidimensionnelle. Il traite de la qualité architecturale des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans un contexte d'avancée en âge de la génération du « *baby-boom* » (INSEE, 2010). Actuellement, ce type d'institution qui oscille entre lieu de soin et lieu d'animation est généralement considéré par les personnes auxquelles il s'adresse comme une solution de repli (Somme, 2003), un lieu de relégation (Mallon, 2004). Selon Ennuyer (2009), cette perception est liée à la difficulté de pouvoir habiter ces espaces et de transposer son domicile.

### Les objectifs généraux de cette thèse étaient multiples :

- 1/ mettre en avant le rôle de l'environnement architectural sur la santé et la qualité de vie,
- 2/ définir la notion de « *domesticité* » pour la conception des lieux de vie institutionnels,
- 3/ mettre en place une méthode et un cadre rationnel pour la prise en compte de l'être humain dans la conception architecturale.

### Les objectifs spécifiques de ce travail de recherche étaient :

- 1/ de mesurer les effets d'un aménagement de type domestique sur la qualité de vie des personnes âgées résidant en maison de retraite,
- 2/ de comprendre comment les usagers s'approprient l'espace dans les lieux de vie institutionnel et
- 3/ d'évaluer la perception de l'espace en fonction des caractéristiques architecturales d'un environnement.

La revue de la littérature met en avant de nombreux liens entre l'architecture et la santé, que ce soit au niveau de la salubrité des lieux de vie (mouvement hygiéniste fin XIX<sup>e</sup>, début XX<sup>e</sup> siècle) ou de l'environnement bâti comme

déterminant de la santé et du bien-être (Hancock & Perkins, 1985, Barton & Grant, 2006). Cela permet de mettre en avant l'intérêt de ce type de réflexion. En ce qui concerne plus particulièrement les EHPAD, de nombreuses réflexions sont menées depuis quelques années afin d'améliorer la qualité de vie des résidents. Selon différents auteurs (Kane, 2001, Droes *et al.*, 2006, Mittal *et al.*, 2007, Cooney *et al.*, 2009), les principales dimensions de cette qualité de vie en institution sont le confort, la dignité et l'identité, la qualité des soins et de l'accompagnement, les interactions sociales, la vie spirituelle, l'autonomie et l'environnement physique. Ces dix dernières années, de nombreuses études principalement menées en psychologie environnementale mettent en lumière l'impact de cet environnement sur les résidents présentant une démence ; diminution de l'agressivité, de l'agitation et du retrait social, amélioration du sommeil, de la qualité de vie, de l'humeur, de l'autonomie et de la venue des familles (Charras *et al.*, 2011, Cohen-Mansfield & Werner, 1998, Sloane *et al.*, 2002, Day & Calkins, 2002, Zeisel *et al.*, 2003). Les notions d'ambiance « *résidentielle* » ou « *domestique* » apparaissent souvent sans pour autant que les caractéristiques architecturales de cette « *domesticité* » soient clairement définies. De fait, ce concept, traduction du mot *homelikeness* n'existe pas en tant que tel dans la langue française et nécessite une définition. Nos recherches nous permettent d'apporter quelques avancées théoriques sur le sujet.

### La domesticité reposerait sur :

- 1/ le fait d'être chez soi (pouvoir agir en maître) et donc d'habiter le lieu (se l'approprier physiquement et psychologiquement),
- 2/ l'échelle du lieu et de la distance entre les choses (de l'ordre du mètre),
- 3/ l'ambiance du lieu caractéristique de la maison (odeur, sonorité, lumière, textures et matières, objets, meubles, etc.),

- 4/ l'image du lieu (qui ressemble à la maison, cf. figure 1) qui signifie aux personnes qui y sont leur statut d'habitant, et enfin  
 5/ sur l'usage du lieu (celui de la vie quotidienne ordinaire).

FIG.1: **Que disent ces fauteuils des personnes qui s'y assoient ?**



De gauche à droite : (1) un fauteuil roulant renvoie au handicap, (2) un fauteuil dit « gériatrique » renvoie à la dépendance, (3) un fauteuil d'hôtel renvoie au statut du client, (4) un fauteuil vendu dans un magasin de meubles pour particuliers est celui que l'on pourrait trouver chez soi.

Afin d'évaluer les différentes hypothèses de recherche, un réaménagement architectural de halls d'entrée d'EHPAD (du parc d'établissement AGIRC-ARRCO) a été réalisé (étude 1) et a permis une comparaison « *avant vs après* », établissement réaménagé vs non réaménagé selon les principes de l'Evidence-Based Methodology (« méthodologie fondée sur la preuve », essai clinique) (études 2, 3, 4).

### L'étude 1 Conception architecturale fondée sur la preuve pour le réaménagement de hall d'entrée en EHPAD [ FIG.2 ]

présente un nouveau concept, celui du Human-Centered Architecture (Architecture centrée sur l'être humain) destiné à améliorer et rationaliser le processus de conception architecturale. Il repose sur :

- / La prise en compte des interactions entre l'homme et son environnement, du comportement des usagers (psychologie environnementale) et des interactions sociales (proxémie) ;
- / Le confort dans toutes ses dimensions (fonctionnel, sensoriel et psychique) ;
- / L'usage de l'environnement (manière dont une personne

- s'approprié et occupe l'espace en fonction de ses besoins et de ses envies) ;
- / La perception (du sens, des sens et de l'essence) de l'environnement architectural ;
- / La prise en compte des émotions, notamment esthétiques (sentiment du beau).

Ces principes théoriques, ajoutés à ceux de la domesticité ont servi de base à la définition de l'aménagement des halls d'entrée d'EHPAD, intervention qui a servi de base aux études suivantes.

### L'étude 2 Étude des effets d'un aménagement architectural de type domestique sur la qualité de vie des personnes âgées en institution [ FIG.3 ]

a utilisé comme outils de recherche l'échelle de qualité de vie QOL-AD scale, le poids, l'échelle d'anxiété et dépression HADS et une échelle de qualité des relations interpersonnelles. Ce travail a porté sur 49 sujets (31 dans le groupe intervention et 18 dans le groupe contrôle) représentant les différents niveaux de dépendance présents en institution. L'intervention, décrite dans l'étude 1, consistait à réaménager de manière domestique l'espace d'entrée de trois établissements « *standards* » puis à évaluer selon les méthodes de comparaison « *avant vs après* » établissement réaménagé vs non réaménagé.

Chaque établissement a été évalué à trois reprises :

- / T0 : 2 mois avant réaménagement ;
- / T1 : 2 mois après réaménagement, afin d'observer les effets de l'intervention ;
- / T2 : 4 mois après réaménagement, afin de vérifier la pérennité des résultats observés à T1 et/ou l'apparition de nouvelles modifications.

Cette étude ne démontre aucun effet significatif sur la qualité de vie, le poids, l'anxiété et la dépression selon les échelles scientifiquement validées mais montre un effet positif

FIG.2 : **Vue du Hall d'entrée de l'établissement 2 avant et après réaménagement.**



Cette étude, outre ses apports théoriques a permis de soulever la question des normes de sécurité incendie et de leur surreprésentation qui contraint les établissements dans leur aménagement.

significatif sur les interactions sociales et sur la fréquentation déclarée de l'espace d'entrée après réaménagement. Le groupe contrôle a perdu près de 30 % de son effectif entre T1 et T2 (sujets les plus fragiles), ce qui fausse le traitement statistique des résultats et pourrait justifier la neutralité des résultats.

### L'étude 3 Étude des effets d'un aménagement architectural sur le comportement des usagers en institution pour personnes âgées dépendantes [ FIG.4, 5, 6 ]

repose sur la mise en place de cartographies comportementales réalisées au sein d'un établissement par l'observation systématique par vidéo avant et après réaménagement durant une semaine. Un outil de traitement, d'analyse et de représentation des données vidéo a été développé spécifiquement pour cette recherche en partenariat avec un géomaticien.

Cette étude met en avant une augmentation des interactions entre les résidents et une modification de l'appropriation de l'espace de hall au profit des résidents, notamment les plus autonomes (initialement davantage investi par les professionnels). Autre fait marquant, les visiteurs utilisent davantage l'espace et la présence d'enfants a augmenté de manière significative.

### L'étude 4 Étude exploratoire des effets d'un aménagement architectural de type domestique sur la perception de l'espace et les représentations des personnes âgées en institutions analyse le discours de onze sujets avant et après

réaménagement. L'analyse réalisée comprend une analyse thématique et une analyse fréquentielle.

Cette étude montre une modification importante de la perception de l'espace au niveau de la fréquence d'apparition des thèmes avec un discours porté davantage sur le bien-être (+100 %), le confort (+250 %) et l'esthétique (+1 400 %) après réaménagement. Une analyse de cas individuels permet de mettre en avant le fait qu'un même espace architectural, aussi bien soit-il ne peut convenir à tout le monde en raison des valeurs et des attentes qui varient d'un individu à l'autre. Dans des lieux de vie collectifs tels les EHPAD où la population est issue d'horizons variés, une diversification de l'aménagement semble nécessaire (dimension, style, etc.) afin que chacun trouve sa place.

### Synthèse des résultats et perspectives de recherche :

Globalement, les résultats exposés au travers des différentes études démontrent qu'une intervention architecturale peut avoir des effets positifs sur des personnes âgées résidant en établissement et que ce type d'intervention, peu étudié, pourrait être un support intéressant pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies. Ce travail ouvre de nombreuses perspectives de recherche, que ce soit au niveau des normes qui régissent la construction, d'outils d'évaluation pertinents de l'environnement architectural, du développement de l'interface de cartographie comportementale en vue d'un dépôt de brevet ou encore de l'exploration approfondie des entretiens qualitatifs qui ont été menés. D'une manière plus large, cette thèse soulève des questions épistémologiques nécessaires au développement de la recherche en Architecture, qui n'existe que depuis quelques années en France.

FIG.3 : Comparaison entre les deux groupes dans le temps – Principaux résultats de l'étude

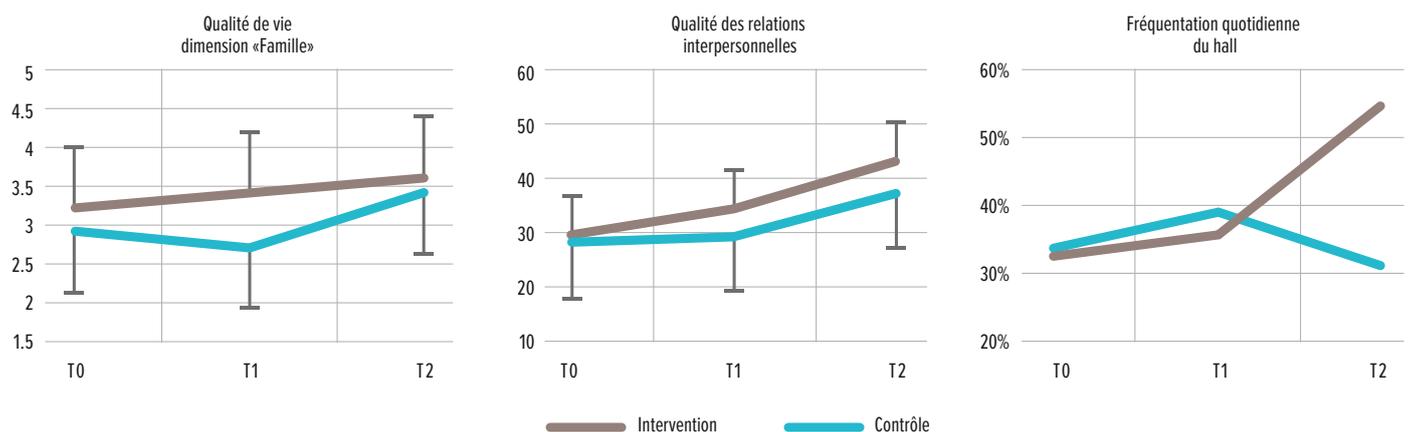


FIG.4 : Cartographie comportementale des actions de type « échange verbal » à T0 (à gauche) et à T1 (à droite)

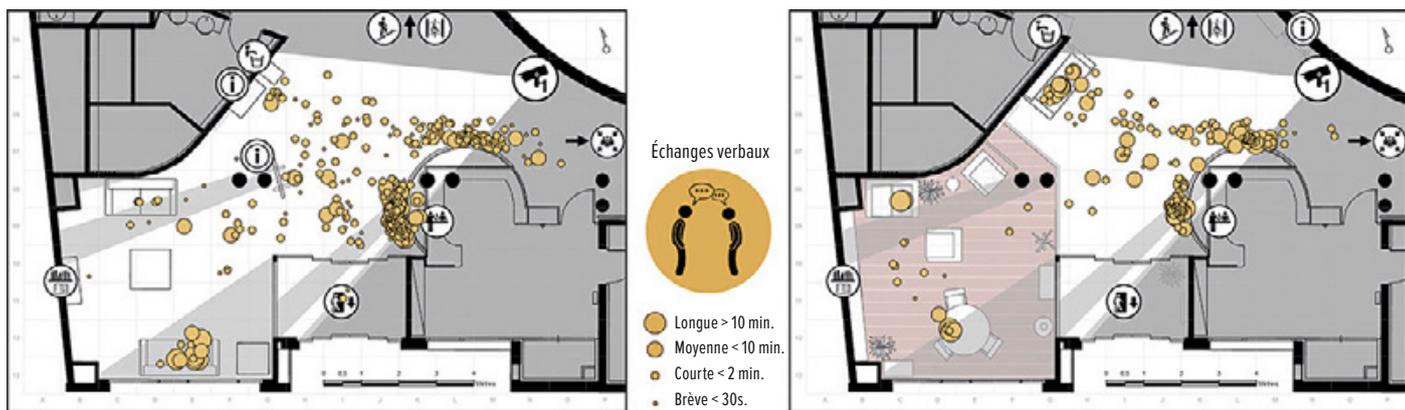


FIG.5 : Cartographie comportementale des actions impliquant un visiteur à T0 (à gauche) et à T1 (à droite)

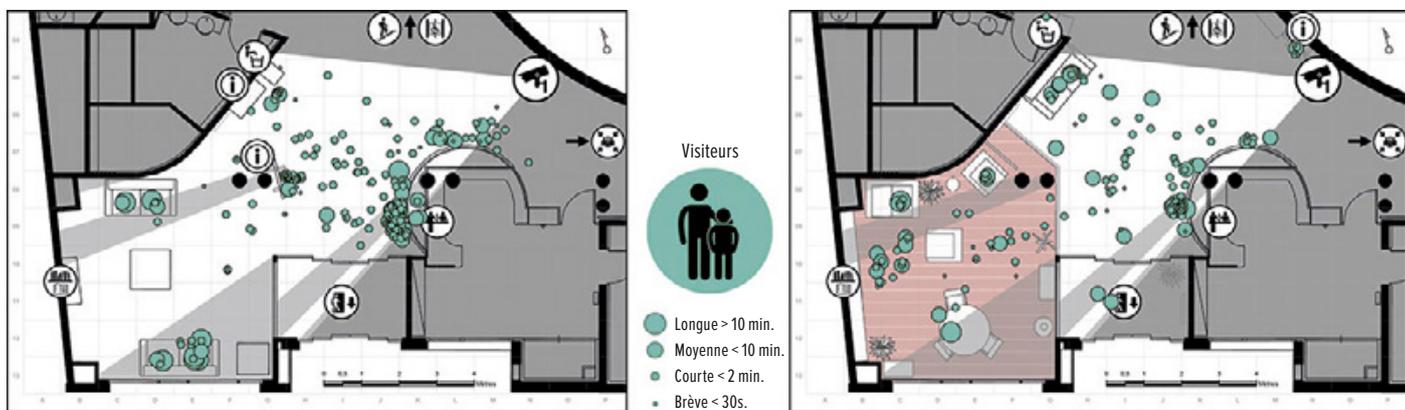
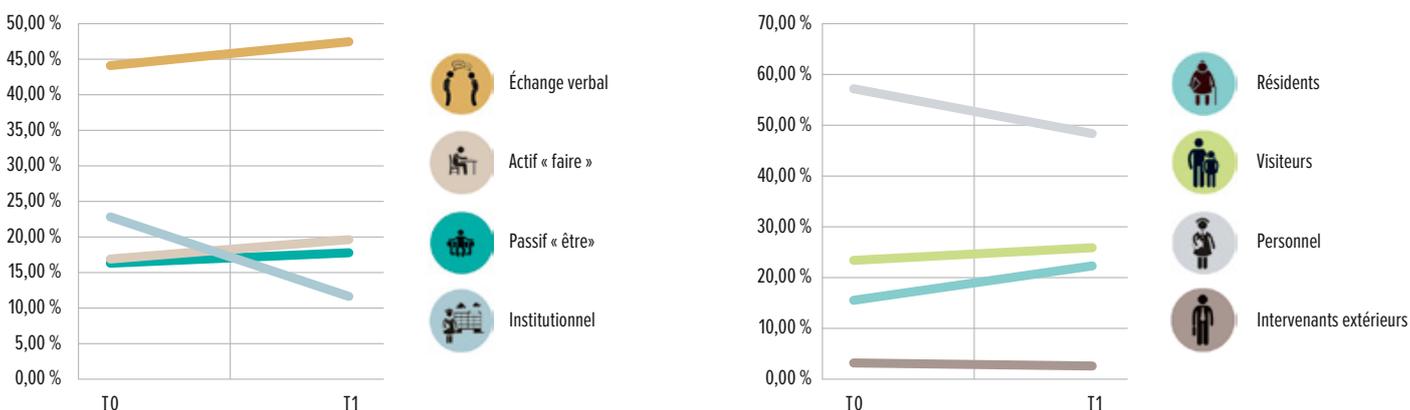


FIG.6 : Évolution et nombre d'actions

À gauche, évolution des actions par catégorie entre T0 et T1. À droite, évolution entre T0 et T1 du nombre d'actions en fonction du statut des personnes impliquées





**Méлина RAMOS-GORAND**  
DREES

## Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées : enjeux territoriaux en France métropolitaine

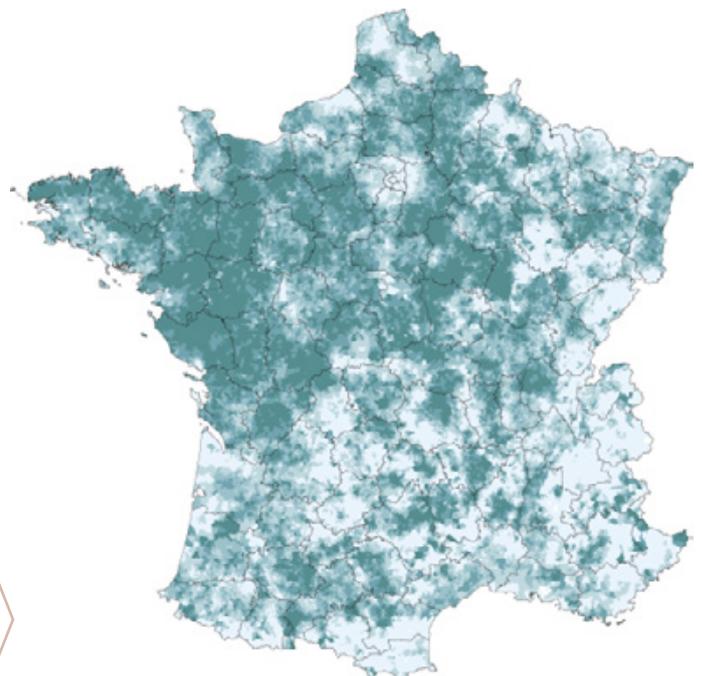
Bonjour à tous.

Je vais vous présenter des travaux issus d'une thèse en géographie, consacrés à l'accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées. Dans le cadre de ma thèse, je le définissais par le fait qu'il y a rémunération de professionnels intervenant directement et régulièrement auprès de personnes âgées de 60 ans et plus. C'est une limite d'âge qui sera discutée par Marianne Tenand demain, que j'utilise car elle est récurrente dans les dispositifs institutionnels. Concernant les personnes dépendantes, je les définis exactement comme Anne-Bérénice ce matin, c'est-à-dire au sens de la loi, et donc selon la grille AGGIR. Mes travaux sont circonscrits à la France métropolitaine.

**Mon objectif** était d'évaluer l'équité territoriale d'accès à l'offre d'accompagnement de la dépendance des personnes âgées, parce que ça figure dans la loi, avec en arrière-plan le concept de justice spatiale. Ces travaux sont entrepris à partir de données quantitatives nationales, notamment disponibles à la DREES. Mon objectif aujourd'hui est de vous montrer qu'une analyse quantitative de l'offre professionnelle devrait nécessairement inclure offre à domicile et en établissement. En effet, on peut très bien faire des analyses par type d'acteurs. Par exemple, on peut étudier l'accessibilité géographique aux EHPAD, ici en 2011. On voit qu'elle est hétérogène, même si les EHPAD sont plutôt bien mieux répartis que les autres d'équipements comparables par leur nombre.

On voit bien que l'Ouest de la France a l'air mieux doté, l'Île-de-France c'est assez peu accessible étant donné des taux d'équipement : le nombre de places est faible au regard de la population âgée. Mais on est limité, parce qu'il existe des substitutions entre les différentes offres. Notamment, entre le domicile et l'établissement. On considère assez facilement que les personnes les plus dépendantes sont en établissement, c'est vrai, mais on a quand même 15 %

de GIR 1 qui sont à domicile. Inversement, concernant les personnes qui sont GIR 4, donc avec une dépendance moyenne, 20 % sont déjà en établissement. Des substitutions existent également à l'intérieur même du domicile. C'est le clivage qu'on a entre le côté plutôt sanitaire et le côté médico-social. Les chiffres issus d'une enquête DREES-INSEE de 2008 montraient que sur les soins personnels, qui incluent notamment les toilettes, 53 % étaient réalisés par des infirmiers libéraux ou des SSIAD, et 40 % par des aides à domicile. C'est pourquoi on a essayé d'inclure à la fois domicile et établissement, en retenant pour les établissements principalement les EHPAD, et à domicile, l'offre en aide à domicile, en infirmiers libéraux et en SSIAD.



Communes pour lesquelles l'accessibilité est...

la plus faible    plutôt faible    moyenne    plutôt grande    la plus grande

Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

C'est quelque chose de difficile. On se heurte à la segmentation entre le secteur sanitaire et médico-social, qui se traduit par une gouvernance différente et des modes de financement différents de ces différentes offres. Ceci a pour conséquence une segmentation également dans les sources de données. Quand on exploite des sources de données de gestion par exemple, on a différents organismes qui produisent leurs données. Et du coup, on n'a pas de source unique. On n'a pas non plus de grande enquête DREES qui permettrait de décliner les résultats au niveau local. Au-delà des sources, on a même une segmentation et des différences dans la manière de mesurer l'activité. Par exemple, quand on veut mesurer en temps, on a tantôt des heures, tantôt des équivalents temps plein, on peut avoir un nombre d'actes. Il y a donc un travail d'harmonisation des sources et des données à conduire.

**J'ai retenu dans le cadre de ma démarche deux types de mesures de l'offre.** D'abord un nombre d'heures. Ce sont des heures financées au moins en partie par les pouvoirs publics, et ce sont des heures d'intervention directement auprès des personnes. J'ai donc exclu tout ce qui ressort de l'administratif, des temps de transport. C'est évidemment un exercice normatif, que je ne vais pas discuter ici, mais que vous pouvez consulter. Par exemple, pour les actes des infirmiers libéraux, on a été obligé de considérer qu'un coefficient correspond à un certain temps. Donc en l'occurrence, on a pris un coefficient égal à 8 minutes, ce qui a été recommandé par diverses autorités.

Deuxième mesure, c'est celle des financements publics relatifs à l'aide humaine apportée. Tout simplement puisque notamment au niveau des départements, on arrive beaucoup plus facilement à tracer des dépenses dans des finances que des heures. Cela a quand même nécessité une exclusion d'un certain nombre de dépenses. Comme on est sûr de l'aide humaine, il a fallu exclure par exemple les médicaments. C'est ici encore un exercice normatif. Cela dit, ces deux mesures avaient plusieurs avantages. D'une part, on pouvait avoir quelque chose d'assez symétrique entre le domicile et l'établissement, et aussi entre le médico-social et le sanitaire, permettant d'avoir vraiment des mesures globales de l'activité. Et deuxième chose qui était très importante pour moi en tant que géographe, c'était d'avoir des données disponibles, non pas à l'échelle nationale, mais à une échelle départementale.

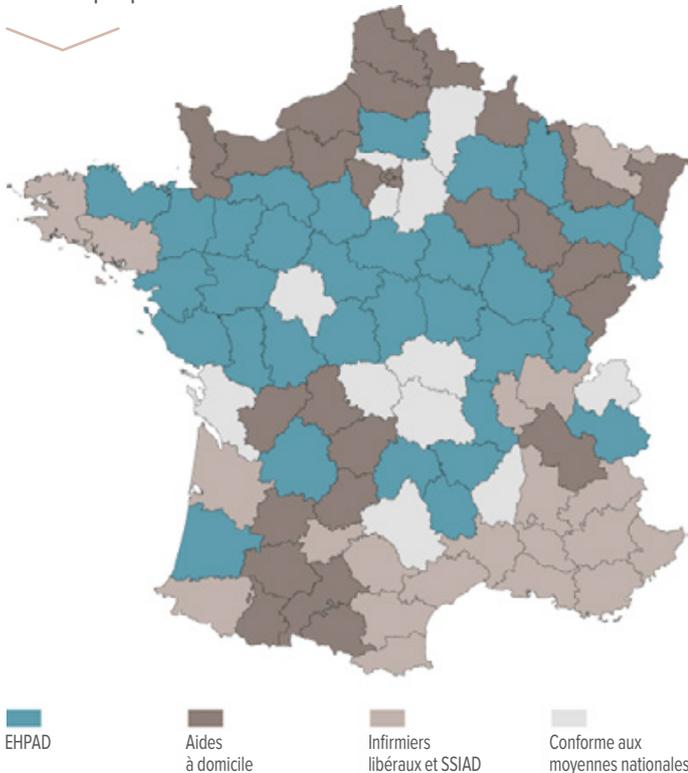
**Je vais commencer par un bilan national.** En nombre d'heures on arrive à 700 millions d'heures auprès des personnes, à peu près la moitié à domicile, la moitié en établissement. À domicile, l'aide est davantage assurée par

des aides à domicile, un petit peu moins par les paramédicaux (des infirmiers libéraux et des SSIAD). À l'inverse en établissement, on a davantage de paramédical donc notamment des aides-soignants etc. par rapport au médico-social. Concernant le bilan financier, on arrive à 12 milliards et demi. C'est bien moins que ce qui est présenté dans les comptes de la dépendance qui sont publiés par la DREES, car on n'a pas utilisé le même champ. Par exemple, j'ai fait le choix d'exclure les dépenses consacrées aux personnes en GIR 5 et 6, puisqu'elles n'entrent pas dans mon champ, n'étant pas dépendantes au sens de la loi. J'ai fait le choix d'exclure certaines aides sociales, notamment l'aide sociale à l'hébergement qui est en EHPAD, puisque techniquement, ce n'est pas une aide qui vise à accompagner la dépendance : c'est une aide qui vise à compenser la précarité et la pauvreté. Et dernière chose, mais qui joue à la marge, on n'a pas pu tenir compte des aides fiscales, puisque les données n'étaient pas disponibles au niveau départemental à la DREES.

**Concernant l'équilibre entre domicile et établissement,** on a à peu près 60 % des gens considérés administrativement comme dépendants qui sont à domicile, contre 40 % en EHPAD. Concernant les heures qu'on obtient, on a un peu plus d'heures à domicile, ce qui est lié au fait – c'est ce que disait Anne-Bérénice tout à l'heure – que le GIR Moyen Pondéré, c'est-à-dire le niveau de dépendance, est plus important en EHPAD. Et effectivement, on a une part des heures observées après compilation des sources de données, assez proche de celle qu'on pensait obtenir, étant donné à la fois le nombre de personnes et le niveau moyen de dépendance. Ce qui veut dire concrètement qu'il y a moins de monde, mais que comme les gens sont plus dépendants, évidemment il y a plus de personnel au niveau des heures. On peut à présent décliner ces résultats au niveau départemental.

**On peut, à présent, rapporter le nombre d'heures aux besoins administrativement reconnus,** c'est-à-dire l'ensemble des personnes qui sont dans le département et qui, soit sont bénéficiaires de l'APA et ont à ce titre un GIR, soit sont en EHPAD. Et ce qu'on observe, c'est qu'il y a plutôt quelque chose d'assez uniforme sur l'aide à domicile, peut-être un peu moins uniforme sur les EHPAD avec – comme on l'avait vu sur la carte de l'accessibilité tout à l'heure – une partie de l'Ouest notamment avec une part plus importante de ces acteurs. Et enfin, sur les infirmiers libéraux et les SSIAD, c'est une offre qui semble beaucoup plus hétérogène, notamment avec une toute petite partie de la Bretagne, mais surtout le littoral méditerranéen, avec une intervention très forte de ce type de professionnels.

**Cela nous a conduits à identifier trois types de systèmes d'accompagnement différents.** Autrement dit, en fonction du département dans lequel vous résidez, vous ne serez pas accompagnés par les mêmes types d'acteurs dans les mêmes proportions.



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

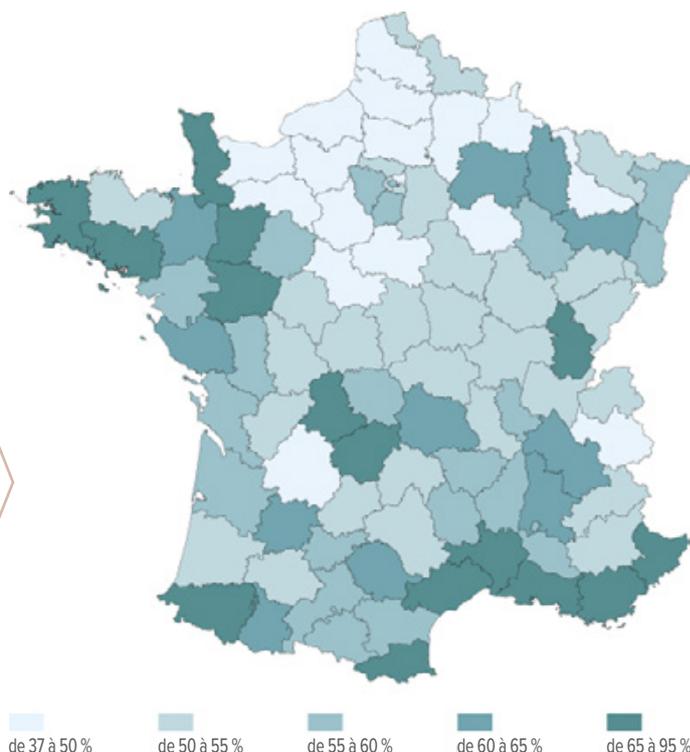
Donc là, ce que vous voyez en vert, ce sont les départements où les EHPAD assurent par rapport à la moyenne nationale davantage d'heures. En brun, quand c'est le cas des aides à domicile et auxiliaires de vie sociale, et en beige quand c'est le cas des infirmiers libéraux. Pour certains départements où c'était assez conforme à la moyenne nationale, on a fait le choix de mettre une couleur grise, puisque l'offre dans le département est conforme à la moyenne nationale.

**Je voudrais maintenant revenir sur les conséquences que cela a pour les personnes. Il y en a, je dirais, deux grandes, une d'abord quantitative :** c'est que la couverture des besoins tels qu'ils sont administrativement reconnus — une fois encore c'est normatif — est globalement assez uniforme. On est, dans la plupart des départements autour de 55 à 60 %. Elle est quand même variable, notamment vous avez un département où on a quasiment 95% des besoins recensés qui sont couverts, et à l'inverse des départements où on est en-dessous de la moitié ; sachant que les deux départements dans lesquels on a les chiffres les plus faibles c'est la Seine-Saint-Denis et le Pas-de-Calais.

**Deuxième chose : des différences qualitatives.** Je vais prendre l'exemple des toilettes à domicile qui peuvent être

globalement assurées par deux types de professionnels : soit des infirmiers libéraux ou aides-soignants de SSIAD, soit des aides à domicile. Et là on voit qu'il y a une conséquence à la fois technique, puisque ces personnels ne sont pas formés de la même manière, administrative, car ce n'est pas pareil de monter un dossier APA et d'avoir une ordonnance médicale. En termes de reste-à-charge financier aussi puisque la majorité des personnes âgées qui ont recours dans le cadre de leur dépendance à des infirmiers libéraux sont souvent sur des dispositifs ALD, c'est-à-dire remboursées à 100 % par la Sécurité Sociale ; ce qui n'est jamais le cas de l'APA où il y a toujours un reste-à-charge qui en plus augmente. Et enfin il y a des temps d'accompagnement qui pourraient être plus faibles puisque dans un cas il va falloir que cela rentre dans le plan d'aide APA quand c'est des aides à domicile... alors que quand c'est des infirmiers libéraux, ça permet à la fois d'avoir la toilette qui est faite par ailleurs, et en même temps d'avoir le plan d'aide pour faire d'autres choses. Donc quand on voit le nombre de plans proches du plafond, notamment pour les personnes les plus dépendantes, on voit combien ça peut être questionné.

**Dernière chose qui me semblait intéressante c'était la conséquence pour les Conseils départementaux,** qui financent l'APA. Les infirmiers libéraux et les SSIAD sont financés par la Sécurité sociale, ce qui veut dire qu'il y a une hétérogénéité de la part des dépenses nationales



Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

dans l'accompagnement de la dépendance. On va avoir les départements où le Conseil départemental assure une part du financement de la dépendance plus faible ou plus forte qu'ailleurs.

### **Je voudrais conclure sur deux choses.**

D'abord sur l'importance de considérer à la fois domicile et établissement, parce que cela fait vraiment un système et d'ailleurs on le voit, au sens où les offres, quand on les considère toutes ensemble, sont mieux réparties que chacune prise à part, ce qui renforce bien l'idée de substitution. Par exemple, sur les EHPAD, on a toujours l'idée selon laquelle dans le sud il n'y a pas d'établissements, ce qui poserait de gros problèmes d'équité. D'un autre côté, c'est une offre qui est partiellement compensée par la présence très nombreuse d'infirmiers libéraux qui interviennent à domicile sur des actes de soins. Le coefficient de Gini, sur chacun des types de professionnels, puis sur l'ensemble des heures, est intéressant : il y a moins de disparités quand on considère l'ensemble de ces offres que quand on les analyse une à une. Deuxièmement, c'est de poser la question de la régulation. On s'attendait, avant d'avoir la base de données

constituée, à ce que l'offre dépendante des départements soit la plus hétérogène en lien avec la décentralisation : c'est une offre qui est guidée par les conseils départementaux, ils pourraient faire des choix très différents d'offres, et du coup qu'il y ait une grande diversité. Et finalement, ce n'est pas du tout ce qu'on a trouvé. L'offre en aides à domicile est répartie de manière assez homogène sur le territoire, ce qui peut s'expliquer de deux manières. D'une part c'est une offre qui représente seulement 25 % du total du financement de la dépendance telle qu'elle est définie ici. Ce n'est pas l'offre qui est majoritaire et surtout c'est une offre sur laquelle il y a beaucoup de normes. Vous avez des plafonds par exemple pour bénéficier de l'APA selon votre niveau de dépendance, et surtout c'est une offre qui est régulée. Finalement, plutôt que l'échelle de décision, c'est davantage la question de : « est-ce qu'il y a régulation ou pas de l'offre ? », qui joue. En particulier, le fait que l'offre en infirmiers libéraux ait été très peu régulée et soit actuellement régulée à la marge, fait que ce sont les professionnels étudiés qui sont le moins bien repartis.

Je vous remercie de votre attention.



**Catherine BONVALET**

*Ined*

## DISCUSSION

Les questions de mobilité et d'habitat face au vieillissement de la population, qui constituent un des enjeux de la société actuelle, ont fait l'objet de nombreux travaux et recherches au cours de ces dernières années, comme en témoigne le colloque. L'allongement de la vie aux âges élevés s'est traduit non seulement par une modification des parcours liée à cette nouvelle étape du cycle de vie après la retraite, mais aussi par une modification des attentes, des exigences de qualité, une aspiration à maîtriser cette nouvelle étape, notamment son environnement spatial et résidentiel. Plusieurs générations de retraités, dont l'histoire de vie mais également les normes familiales, résidentielles et culturelles diffèrent totalement, ont vécu ces transformations sociétales. Les plus âgées, nées entre 1920 et 1930, ont vécu sous le poids des normes familiales de l'époque des années 1950-1960, à savoir qu'elles devaient accueillir les parents chez elles, la maison de retraite apparaissant encore comme un « repoussoir », à l'image de l'hospice, située de préférence à l'extérieur de la ville.<sup>(1)</sup> Les femmes de ces générations ont accepté, voire subi, la cohabitation intergénérationnelle alors même qu'elles constituaient leur famille en pleine crise du logement. Elles n'ont pas souhaité l'imposer à leurs enfants, en particulier à leurs filles dont elles ont soutenu l'émancipation et favorisé l'indépendance financière.<sup>(2)</sup> Elles ont ainsi contribué à la transformation des normes résidentielles, à savoir l'autonomie entre les générations, et désiré vivre seules le plus longtemps chez elles après le décès de leur conjoint. Les plus jeunes — nées après la Seconde Guerre mondiale — ont vécu, participé aux mutations de la société et restent, au seuil de la retraite, attachées à deux valeurs qui les ont accompagnées pendant tout leur parcours, à savoir : l'autonomie et la mobilité.<sup>(3)</sup> Elles ont connu, pour une grande majorité d'entre elles, l'avancée en âge de leurs parents, rencontré les problèmes liés à la perte d'autonomie et constaté les limites des solutions proposées. Ce n'est donc pas un hasard (et pas seulement une histoire de nombre – nombre de baby-boomers) si se multiplient depuis quelques années des initiatives privées ou publiques pour trouver des réponses

capables de satisfaire cette demande de liberté, d'autonomie et de mobilité.

**Alors pour rendre compte des stratégies** des différentes générations face au vieillissement, et peut-être pour en donner une lecture différente, on peut mobiliser le concept de capital spatial de Michel Lussault,<sup>(4)</sup> défini comme *l'ensemble des ressources accumulées par un acteur lui permettant de tirer avantage en fonction de stratégie, de l'usage de la dimension spatiale de la société*. L'intérêt de ce concept est double : d'une part, la notion de capital — qui suppose une stratégie de valorisation et des arbitrages — reconnaît à l'agent une certaine marge de manœuvre. D'autre part, le capital spatial est un bien économique et social que l'on peut échanger sur le marché avec d'autres biens. En effet, le capital spatial, comme le capital économique ou social, comprend un patrimoine c'est-à-dire dans ce cas un ensemble de lieux, de logements, de réseaux appropriés mais aussi des capacités, des compétences pour faire fructifier ce patrimoine, le gérer ou en acquérir d'autres, le transformer sous d'autres formes.

**Un des éléments du capital spatial** est constitué du capital résidentiel défini par Laurent Cailly comme un niveau de richesse (ou de pouvoir) associé aux attributs et à la position du logement.<sup>(5)</sup> Or, le capital résidentiel renvoie à la notion bien sûr de champ résidentiel et à une idée de hiérarchie résidentielle qui se structure autour de plusieurs valeurs, notamment la valeur relative à celle de la situation géographique du logement — fondée sur l'accessibilité urbaine — et une autre « *valeur d'écart* » fondée sur les caractéristiques du logement lui-même — le type d'habitat (maison ou appartement, jouissance ou non d'un jardin) à savoir l'espace domestique avec toute la protection qu'il procure, le chez soi. Un des intérêts du capital spatial et du capital résidentiel vient du fait que le patrimoine et les compétences d'une part, l'accès à ces valeurs de proximité au centre-ville et de protection d'autre part constituent des ressources inégalement redistribuées au sein des

ménages et donnent une clé de lecture des comportements résidentiels aux différents âges de la vie. Rappelons toutefois que cette échelle de valeur n'est pas forcément partagée par tous et par toutes, qu'elle varie selon l'âge, la composition de la famille, et qu'elle dépend fortement des logiques qui sous-tendent les trajectoires — logique économique, familiale, professionnelle, patrimoniale.<sup>(6)</sup>

**Malgré les limites des valeurs dominantes d'accessibilité et d'écart** qui supposent une hiérarchie résidentielle unique, le recours aux notions de capital spatial et résidentiel peut se justifier dans le cas des personnes âgées. En effet, tout au long de la vie, les individus ont accumulé selon leur trajectoire géographique, professionnelle et familiale un ensemble de ressources matérielles et immatérielles ainsi que des compétences variées quant à la mobilité et la gestion de leur espace. Au seuil de la retraite et de la vieillesse, ils disposeraient ainsi d'un portefeuille spatial constitué de l'ensemble des lieux où ils ont vécu, des réseaux qu'ils ont construits et d'un portefeuille patrimonial qu'ils peuvent reconverter aux différents temps de la vieillesse. Leur expérience résidentielle et familiale, qui diffère selon les générations, leur permet d'avoir une maîtrise plus ou moins grande de leur espace géographique et familial. Les jeunes ou les moins jeunes retraités vont alors mobiliser leur capital spatial et résidentiel et le redéployer de façon à pouvoir garder une maîtrise de leur environnement et faire face au vieillissement. Différents choix vont s'offrir à eux : certains vont échanger la valeur résidentielle d'écart (l'espace, la maison, le jardin) contre une meilleure accessibilité urbaine, quitte à renoncer au statut de propriétaire. D'autres au contraire échangent une centralité pour un logement sécurisé en banlieue (Aouici, Broussard). Dans les termes des échanges, on retrouve d'une part la première valeur dominante constituée par la proximité ou la rapidité d'accès aux centres villes — le capital résidentiel d'accessibilité urbaine, d'autre part une autre valeur dominante que constitue le statut d'occupation où le propriétaire préoccupe une place privilégiée dans la hiérarchie résidentielle (Belorgey, Cusin).

**Selon les individus et leurs histoires**, ces deux valeurs seront recherchées, abandonnées, échangées contre d'autres valeurs résidentielles comme l'accessibilité aux équipements, aux loisirs, ou la proximité d'un membre de la parenté. En effet, pour se rapprocher de la famille, des formes de logement, des attributs du logement seront échangés contre d'autres parfois moins valorisés comme le retour en appartement locatif. La dimension familiale constitue ainsi un élément essentiel pour comprendre le redéploiement du capital spatial et explique une partie des renoncements aux valeurs dominantes, notamment celle de la propriété et de la maison.<sup>(7)</sup> Ces échanges sont aussi un pari sur

l'avenir, sur l'investissement des proches ; certains enquêtés, en effet, vont avoir le sentiment de pas avoir gagné tout à fait dans l'échange, d'avoir surestimé la force de la relation avec l'enfant, le frère, le neveu dont on s'est rapproché.

**À côté de cette logique de sécurisation par la famille**, existe (ou coexiste) la logique de sécurisation de soi<sup>(8)</sup> par un logement plus institutionnel : on renonce à des valeurs et capitaux résidentiels acquis au cours de la vie pour un lieu sécurisé, et parfois une localisation meilleure. Cette logique correspond à la demande de personnes âgées autonomes qui souhaitent garder leur identité résidentielle en habitant un lieu privatisé dans un environnement plus proche du logement ordinaire que d'une collectivité — en particulier les EHPAD dont l'architecture rappelle souvent l'hôpital (Cérèse) — et conserver ainsi leurs capacités à gérer le quotidien tout en pouvant faire face au vieillissement, ce qui pose la question de l'évolution des logements-foyers en résidence-autonomie (Simzac).

**Pour répondre à cette nouvelle demande**, des expériences de type habitat alternatif, habitat autogéré d'aménagement des EHPAD (notamment au niveau de l'architecture) ont pris en considération ces autres valeurs résidentielles que sont la sécurisation et privatisation, la solidarité intra-générationnelle (Rosenfeld, Villez). Ces initiatives se sont produites au début des années 2000, au moment où arrivent à la retraite les générations nées pendant la guerre, les précurseurs du phénomène sociologique du baby-boom. Les interventions sur les habitats alternatifs et l'architecture des EHPAD montrent que ces générations sont à même de négocier leur capital spatial et résidentiel. Elles désirent rester maîtresses de leur destin résidentiel en mesurant les avantages et les inconvénients de ces échanges de capitaux résidentiels. Dans le cas de l'habitat autogéré, elles sont prêtes à renoncer effectivement à leur statut de propriétaire ou locataire en échange d'une solidarité, d'un « *vieillir ensemble* », même si existent des tensions entre autonomie et solidarité, entre groupe et communauté

**C'est également au début des années 2000** que les municipalités commencent à réfléchir à la façon d'adapter l'espace urbain au vieillissement de la population. La démarche des « *Villes amies des aînés* » (Moulaert) peut être vue comme une façon effectivement de préserver le capital spatial des personnes âgées, en les aidant à mobiliser ou à continuer à mobiliser l'ensemble des ressources qu'elles ont accumulées de façon à tirer avantage de la dimension spatiale de la ville mais aussi atténuer les inégalités sociales qui peuvent se creuser en raison de l'inégalité d'accès aux soins selon les territoires (Ramos-Gorand).

**En conclusion**, rappelons que si le capital spatial est une ressource inégalement distribuée selon les classes sociales<sup>(9)</sup> et selon les générations<sup>(10)</sup>, il l'est également selon le genre.<sup>(11)</sup> Les différences de genres sont bien connues en santé, elles le sont beaucoup moins dans les questions de vieillissement de la population et d'habitat. Les travaux futurs devront mieux prendre en compte la dimension genre dans la façon d'aborder l'avancée en âge, qui dépend bien sûr de l'histoire familiale, de la façon même dont on a accompagné ses parents, de l'idée de mémoire familiale, de la façon dont on a vécu son parcours résidentiel, professionnel et familial. Les nouvelles générations féminines de retraitées qui ont connu toutes les transformations de la famille et du marché du travail, et qui souvent ont accompagné leurs parents ou beaux parents âgés, peuvent peser sur les décisions qui seront prises par les couples durant

les années de retraite, notamment si elles disposent de biens propres issus d'un héritage.<sup>(12)</sup> Par ailleurs, elles savent qu'avec l'écart d'espérance de vie, elles ont une grande probabilité de terminer leur vie seule avec des pensions moindres. C'est une des raisons pour lesquelles elles apparaissent plus préoccupées quant à leur propre avenir et négocieront leur capital spatial et résidentiel (Ogg *et al.*).<sup>(13)</sup> Ayant gagné en autonomie, elles seront plus à même de développer, pour faire face aux incertitudes, des stratégies résidentielles en réinventant des modes d'habitats, en pesant peut-être plus sur l'offre de logement avec une demande d'habitats plus diversifiés — domicile proche de la famille, résidence service, habitat alternatif, EHPAD, habitat revisité donc — et ce dans un environnement, dans une ville accueillante aux aînés pour continuer d'être des citoyennes.

- 
1. Rospignoux-Méheust, M. (2015). « L'invention d'un territoire de la vieillesse à Paris au XIX<sup>e</sup> siècle. Construction et expérimentation d'une politique spatiale différenciée de l'assistance parisienne », *Histoire urbaine*, vol. 42, no. 1, pp. 143-161.
  2. Bonvalet, C. (2015). « Les mères des baby-boomers en France », in C. Bonvalet, I. Olazabal, M. Oris (dir.) *Les baby-boomers, une histoire de familles. Une comparaison Québec-France*. Québec, PUQ, pp. 53-82 ;
  3. Bonvalet, C., Ogg, J. (2009). *Les baby-boomers : une génération mobile*. Éditions de l'Aube/Ined.
  4. Lussault, M. (2003). « Spatialité » in J. Lévy et M. Lussault, *Dictionnaire de la géographie et de l'espace des sociétés*. Paris, Belin.
  5. Cailly, L. (2007). « Capital spatial, stratégies résidentielles et processus d'individualisation ». *Annales de géographie*, 654(2), 169-187. doi:10.3917/ag.654.0169.
  6. Authier, J-Y., Bonvalet C., Levy, J.-P. (eds), (2010). *Élire domicile. La construction sociale des choix résidentiels*. Lyon, PUL, 429 p.
  7. Laurent Cailly associe la maison individuelle, le jardin, l'espace domestique à un capital résidentiel d'écart.
  8. Nowik, L., Thalineau, A. (2010). La mobilité résidentielle au milieu de la retraite : un cadre spatial structurant lié à des configurations sociales, *Espace populations société*, n°1, 41-51.
  9. Chauvel, L. (1998). *Le destin des générations. Structures sociales et cohortes en France au XX<sup>e</sup> siècle*. Paris, PUF.
  10. Bonvalet, C. (2007). « Histoire résidentielle d'une génération » in *Les stratégies résidentielles et patrimoniales : vieillissement de la population et logement*, actes du séminaire Patrimoine immobilier et retraite organisé par le Ministère de l'Équipement (PUCA), Paris, La Documentation Française. Bonnet, C., Garbinti, B., Grobon, S., (2017). *Inégalités d'accès à la propriété et de richesse immobilière au sein des jeunes en France, 1973-2013*, Paris, Ined, Documents de travail, n° 234, 34 p.
  11. Bonnet, C., Keogh, A., Rapoport, B. (2013). *Quels facteurs pour expliquer les écarts de patrimoine entre hommes et femmes en France ?* Paris, Ined, Documents de travail, n° 191, 53 p.  
S. Gollac à paraître dans le monde privé des femmes. Ined, 2018
  12. Les générations du baby-boom seront les premières à hériter massivement (Laferrère, 2007).  
Les femmes négocieront alors cet héritage tout comme celui de leur conjoint.
  13. Ogg, J., Bonvalet, C., Gallou, R. (2012). « Patrimoine immobilier et retraite : regard sur les couples », *Retraite et société* n°62, p. 59-78.
-

# EXPÉRIENCES DU VIEILLISSEMENT

## 1. AIDES ET SOCIABILITÉS



**Muriel SAJOUX**

UMR 7324 CITERES CNRS - Université de Tours

## Solidarités familiales et vieillesse dans des pays jeunes. Cas du Maroc et du Sénégal

Pour ma part, je vais vous parler de la situation de deux pays africains, en l'occurrence le Maroc et le Sénégal. Pour commencer, quelques éléments relatifs au continent dans son ensemble. L'Afrique est un continent extrêmement hétérogène sur de multiples plans, et qui va être confronté à de très nombreux défis. Aussi, devrait-on plutôt parler des Afriques. La population de ce continent est la plus jeune de la planète. Les moins de 15 ans y représentant plus de quatre personnes sur dix en 2015. En 2050, ils devraient représenter quasiment un tiers de la population africaine totale.

Il s'agit là d'un des éléments expliquant que les contextes africains sont relativement peu propices à la prise en compte de la vieillesse et du vieillissement par les pouvoirs publics. Les éléments sur lesquels je me suis basée pour préparer cette intervention sont issus de l'analyse de données issues de grandes enquêtes et recensements, mais aussi d'observations de terrain réalisées dans le cadre d'une approche qualitative.

Dans un premier temps, je présenterai un bref cadrage démographique. Puis je montrerai en quoi les solidarités familiales sont indispensables. Pour finir, le caractère polymorphe de ces solidarités sera mis en relief, de même que le fait qu'elles sont parfois aux limites de leurs capacités : toujours très présentes, mais véritablement sous pression à de multiples égards.

### Cadrage démographique sur les réalités marocaines et sénégalaises

Le Maroc est un pays jeune qui va connaître un vieillissement rapide. Au dernier recensement (2014), les moins de 15 ans représentaient 28 % de la population contre 42 % au recensement de 1982. À l'horizon 2050, selon les projections du Haut-Commissariat au Plan, ils devraient représenter un peu moins de 18 % du total de la population marocaine. Quant aux 60 ans et plus, en termes de nombre, ce qui est important

à repérer, c'est que leur effectif va tripler en 35 ans. Leur part relative va quant à elle passer de moins de 10 % au recensement de 2014 à 23,2 % en 2050, soit un niveau comparable à la part relative des aînés dans la population française actuelle. À partir de la fin des années 2030, la part des moins de 15 ans devrait devenir plus faible que celle des moins de 60 ans. Par ailleurs, il devrait y avoir 10 millions d'habitants supplémentaires au Maroc d'ici 2050, ce qui représente une augmentation de la population de 30 %. C'est dans ce contexte démographique global que s'inscrit la question de l'adaptation de la société marocaine au défi du vieillissement à venir.

Le Sénégal est quant à lui un pays très jeune sur le plan démographique, mais qui va connaître une gérontocroissance particulièrement forte. Selon le dernier recensement (2013), plus de quatre habitants sur dix en Sénégal ont moins de 15 ans, soit à peu près la proportion que le Maroc connaissait en 1982, ce qui permet de souligner que ces deux pays ne se situent pas au même stade de transition démographique. Ils ne sont pas non plus dans les mêmes situations socioéconomiques. Pour autant, on va voir qu'il y a une certaine correspondance dans les défis auxquels ils auront à faire face. En termes de projection, en 2050, plus d'un tiers de la population sénégalaise devrait avoir moins de 15 ans. En ce qui concerne la part relative des 60 ans et plus, elle devrait passer de 4,7 % en 2015 à 8,3 % en 2050 (Projections des Nations unies, révision 2017). L'évolution des effectifs de cette tranche d'âge sera par contre spectaculaire : il devrait en effet y avoir un quadruplement du nombre de personnes de 60 ans et plus en 35 ans. Il est de ce fait extrêmement important de ne pas se focaliser sur le seul pourcentage que représenteront les 60 ans et plus, mais bien de prendre en compte la gérontocroissance extrêmement rapide qui s'annonce. Quant à la population sénégalaise dans son ensemble, elle devrait augmenter de 130 % entre 2015 et 2050.

## Des solidarités familiales totalement indispensables

Ces solidarités sont totalement indispensables pour les personnes âgées du fait des déficits de protection sociale. Les chiffres du Bureau International du Travail indiquent que moins de 40 % des personnes âgées perçoivent une pension de retraite au Maroc, et 23,5 % au Sénégal. Toutefois, la seule opposition pensionnés/non-pensionnés ne suffit pas à repérer les situations de vulnérabilité économique. Il y a en effet une très grande variabilité des situations au sein de la population des retraités, avec des montants de pension extrêmement différents. Dans ces deux pays, les systèmes de retraite existants sont des systèmes contributifs de type bismarckien ; de ce fait, la pension perçue dépend de la carrière de l'ex-cotisant devenu retraité. Les inégalités vécues pendant la vie active se reportent très logiquement sur la période dite de retraite. Elle est dite de retraite, mais elle n'en est pas vraiment une, puisque la poursuite d'activité au-delà de 60 ans est très courante, et elle est encore plus forte au Sénégal qu'elle ne l'est au Maroc. Et dans les deux pays, elle est bien plus forte en milieu rural qu'elle ne l'est en milieu urbain, ce qui est à mettre en parallèle avec les différentiels de taux de couverture par une pension de retraite selon le milieu de résidence.

Quant au risque santé, c'est également un risque qui est couvert de manière partielle et différenciée (volet assurantiell/volet assistanciel) au sein des aînés. Il existe par exemple le RAMED, Régime d'Assistance Médicale au Maroc, et le plan Sésame au Sénégal, un plan d'accès aux soins gratuits pour les personnes âgées. Dans les faits, pour les personnes éligibles à ces systèmes-là, non contributifs ou très peu contributifs, il peut toutefois y avoir un reste à charge important supporté par l'aîné et son entourage. De plus, les patients doivent fréquemment faire face à des délais d'attente conséquents pour avoir des rendez-vous dans le secteur public vers lequel il est obligatoire de se diriger pour bénéficier de ces dispositifs.

Les solidarités familiales sont essentielles, indispensables, pour les personnes âgées, en raison des déficits de protection sociale, mais elles le sont également lorsque survient la perte d'autonomie en raison de la quasi-absence d'aïdants professionnels et de structures spécialisées à même d'accueillir les personnes dans ces situations-là. Je préciserai simplement que « vieillir en institution » est quelque chose de totalement inconnu au Sénégal. Au Maroc, « vieillir en institution » reflète une extrême précarité sociale, une situation de très grande exclusion, et ne concerne que bien moins de 0,1 % de l'ensemble des 60 ans et plus.

Il est par ailleurs essentiel de prendre en considération le fait que les solidarités familiales sont également indispensables pour les jeunes du fait du chômage très important et de la précarité qu'ils connaissent. Sur le plan financier, les jeunes peuvent être dans bien des cas les bénéficiaires principaux des solidarités familiales, notamment à travers les situations de cohabitation. Au Sénégal, nombre de personnes âgées se trouvent dans une situation de désespérance et ont le sentiment d'avoir en quelque sorte investi à perte dans leurs enfants. Ils ont en effet bien souvent fait des sacrifices pour permettre à leurs descendants de faire des études ; or ces derniers se retrouvent sans emploi ou en emploi très précaire. De ce fait, il n'y a pas le retour sur investissement qui, très logiquement, était attendu par les parents devenus âgés.

## Des solidarités familiales polymorphes et parfois aux limites de leurs capacités

Ces solidarités sont organisées sur des bases qui recèlent en elles-mêmes des fragilités potentielles. Les solidarités familiales envers les aînés sont actuellement globalement fortes, certes. Au Maroc, l'enquête nationale sur les personnes âgées de 2006 a permis d'établir que les solidarités familiales sont très présentes. Elles prennent diverses formes, qu'il s'agisse de cohabitation intergénérationnelle, de soutien matériel, de soutien financier. Donc, elles sont présentes. Mais si elles sont bien présentes, elles sont néanmoins en évolution. Il y a notamment quelques éléments mettant en évidence le déclin progressif de la cohabitation intergénérationnelle. De manière générale, les solidarités familiales destinées à soutenir les aînés reposent sur la participation d'un grand nombre de personnes appartenant au réseau familial, ce dernier étant encore plus grand, en moyenne, au Sénégal qu'au Maroc.

Il y a bien souvent dans les discours une idéalisation de la solidarité familiale, une sacralisation de la notion de piété filiale. Mais en même temps, les aspirations des individus évoluent, tant du côté des jeunes que des aînés. Il y a ainsi plusieurs points qui imposent de relativiser le schéma idéal de solidarités familiales jouant à plein leur rôle de soutien. Ainsi par exemple, derrière des situations de cohabitation intergénérationnelle, il peut y avoir des tensions voire des conflits au sein du ménage. Il peut également exister chez certaines personnes âgées un sentiment d'isolement alors même qu'elles sont entourées sur le plan résidentiel. Lorsqu'il y a des situations de mobilité résidentielle de parents âgés qui ont été encouragés par leurs enfants à venir habiter chez eux, à quitter leur maison familiale voire leur région d'origine, certaines aînés peuvent se sentir déracinés.

Et puis, il y a aussi, dans un contexte de déficit de protection sociale et de moyens limités, un partage des ressources qui peut être problématique au sein du ménage. Donc, je dirais que la taille actuelle des familles permet une répartition des tâches et des rôles. Chacun va donner soit du temps, soit de l'argent, mais chacun va contribuer en général. Le poids de la prise en charge de l'aîné, du soutien qui lui est apporté, est de ce fait réparti, ce qui soulage d'autant individuellement chacun des membres du réseau familial. Mais demain, une telle organisation sera nettement moins envisageable et nettement moins opérante en raison de la taille des familles qui sera plus restreinte mais aussi en raison des évolutions des aspirations des individus et de la complexification des contraintes auxquelles ils seront confrontés.

Un autre élément préoccupant réside dans la quasi absence de relais professionnel pour faire face aux situations de dépendance. De ce fait, lorsque l'aide fournie au quotidien à l'aîné dépendant provient d'un seul aidant, un risque d'épuisement apparaît. Par ailleurs, même si ces situations sont relativement peu fréquentes, il peut y avoir des configurations où, pour des raisons diverses, des personnes âgées ont à faire face à une absence totale de réseau familial ou à une absence de réseau familial mobilisable.

Les familles sont aujourd'hui fortement sollicitées dans la vieillesse, mais les solidarités qui en résultent se mettent en œuvre de diverses manières. Elles s'entrecroisent, elles s'articulent les unes avec les autres, mais il n'est pas rare qu'elles soient aux limites de leurs capacités. Ce constat est d'autant plus préoccupant que les évolutions démographiques à venir vont renforcer la pression qui pèsera sur les familles. Une des questions majeures qui doit être abordée est celle de la couverture du risque santé qui influe fortement sur le niveau de contrainte auquel les familles auront à faire face. La question de la prise en charge de la dépendance constitue par ailleurs un nouveau défi.

Il apparaît ainsi urgent de développer, d'inventer ou de renforcer des dispositifs à même de consolider les relations intergénérationnelles pour leur permettre de perdurer et de s'adapter aux différentes évolutions en cours. Au regard de nombre d'études portant sur ces deux pays, la situation actuelle en matière de santé et de qualité de vie de nombreux aînés fait apparaître des inégalités marquées et des inquiétudes. Les évolutions démographiques à venir imposent de trouver des pistes d'amélioration possibles dès lors que l'on souhaite éviter que ces inégalités s'aggravent fortement dans les toutes prochaines décennies.

### Références bibliographiques

Sajoux, M. (2018). "From multifaceted transition to accelerated ageing: Morocco at the dawn of a new era", in Thierry Blöss Ed. (in coll. with I. Blöss-Widmer, E. Ambrosetti, M. Pagès, S. Oliveau), *Ageing, Lifestyles and Economic Crisis: The New People of the Mediterranean*. Routledge, 65-81.

Sajoux, M., Amar, M. (2018). "Family solidarities and old age in Morocco: Realities and issues", in Thierry Blöss Ed. (in coll. with I. Blöss-Widmer, E. Ambrosetti, M. Pagès, S. Oliveau), *Ageing, Lifestyles and Economic Crisis: The New People of the Mediterranean*, Routledge, 149-162.

Sajoux, M., Macia, E. (2017). « Hétérogénéité territoriale des vieillissements en Afrique : approche globale et études de cas au Sénégal ». *Retraite et société*, n°76, 89-114.

Sajoux, M. (2015). « Penser les vieillesse à l'aune des diversités africaines ». *Mondes en développement*, 2015/3 (n°171), p. 7-10. <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2015-3-page-7.htm>

Sajoux, M., Golaz, V., Lefèvre, C. (2015). « L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées ». *Mondes en développement*, 2015/3 (n° 171), p. 11-30. <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2015-3-page-11.htm>

Sajoux, M., Amar, A., Ka, A. (2015). « Vieillir au Maroc, vieillir au Sénégal : ressemblances et dissemblances ». *Mondes en développement*, 2015/3 (n°171), p. 99-116. <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2015-3-page-99.htm>

Sajoux, M., Amar, M. (2015). « Vieillesse et relations familiales au Maroc. Des solidarités fortes en proie à des contraintes multiples », in L. Nowik et B. Lecestre-Rollier (dir.), *Vieillir dans les pays du Sud. Les solidarités familiales mises à l'épreuve du vieillissement*. Paris, Karthala, p. 187-209.



**Fatoumata HANE**

*Université Assane Seck de Ziguinchor*

## Vieillir en contexte de migration, vieillir chez soi : mobilités Nord/Sud des personnes âgées

Je vais parler des migrants et de la manière dont on vieillit en contexte de migration. En tant que socioanthropologue, je me suis intéressée aux personnes âgées sénégalaises, dans le cadre d'un projet comparatif entre les Sénégalais, les Marocains et les Libanais habitant à Marseille. Rappelons que ce qui nous intéresse, c'est la manière dont les parcours de vie déterminent la manière de vivre le vieillissement, ce sont les effets de contexte, comment ils influencent finalement les modalités du bien vieillir dans des contextes de migration. Il y a un parallèle entre le vieillissement et la migration, parce que justement quand on parle de vieillissement, on considère que c'est à la fois un processus individuel et collectif. De la même manière, la migration aussi, en Afrique, en tout cas au Sénégal, est vécue à la fois comme un processus individuel, puisqu'il engage d'abord un individu, mais derrière cette migration individuelle, il y a tout un collectif, parce que tout simplement la personne qui migre appartient à une communauté, et son projet migratoire s'inscrit dans une dynamique collective ou son parcours migratoire aidera d'une certaine manière à améliorer les conditions de vie de ceux qui restent. Il est classique de rappeler que la population sénégalaise se caractérise par des phénomènes migratoires importants, à la fois des formes de migration internes et internationales, particulièrement en France.

**La migration sénégalaise à Marseille** a débuté au XIX<sup>e</sup> siècle. En 2007, les Sénégalais présents à Marseille étaient au nombre de 1 000. La migration est un phénomène qui engendre un certain nombre de modifications sur les modes de vie, sur l'alimentation, sur la sédentarité, etc. Sur le plan de la santé, on connaît les effets des transformations des modes de vie sur la prévalence, notamment des pathologies. L'hypothèse faite est que la population sénégalaise qui est génétiquement homogène, si on reste sur une définition d'anthropologie physique, se prête à l'analyse de l'étude de l'influence de l'environnement sur les modes de vie et sur la qualité de vie.

Le vieillissement, tout comme la migration, apparaissent finalement comme des phénomènes assez complexes. L'intérêt de ma recherche a été de voir comment, à partir d'une approche socioanthropologique, on peut croiser ces deux thématiques. Cela permet d'étudier les relations de dépendance et les jeux de reconnaissance qui s'instaurent entre les générations en contexte de migration, si on part du postulat que derrière le vieillissement tout comme derrière la migration, se jouent des formes de solidarité familiale inter/intra-générationnelle, etc.

**La démarche proposée** est classique en anthropologie sociale et faite d'entretiens semi-directifs, d'observations dans des lieux de vie, dans des espaces publics. À ces entretiens, s'est ajouté un questionnaire plutôt quantitatif, avec des mesures anthropométriques et des entretiens qui ont été traités manuellement par analyse de contenus, et des questionnaires par régression linéaire.

**La discussion traite d'abord des effets du vieillissement sur le projet migratoire.** Les personnes que j'ai rencontrées sont passées d'une migration de travail à une migration sociale. Même si ce n'était peut-être pas le projet initial particulièrement pour les femmes qui étaient venues dans le cadre du regroupement familial, et qui finalement ont commencé à travailler, notamment dans le domaine des services. Et donc, finalement, quand on arrive à la retraite, qui est apparue dans les enquêtes comme le point de rupture, le point de basculement, les expériences subjectives du vieillissement font ressortir à la fois des personnalités, des identités culturelles et des séquences générationnelles intéressantes à analyser. À ce stade-là, la migration est pensée comme temporaire, bien que les personnes soient présentes depuis plus de 30 ou 40 ans sur le territoire français et pensent qu'un jour ou l'autre elles vont devoir rentrer. Mais parce que pendant un moment, on se dit que : oui, je reste quand même parce que je travaille, je reste parce

que les enfants sont encore petits, etc. Et au moment de la retraite, on est dépossédé de tout cela. Il y a la perte de tous ces rôles-là, et une redéfinition en fait du rôle d'éducateur, la perte des ressources économiques, etc. L'histoire migratoire va se redéfinir et va être ponctué par des allers-retours entre la France et le Sénégal. Et ces allers-retours apparaissent donc comme finalement une quête de jouissance des opportunités qu'offre l'entre-deux : ne peut pas être ici et ne pas être là-bas non plus.

**Tout cela se justifie d'une certaine manière.** Les entretiens font ressortir différents facteurs notamment l'importance des politiques de prise en charge sociale et sanitaire, et surtout les modalités de prise en charge économique prenant la forme d'aides diverses, de pensions de retraite, même si elles ne sont pas importantes ; étant donné que dans les pays d'origine l'assistance publique n'existe pas vraiment. Dans le même temps avec ce phénomène d'allers-retours entre ceux qui habitent ici et les autres, on voit émerger un nouveau phénomène de migration tardive et temporaire des personnes âgées. C'est un phénomène qui émerge de plus en plus. Des personnes âgées dont les enfants sont installés à Marseille vont migrer à un âge tardif. On a la perception que ce sont les jeunes qui migrent mais il y a le mouvement inverse qui est à noter, parce que tout simplement ils ont besoin de leurs parents qui vont leur apporter du soutien, pour pouvoir s'occuper des enfants ou encore se faire soigner. Et cette forme de migration est valorisée et valorisante, au Sénégal en tout cas, parce qu'elle traduit à la fois l'intégration et la réussite des enfants, et va être interprétée comme un capital symbolique et une forme de reconnaissance sociale plus importante.

**Pour ceux qui sont restés** (on parlait précédemment des facteurs d'attrait), on s'est rendu compte à travers l'enquête, que la disponibilité de l'offre de soins n'est pas gage de prise en charge effective chez les migrants. Il apparaît que 60 % des personnes enquêtées souffraient d'hypertension artérielle méconnue et mal suivie. Ça veut dire tout simplement que le choix des recours thérapeutiques est guidé par l'accessibilité supposée ou réelle du médecin, par rapport à la langue, par rapport à la connaissance des pathologies tropicales. Alors, on va voir un médecin qui aurait séjourné deux jours au Sénégal et qui est supposé connaître. On va voir le médecin du quartier qu'on connaît depuis 40 ans éventuellement sur recommandation d'un membre du groupe social d'appartenance.

**Et là, se pose la question de l'intégration.** Quand on a passé autant d'années dans un pays, on se dit que finalement on a

quand même maîtrisé certains codes. Mais en réalité, il est clair que ce que l'on voit, c'est une forme de déconnexion institutionnelle qui se traduit par un accès limité aux ressources, et que finalement en écoutant les communications de ce matin, notamment sur le recrutement dans les institutions fondées sur les classes d'âge, je m'interrogeais sur la place de cette catégorie de migrants. Et c'est peut-être ce qui explique que l'entrée en institution n'est pas envisagée. En tout cas dans les discussions, elle n'apparaissait pas clairement comme un choix. Et inversement, le paradoxe, c'est que c'est là où il n'y a pas d'institution, comme au Sénégal, les gens voudraient bien aller en institution. Et donc, ceux qui font le choix de rester en France vont vivre dans des conditions relativement acceptables et sont régulièrement visités, alors que d'autres se retrouvent dans des situations d'exclusion sociale ou d'isolement. Et tout ceci est à lier avec le parcours professionnel et les types de relations entretenues avec la communauté d'appartenance pendant le séjour. Cela veut dire que ceux qui vont être les plus isolés, les plus exclus, c'est ceux qui ne fréquentaient pas réellement en fait la communauté, ou qui avaient très peu de relations et d'attaches dans le monde du travail.

**Parmi les points de rupture spécifiques,** il y a effectivement les mauvaises conditions de logement liées au faible niveau de revenus, qui viennent se superposer à des contraintes exacerbées par le détachement du monde du travail. Les réseaux construits ne pouvaient exister ou se maintenir que parce que justement on était collègues, pour reprendre un terme assez classique. Quand on parle d'ami à Marseille, on parle de collègue, mais en réalité, cela traduit d'une certaine manière le fait que les liens sont assez tenus et se cassent rapidement. Abdelmalek Sayad parlait à ce propos de la mystification de l'immigré. E. Temime qui reprend ce thème en disant qu'on y échappe tout naturellement lorsque s'établissent durablement, lorsque se rompent, les uns après les autres, les liens qui rattachent à la condition d'origine, lorsque les liens familiaux se distendent. On y échappe aussi plus simplement quand on perd cette condition de travailleur.

**Sur cette question de l'intégration,** on a voulu montrer qu'au moment de la retraite, les réseaux de solidarité et de sociabilité s'effritent parce que basés sur la condition de travailleur avec un certain pouvoir économique, et on observe des codes non maîtrisés ou des capacités limitées. C'est là où justement on fait appel à des formes de solidarité ou à son capital migratoire, c'est-à-dire la capacité à migrer et à faire migrer. Et donc, je passerai l'exemple de cette dame qui a pu, grâce à ce capital et ne pouvant pas accéder en institution, faire migrer sa nièce qui s'occupe d'elle parce

qu'elle est à mobilité très réduite. Et comment finalement dans ces contextes-là recréer du lien social ?

C'est l'investissement dans les associations religieuses ou culturelles où des formes de sociabilité primaire sont encore maintenues. On investit des lieux publics où les compatriotes sont des vendeurs à la sauvette, habitant dans les quartiers nord, donc assez éloignés du centre-ville. On ne peut pas dire le cours Belsunce est un quartier africain, mais quand même, il y a des lieux de "commerce" où les Sénégalais se retrouvent. Et donc, on va passer la journée dans ces lieux-là pour pouvoir discuter un peu, puisque c'est rencontrer du monde. Et d'autres personnes se reconvertissent aussi dans le commerce de produits entre Marseille et Dakar, et ceux qui font justement ces allers-retours-là adoptent cette forme de reconversion.

**Pour terminer**, je dirais donc que les modes de vie des Sénégalais âgés de plus de 55 ans à Marseille, sont marqués par une forme de migration alternative du fait des allers-retours, mais c'est surtout qu'ils se situent dans un registre de double référence identitaire et culturelle, parce que paradoxalement ils vont se sentir doublement valorisés au Sénégal parce que tout simplement la migration est perçue comme un signe de réussite sociale, et par leur pouvoir économique, mais complètement déclassés et isolés quand ils sont en France.



**Marie MERCAT-BRUNS**

*LISE, CNRS, CNAM Paris et Professeure Affiliée à l'École de droit de Sciences Po*

## Violences économiques et personnes âgées : des nouvelles figures en droit ?

En tant que comparatiste, il m'a semblé intéressant de réfléchir aux violences économiques que peuvent subir les personnes âgées. Comme je fais beaucoup de comparaisons avec les États-Unis, il existe des arrêts relatifs aux personnes qui font l'objet de violences économiques parce qu'ils sont surendettés ou parce qu'ils sont sous un régime de protection. Il y a pléthore d'études sur le sujet aux États-Unis. Il semble opportun d'avoir une visibilité de cette question en France, en sachant qu'il y a beaucoup de contentieux sur les tutelles. Pourtant on n'appréhende pas en France toutes les situations qui augmentent les risques de violences économiques du point de vue juridique. Ma démarche est davantage celle de proposer une grille d'analyse nouvelle et des pistes dans le cadre français, en sachant que j'ai monté une clinique d'accès aux droits à l'École de droit de Sciences Po, qui permet de rendre visible, effectivement, les situations de détresse économique des personnes âgées. Et donc, l'idée serait de poursuivre avec une recherche sur deux ans avec des étudiants, sur tous les cas de personnes âgées qu'on retrouve en lien avec des associations qui luttent contre le surendettement et les Maisons du droit et de la Justice.

**La violence économique** est peu parlante s'agissant des personnes âgées, dans des hypothèses comme celle de Madame Bettencourt effectivement qui était une des femmes les plus riches de France. Et en même temps, on a des discours assez virulents sur « *le destin des générations* » du sociologue Louis Chauvel, sur le fait que certaines générations à la retraite ont profité et aujourd'hui sont gagnantes par rapport aux plus jeunes en raison des années de boom économique (trente glorieuses). Donc, le discours du clivage économique par cohorte générationnelle est très fort. À l'inverse, la violence économique des personnes âgées est tout de même parlante, parce que 10 % des personnes pauvres sont âgées ou vivent avec moins de 1 000 € par mois.

Et même si l'instauration du minimum vieillesse a permis de réduire ces inégalités, il y a encore beaucoup à faire. J'ai voulu cartographier les mesures juridiques qui permettent d'essayer de voir quelles sont les figures du droit prenant en compte les risques de violences économiques envers les personnes âgées. C'est la situation contractuelle qui induit les droits et obligations économiques.

### **Il existe des figures traditionnelles de ces mécanismes.**

Certains mécanismes sont connus, qui sont liés à la protection des majeurs, d'autres liés au surendettement, et d'autres liés tout simplement aux figures contractuelles (I). Et puis, il y en a d'autres récemment qui peuvent être intéressants (II) puisqu'il y a eu la réforme du droit des contrats (Ordonnance de 2016) qui prend en compte la violence économique à l'encontre du contractant comme vice du consentement et abus de dépendance économique. Et en même temps, il existe des nouvelles figures comme la non-discrimination fondée sur la vulnérabilité économique qui existe aujourd'hui depuis la loi du 24 juin 2016 n° 2016-832, l'interdiction des discriminations fondées sur l'âge, qui peuvent être finalement utilisées pour lutter contre certaines formes d'exclusion.

**Une remarque supplémentaire** : je ne vais pas parler du droit pénal, de l'abus de faiblesse, je vais vraiment me situer dans une perspective contractuelle et évoquer plutôt le consentement et la capacité. Ce qui est intéressant, c'est de voir qu'en matière contractuelle, civile, le risque de violence est ordinaire, une violence en fait assez sournoise, une manifestation quotidienne finalement... Et si on reprend la définition du Larousse, « *La violence est la contrainte physique ou morale exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte* ». Dans le code civil, aujourd'hui, depuis la réforme de 2016, la violence est encore plus contextualisée : « *La violence, c'est lorsqu'une partie s'engage*

*avec la crainte d'exposer sa personne, sa fortune ou celle de ses proches à un mal considérable* » (art. 1140 C Civ).

Donc, en fait, ça peut toucher une personne autant que ses biens, le contractant et ses proches. Cette nouvelle définition concerne la personne et l'ensemble des proches de son entourage, et pas seulement l'époux. On parlera un peu plus tard de la conséquence de ces violences et de la gravité de cette violence et de la nature de cette violence. On évoque les personnes âgées, mais cela touche à la fois les personnes de plus de 50 ans et bien sûr le quatrième âge à domicile et en institution, même si on sait que dans les établissements, les personnes sont tout de même exposées, même s'il y a aussi des incapacités de jouissance, puisqu'on n'a pas le droit de faire des cadeaux aux personnes qui travaillent dans les établissements ou soignent en fin de vie.

**Donc, dans une première partie,** on envisagera la question de la logique de protection traditionnelle vis-à-vis des personnes âgées. C'est une logique de vulnérabilité plus qu'une logique de violence économique à proprement parler, en raison du statut de la personne.

**Dans la deuxième partie,** on évoquera l'émergence d'une nouvelle logique qui se situe au niveau du consentement des parties, puisqu'on a adopté avec la réforme le terme de violence économique dans le droit des contrats liée à l'état de dépendance économique. Le fait qu'il existe aussi de plus en plus l'affirmation des droits fondamentaux avec un aménagement de la charge de la preuve de la discrimination lorsqu'on refuse un contrat à une personne plus âgée (depuis Loi de modernisation de la justice 2016) ; or cette atteinte à la personne est indifférente à la question de la capacité et du statut de la personne, envisagée dans la première partie de notre propos. En même temps, et je terminerai dans la deuxième partie sur une nouvelle figure de protection pour aujourd'hui, alléger les procédures, les mesures de protection pour les personnes âgées. L'habilitation familiale qui est une forme de représentation beaucoup plus souple avec malheureusement très peu de suivis de la personne et expose les personnes à davantage de violences économiques.

### Violences économiques et figures traditionnelles d'une protection des personnes en raison de leur statut :

Il existe deux cas de figures : soit par anticipation l'on tient compte de la vulnérabilité de la personne qui n'est pas forcément liée à l'âge, soit *a posteriori* on protège le débiteur qui peut être âgé.

### Personnes âgées capables et vulnérabilité de la personne protégée par son statut de consommateur :

La protection traditionnelle des parties exposées à la violence économique, est dans le statut du consommateur. C'est un encadrement de la liberté contractuelle. On cherche une sécurité juridique des parties. Grâce à ce qu'on appelle « *le formalisme informatif* », on cherche à permettre certaines informations dans le contrat et on cherche à permettre aux consommateurs de pouvoir se rétracter dans des situations où il sent qu'il a été engagé un peu par force (V Code de la consommation, Com 28 avril 2009 n° 08-11616 ; art. L 121-19 C Consom).

Donc, je voulais juste rappeler qu'il existe toutes sortes de mesures pour mettre des mentions obligatoires dans des contrats de cautionnement, des droits de rétractation dans les contrats à distance, des documents précontractuels d'information dans les contrats d'assurance, des délais de rétractation dans le cadre du démarchage à domicile qui a été allongé en 2014 à 14 jours et des possibilités aujourd'hui maintenant d'action de groupe depuis la loi de 2014, qui permettra peut-être de faire face aux clauses abusives. D'ailleurs, il faut rappeler que même dans les règlements intérieurs de maison de retraite, il peut y avoir des clauses abusives. On a aussi depuis l'Ordonnance de réforme du droit des contrats de 2016, une obligation de renseignement du consommateur qui va assez loin puisqu'elle dit : « *Celle des parties qui connaît une information dont l'importance est déterminante pour le consentement de l'autre doit l'en informer dès que... dès lors que légitimement, cette dernière ignore cette information ou fait confiance à son cocontractant* » (Art 1112-1 C Civ). Il n'y avait pas une obligation de renseignement aussi claire dans le code civil, sauf que le problème encore, et c'est toujours qu'il incombe à celui qui prétend qu'une information lui a été due, de prouver que l'autre partie la lui devait à charge pour cette autre partie de prouver qu'elle l'a fournie. Et c'est bien le problème des personnes âgées souvent. D'abord, elles ne connaissent pas toujours le droit et puis elles n'ont pas toujours gardé finalement les éléments qui permettraient de prouver qu'elles n'ont pas obtenu les informations voulues, surtout face à des stratégies d'agression publicitaire ou stratégies commerciales qui s'approchent du harcèlement.

### Personnes âgées capables, consentement vicié par la violence et protection de la victime du préjudice :

La deuxième figure du droit qu'on voit, donc traditionnellement, c'est lorsque les personnes âgées sont capables et que leur

consentement était vicié par la violence entraînant la nullité du contrat (art. 1140-1142 C Civ). Ce n'est pas encore la violence économique (abus de dépendance économique, ni dans le sens de la nécessité économique), mais une situation où effectivement on met une contrainte morale envers la personne pour contracter sur le plan notamment économique. Elle est dans une situation isolée et peut-être dans le milieu rural ; elle est influencée pour conclure un contrat. Ce qui est intéressant, c'est qu'en fait, l'âge peut être pris en compte comme facteur psychologique pour montrer une sorte de vulnérabilité exacerbée puisque cette crainte doit être appréciée, in concreto en fonction de l'âge, du sexe et de la condition, explique la jurisprudence. Donc, c'est une façon de pouvoir apprécier au cas par cas si la violence a été déterminante du consentement, si elle a revêtu un caractère abusif ; situations qu'on pourrait observer de façon empirique dans les permanences de la clinique (en Maisons du droit).

### La situation du majeur incapable comme écran :

Troisième situation, c'est celle du statut du majeur incapable. L'âge peut entraîner une altération des facultés mentales et des exploitations financières ou des détournements de fonds de personnes âgées ; l'avantage de pouvoir annuler tout acte du majeur sans les autorisations requises. Elle permet de voir le déséquilibre contractuel économique, la maltraitance économique. C'est le cas classique de la protection des incapables majeurs. Alors ici c'est plutôt la vulnérabilité qui est prise en compte et pas l'âge. Puisque depuis la loi de 2007, l'âge n'est pas une cause automatique d'affaiblissement de l'altération des facultés mentales, ce n'est pas inscrit dans la loi qui permet d'annuler certains actes des majeurs sous tutelle ou curatelle sans autorisation ou contreseing selon le cas (lésion si sauvegarde de justice aussi).

### La protection des débiteurs âgés :

Par ailleurs, il existe bien sûr la protection des débiteurs âgés. Et aujourd'hui, on peut bien noter que le surendettement est devenu une forme de violence économique. Plus de 23 % des surendettés sont des personnes âgées, les études le montrent (voir les rapports Association Cresus), à cause d'une baisse du pouvoir d'achat mais aussi de l'allongement de la vie. Le soutien financier aux enfants et aux petits-enfants est source de crédits et aussi de crédits à la consommation. Et ce qui est intéressant, c'est que l'âge peut être pris en compte par les commissions de surendettement parce qu'elles regardent finalement la bonne foi du surendetté et puis elles observent en fait que, bien sûr, les retraités notamment ne vont pas avoir de nouvelles sources de revenus. La loi de

modernisation de la justice de 2016 apporte des évolutions majeures de la procédure de surendettement, au-delà de la question complexe de l'obligation alimentaire entre générations. C'est une vraie question aujourd'hui, il y aurait une étude juridique plus fine à faire sur le surendettement des retraités et des personnes âgées.

Donc, pour finir, j'aimerais revenir sur ce que je pense être l'évolution des nouvelles figures du droit pour faire face à la violence économique des personnes âgées par l'émergence des droits fondamentaux en droit contractuel et les mécanismes pour sauvegarder les majeurs capables vulnérables par l'habilitation.

### Violences économiques et figures nouvelles du droit ? Des logiques en tension

Je vois finalement des logiques en tension. D'un côté, on voit dans les évolutions du droit civil une prise en compte plus forte de la violence économique. Mais c'est plutôt la violence économique qui est exercée par rapport aux sociétés, personnes morales plutôt qu'aux personnes physiques. La réforme du Code civil qui a été votée n'a finalement pas tenu compte de la violence économique des personnes physiques, même si on peut peut-être adopter une interprétation plus large plus tard. Et il y a eu une volonté aussi de prendre en compte les droits fondamentaux des personnes âgées en matière contractuelle, puisque depuis la loi de modernisation de la justice, en matière civile, on peut dénoncer la référence au critère prohibé de l'âge lorsqu'il y a un refus de contracter, avec une personne d'un certain âge, et pas seulement poursuivre sur le plan pénal. On va pouvoir utiliser l'aménagement de la charge de la preuve dans les situations de contrat d'assurance, de contrat de prêt où l'on refuse de contracter juste à cause de l'âge du contractant. Auparavant, avec le pénal et la présomption d'innocence, il n'y avait pas d'aménagement de la charge de la preuve en faveur du contractant âgé lésé. Enfin ont surgi de nouvelles mesures d'accompagnement des personnes handicapées (habilitation familiale) pour les personnes hors d'état de manifester leur volonté.

### Nouvelles figures du consentement nié en cas d'abus de dépendance économique :

On voit effectivement qu'il y a maintenant également dans l'article 1143 C Civ, il peut aussi exister « une violence économique... lorsqu'une partie abusant de l'état de dépendance dans lequel se trouve son cocontractant obtient de lui un engagement qu'il n'aurait pas souscrit en l'absence

*d'une telle contrainte et en tire un avantage manifestement excessif* ». Ce texte, en fait, à l'origine, il devait être rédigé différemment : « *Lorsqu'une partie abuse de l'état de nécessité (pas dépendance)...* » et pour moi, c'était plus la prise en compte d'une personne physique et cette partie « *l'état de nécessité* » a été enlevée du projet de réforme du code civil. Le texte poursuivait « *...état de nécessité dans lequel se trouve l'autre partie pour obtenir un engagement que celle-ci n'aurait pas souscrit si elle ne s'était pas trouvée dans cette situation de faiblesse* ». On a préféré prendre en compte non pas la situation de la partie contractante (personne âgée ?) et mais déséquilibre économique entre deux parties contractantes. Ce nouvel article va tenir compte par exemple de sociétés sous-traitantes qui sont sous emprise économique de sociétés plus grosses qui dominent le rapport contractuel ; il y aura alors possibilité d'annuler une transaction à raison de la contrainte économique dont la société plus faible a été victime). On a enlevé cette idée de « *nécessité économique* » des personnes puisqu'on s'est dit qu'avec la violence morale (déjà traitée de l'article 1140), on pourrait traiter des cas où les parties seraient dans un cas d'abus de faiblesse en matière civile. Certains estiment pourtant que l'état de dépendance, interprété de façon plus large, pourrait éventuellement couvrir dans l'avenir l'état de dépendance économique capitalistique, juridique, technologique...

### Nouvelles figures du droit des personnes contractantes discriminées en raison de leur contrat :

Il existe de plus en plus de cas devant le Défenseur des droits où il y a des refus de prêt en raison de limites d'âge arbitraires pour les personnes de plus de 75 ans. Le Défenseur prend alors acte de l'engagement de l'établissement de crédits de supprimer les limites d'âge dans ses procédures d'octroi de prêt personnel. On aura à mon avis de plus en plus de décisions dans ce sens grâce à l'aménagement de la charge de la preuve déjà mentionné pour la preuve de la discrimination fondée sur l'âge en matière civile (loi de modernisation de la justice 2016). C'est le contractant mis en cause qui devra justifier objectivement la référence à l'âge sinon il aura à modifier le contrat et accorder des dommages-intérêts.

### Une nouvelle figure de l'incapacité moins contrôlée et facilitée : les risques de l'habilitation

Je trouve qu'il y a un assouplissement, une volonté de simplification des procédures de protection des personnes en situation d'incapacité, et cela pourrait exposer les

personnes âgées à plus de violences économiques.

J'en veux pour preuve la nouvelle habilitation familiale, nouvelle figure de la protection plus souple qui a été votée par la loi du 15 octobre 2015. Elle peut être ordonnée par le juge des tutelles en cas de nécessité lorsqu'il ne peut être suffisamment pourvu aux intérêts d'une personne qui se trouve hors d'état de manifester sa volonté par l'application des règles du droit commun de la représentation. Cette demande peut être faite par le conjoint, les ascendants, descendants, pacsé, concubin, frères et sœurs. Il s'agit donc d'une représentation simple, sans suivi, possible sur dix ans et même renouvelable à 20 ans sans compte-rendu financier obligatoire au juge des tutelles. Ce n'est pas un système d'accompagnement qu'on trouve aux États-Unis où la personne préserve sa capacité et bénéficie d'une prise de décision soutenue, accompagnée (supported decisionmaking). À l'inverse, aux États-Unis, par ce mécanisme, on préserve la capacité et l'entourage accompagne le majeur. En France, si la personne fait un acte sans l'autorisation du protecteur qui a l'habilitation, l'acte sera nul. Donc, on est bien sur une restriction de la capacité. En outre, en termes de suivi, les mécanismes de contrôle de la tutelle et de la curatelle n'existent plus. On pourra sans doute saisir le juge, mais rien n'est prévu dans la loi. Ce genre de mécanisme souple pour les familles ne me semble pas aller dans le sens d'une protection contre la violence économique interne inhérente à certaines familles.

Finalement, lorsqu'on regarde l'ensemble des mesures contre la violence économiques (anciennes et nouvelles), il y a un manque de cohérence entre : les mesures nouvelles sur la violence économique, plutôt pour les sociétés (personnes morales) en dehors de celles qui protègent le consommateur, la contrainte morale et les proches (art. 1140), les mesures pour renforcer les droits fondamentaux (non-discrimination fondée sur l'âge dans les contrats) qui assurent une certaine dignité économique par le contrat comme lien social et économique et enfin les mesures d'assouplissement de représentation qui peuvent exposer la personne âgée. Serait-il au Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge prévu par la loi d'adaptation de la société au vieillissement de créer une cellule de veille sur la violence économique ? Il manque finalement une vision d'ensemble et une coordination des instruments juridiques agissant sur la violence économique à l'encontre des personnes âgées.

Merci beaucoup.

# EXPÉRIENCES DU VIEILLISSEMENT

## 2. CORPS ET MALADIE



**Aline CHAMAÏAN**  
CeRIES, Université de Lille

# Vivre et vieillir avec la maladie d'Alzheimer

Retranscription du support de l'intervention

## 1. Vivre avec la maladie d'Alzheimer : une approche sociologique et compréhensive

### Une recherche doublement originale

- Une enquête auprès de malades d'âge différents
- Les personnes malades au cœur du protocole d'enquête

### Une perspective de sociologie compréhensive :

- Faire le « pari du sens »
- Prendre au sérieux le discours des personnes malades pour saisir comment elles définissent la situation
- La maladie d'Alzheimer : une épreuve identitaire et familiale

## 2. Une méthodologie située du côté des personnes malades d'Alzheimer

### Présentation de l'échantillon qualitatif

- 27 personnes malades diagnostiquées et informées du diagnostic - MMS  $\geq$  20/30
- 11 femmes et 16 hommes âgés de 52 à 92 ans
- Demeurant à domicile
- Répartition sur l'ensemble des couches sociales
- Situation d'activité
  - Encore actifs (2)
  - activité professionnelle interrompue (6)
  - retraite depuis plusieurs années (19)
- Situation familiale et conjugale
  - Personnes vivant en couple (17)
  - personnes veuves (6)
  - personnes vivant seule ou en cohabitation avec un enfant (4)

### Une posture compréhensive de « réduction de la distance »

## 3. Les quatre enjeux de l'épreuve du vieillir avec la maladie d'Alzheimer

### Vivre la maladie au quotidien, entre déprise et maintien de prises

- Le phénomène de déprise apparaît plus particulièrement dans certains domaines d'activités comme la lecture
- À travers ces reconversions, l'enjeu est de « tenir » sur des activités importantes aux yeux des personnes
- Les stratégies mises en œuvre dépendent à la fois de la trajectoire antérieure et des ressources présentes
- La déprise est plus difficile à caractériser lorsque le discours des enquêtés sur l'évolution de certaines pratiques apparaît ambivalent, voire contradictoire : « *Je ne fais plus, je fais encore* » ; « *Je ne fais plus, mais je sais encore faire* »

### La maladie d'Alzheimer, une double menace pour l'identité

Avec la maladie d'Alzheimer, l'identité apparaît doublement menacée : par l'étiquetage « malade d'Alzheimer » et par les troubles cognitifs. Ce qui ouvre sur deux pistes d'analyse :

#### 1/ Celle de la présentation de soi :

Comment apparaître aux yeux des autres ?  
Faut-il leur annoncer que l'on est malade ?

2 grandes stratégies :

- taire sa maladie afin de ne pas être discrédité
- mettre en avant la maladie afin de justifier la bizarrerie de certains de ses comportements

#### 2/ Celle de la définition de soi :

Qui suis-je ? Dans quelle mesure ce que je suis se trouve-t-il affecté par la maladie ?

3 types d'identité différentes :

- L'identité préservée : troubles considérées comme bénins, sentiment que son identité est peu affectée par la maladie
- L'identité menacée : la maladie n'atteint pas encore le cœur de l'identité, mais elle apparaît bien présente. Inquiétude pour l'avenir et combat pour contenir la progression de la maladie
- L'identité altérée : sentiment que son identité a été profondément affecté par la maladie, discours axé sur ce qui a été perdu.

## L'autonomie avec la maladie, entre préservation et délégation

- Une **autonomie menacée** dans un contexte d'incertitude et d'inquiétude pour les proches
  - Des choix invalidés par les proches
  - Se faire signifier un jugement d'incompétence
  - Des proches porteurs d'une prophétie auto-réalisatrice
  - Une identité réduite à celle de « malade d'Alzheimer »
- Une **autonomie revendiquée**
  - Préserver des marges de manœuvre et capacités décisionnelles
  - "Faire attention" au quotidien
  - "Trouver la bonne mesure"
- Une **autonomie déléguée** au conjoint
  - Un lien de dépendance désiré, assumé et impératif
  - Un processus qui autorise le lâcher-prise
  - Une délégation qui permet :
    - D'éprouver un certain "bonheur de vivre"
    - De minimiser les troubles ressentis
    - De tenir "grâce" et "pour" les proches qui prennent totalement en charge la maladie

## Maintenir une familiarité avec le monde ?

### La question clé de la communication

- Une maladie qui met à mal les deux conditions au fondement de la communication :
    - Avoir une sociabilité minimale (être entouré/écouté)
    - Disposer de compétences communicationnelles (savoir écouter / savoir se souvenir / savoir parler)
- ∨
- Difficultés communicationnelles dans un contexte de forte sociabilité
  - Quand la faiblesse des relations sociales empêche de communiquer
  - Quand les proches sont présents, mais « ne savent pas y faire » et que les compétences communicationnelles sont préservées

#### Chercher des palliatifs pour maintenir la communication

- Objets matériels : *tablettes numériques, bouteilles, livret de famille...*
- Des "ressources sûres" : *développer des banalités, faire de l'humour, mobiliser la mémoire du passé*
- Investir la communication avec des personnes dont les exigences communicationnelles sont moindre ou qui « savent y faire »

#### Abandonner les modes usuels de communication avec autrui

- Parler peu ; se retirer physiquement des conversations ; développer une expression corporelle ; trouver des "objets qui parlent" sans exiger de réponses
- Privilégier des interactions qui ne mettent pas à l'épreuve les compétences relationnelles défailtantes : communiquer avec les animaux

## Conclusion

- Complexifier la connaissance sociologique de l'expérience vécue de la maladie et "casser" l'homogénéité apparente de la catégorie "maladie d'Alzheimer"
- Donner une véritable place aux personnes malades dans la recherche et, par là-même, dans la vie sociale
- La maladie d'Alzheimer exacerbe les 4 enjeux observables dans tout processus de vieillissement

Merci pour votre attention !



**Cécile CHARLAP**  
CeRIES, Université de Lille

## Corps, genre et vieillissement

Ma communication repose sur la recherche que j'ai menée au cours de ma thèse dans laquelle je me suis intéressée à la ménopause, en tant que catégorie et en tant qu'expériences. J'ai donc interrogé la construction sociale de la ménopause et les expériences des femmes dans le contexte français actuel. Pour ce faire, j'ai travaillé à partir d'un double matériau :

— **d'une part**, un corpus de discours sociaux portant sur la ménopause, articulant discours médicaux et médiatiques. Le corpus d'ouvrages médicaux est composé d'une cinquantaine d'ouvrages des 19<sup>e</sup>, 20<sup>e</sup> et 21<sup>e</sup> siècles, encyclopédies médicales, ouvrages de médecine générale et traités de gynécologie. Le corpus de discours médiatiques est composé à partir du recensement des articles portant sur la ménopause parus dans la presse française et sur internet entre janvier 2010 et juin 2014, dans des magazines visant un public féminin "seniors" ainsi que des magazines et des sites internet abordant des questions de santé.

— **d'autre part**, j'ai réalisé 30 entretiens compréhensifs auprès de femmes ménopausées ou en cours de ménopause, âgées de 45 à 65 ans, de milieux sociaux variés et de lieux de résidence diversifiés. Les entretiens avaient pour but d'interroger les perceptions, les représentations et les pratiques des femmes.

Dans cette communication, je vais présenter quelques résultats de cette recherche qui me permettront de problématiser les questions du corps, du genre et du vieillissement et ce en trois temps. Je reviendrai, tout d'abord, sur les représentations associées à la ménopause dans notre contexte social. Je m'intéresserai ensuite à l'expérience des femmes et je mettrai en lumière une culture de la ménopause commune aux enquêtées. Enfin, je montrerai que loin d'être homogène, les expériences à la ménopause sont plurielles, et dépendent notamment des milieux sociaux des femmes.

### 1. Les représentations associées à la ménopause dans notre contexte social

Qu'en est-il des représentations associées à la ménopause dans notre contexte social ?

Pour répondre à cette question, je vais m'intéresser aux discours qui construisent la ménopause dans notre contexte social : et plus précisément, les discours médicaux, source d'énonciation majeure sur cette question.

Lorsqu'on étudie les champs lexicaux et la rhétorique mobilisée dans les ouvrages médicaux, associés à la ménopause, trois registres d'énonciation peuvent être mis en lumière :

- Le symptôme
- La déficience
- Le risque

À partir d'une rhétorique de la fatalité, pour reprendre les mots de Kérisit et Pennec, les discours médicaux actuels ne pensent pas la ménopause en termes de transformation, mais d'involution et dans ces énoncés, de potentiels symptômes et pathologies deviennent l'essence même de la ménopause. La ménopause apparaît comme entrée dans l'ère du déficit et de la vulnérabilité.

Les discours médicaux sont aujourd'hui mis en scène de manière tout à fait dramatisés dans leurs relais culturels que sont les médias. Ils présentent sans ambages la ménopause comme une maladie.

Dans les médias, le corps ménopausé est associé à une rhétorique de l'instabilité et du désordre lui est associé. Si on regarde plus avant les images utilisées dans les médias pour illustrer les articles consacrés à la ménopause, on remarque qu'elles montrent à voir des femmes soucieuses et en souffrance.

Dans notre contexte social, la construction de la ménopause repose sur la pathologisation, une homogénéisation des expériences des femmes, réduites au biologique et à l'instabilité d'un corps construit comme valétudinaire.

Cette construction sociale de la ménopause est efficiente : elle produit des catégories cognitives et pratiques d'expérience pour les femmes.

Et je vais maintenant m'intéresser aux expériences des femmes à la ménopause.

## 2. Une culture commune de la ménopause

Les schèmes médicaux sont largement incorporés par les femmes rencontrées qui vivent la ménopause à partir du symptôme, comme un déséquilibre ouvrant la porte de l'ère du risque. La question du déséquilibre est au cœur des représentations des enquêtées : la période de la ménopause est pensée pour reprendre les mots de Claudine Herzlich comme un « *état intermédiaire, entre santé et maladie* » (Herzlich, 1984, p. 35), état qui se caractérise par le désordre et le déséquilibre. Ce désordre et ce déséquilibre, c'est celui des hormones, pensées comme principe du féminin.

Ce qui construit également l'expérience des femmes, c'est l'assignation du corps ménopausé à un certain nombre de symptômes : bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, prise de poids, irritabilité voire dépression constituent le cadre d'expérience de la ménopause, cadre qui est nourri par les interactions avec les médecins et les discussions avec les pairs. Ainsi, parce qu'elles n'ont pas éprouvé de manifestations corporelles, certaines femmes font part du sentiment de ne pas avoir expérimenté la ménopause. Enfin, les représentations des enquêtées associent le corps à partir de la ménopause au registre du risque. C'est ainsi plus l'idée de l'entrée dans un temps de fragilité que dans le temps de la vieillesse qui émerge pour les enquêtées. Ainsi, une forme de culture commune de la ménopause peut être mise en lumière chez les femmes que j'ai rencontrées, autour des représentations du déséquilibre, du symptôme et de la vulnérabilité.

## 3. Hétérogénéité des expériences selon les milieux sociaux

Si la ménopause est qualifiée par nos interviewées de phénomène « naturel », elle s'écarte bien, toutefois, de l'équilibre puisqu'elle est perçue comme désordre, comme on l'a vu. Dans le même sens, si elles sont jugées "naturelles",

les bouffées de chaleur relèvent d'une nature impétueuse : elles sont perçues comme remous de la nature en soi. Toutes les enquêtées se saisissent, en effet, des bouffées de chaleur comme d'un phénomène signifiant et indésirable. Une appréhension commune aux femmes se fait jour : pour toutes, le caractère indésirable des bouffées de chaleur repose sur l'impression d'en être les jouets. Est ici en jeu l'expérience d'un corps qui échappe au contrôle. Et à ce corps qui échappe les enquêtées opposent un « *processus de civilisation* » (Elias, 1973). Civiliser cette nature impétueuse du corps revient, notamment à faire usage d'un objet de pharmacopée : traitement hormonal, traitement par homéopathie ou compléments alimentaires : la plupart des enquêtées ont, en effet, recours à un médicament qui constitue une réponse aux bouffées de chaleur. On observe donc l'usage d'un objet dont la fonction est de participer d'un travail de soi à la ménopause. Dans ce sens, la ménopause constitue une expérience médiée par des objets civilisateurs.

Toutefois, le remède dont les femmes font usage n'est pas forcément le même et des logiques différentes sous-tendent la prise de ces différents traitements comme nous allons le voir. Pour les enquêtées urbaines, *a fortiori* les femmes appartenant aux milieux moyens et supérieurs, les bouffées de chaleur constituent un stigmate. Si pour ces interviewées, les bouffées de chaleur consistent en un surgissement de la nature, il s'agit de l'irruption de l'instable et de l'incontrôlé. Les bouffées de chaleur sont vécues sur le mode du malaise et la question de la perte de dignité est ainsi au cœur de leurs propos.

Ce qui se joue dans l'expérience que ces interviewées rapportent au sujet des bouffées de chaleur relève du stigmate. En effet, l'élément saillant est que la question du malaise lié aux bouffées de chaleur est avant tout abordée par ces enquêtées lorsqu'elles adviennent dans des situations publiques. Les bouffées de chaleur survenant lorsqu'elles se trouvent seules sont largement moins évoquées par ce type d'interviewées, au contraire des femmes de milieux populaires et rurales. Ceci nous renvoie à la dimension centrale du stigmate : son caractère interactionnel. Les propos de nos interviewées rendent moins compte des bouffées de chaleur en tant que telles, que de l'effet produit par l'interaction sur leur expérience des bouffées de chaleur.

Deux espaces de "contacts mixtes" sont particulièrement saillants dans les propos des urbaines, *a fortiori* les CSP supérieures : la ville et l'espace du travail. D'une part, la ville, ses magasins et ses transports, sont fréquemment évoqués comme des lieux de potentiel malaise du fait du regard

d'autrui et de sa proximité physique. D'autre part, le lieu de travail. Le stigmate se fait plus ou moins fort selon les professions exercées, les positions hiérarchiques et les environnements professionnels dans lesquels les femmes évoluent. La perturbation liée aux bouffées de chaleur apparaît particulièrement prégnante dans le contexte professionnel où rapports de pouvoir et gestion de soi sont au cœur des interactions. Les femmes qui occupent des fonctions de cadres supérieurs ou qui ont la charge d'une clientèle soulignent toutes le malaise engendré par l'irruption de cette manifestation corporelle au sein du cadre professionnel. Pour ces interviewées, ce surgissement de la nature doit être maîtrisé. Il s'agit alors de canaliser ce dérèglement invalidant du corps. Les traitements hormonaux constituent des dispositifs de discipline du corps largement mobilisés par les enquêtées urbaines afin de retrouver un corps « digne » et performant, *a fortiori* les femmes de milieux moyens et supérieurs, exerçant des professions en contact avec le public ou ayant une position hiérarchique élevée. Le traitement hormonal constitue pour elles un moyen de canaliser la nature en soi, un instrument qui leur permet de renouer avec un corps fiable et performant au sein des interactions.

Pour les enquêtées vivant en milieu rural, *a fortiori* en milieu populaire, d'autres représentations et d'autres pratiques sont en jeu : ces enquêtées perçoivent, en effet, les bouffées de chaleur comme une manifestation légitime de la nature en soi et leur opposent une endurance valorisée. Dans leurs propos, le corps apparaît comme le lieu d'une nature dont il ne faut pas contrecarrer les desseins.

Dans cette conception naturaliste, la ménopause et ses manifestations sont perçues comme le signe légitime de la nature en soi. Aux yeux de ces enquêtées, on doit ainsi accueillir la ménopause physiologique sans trop s'appesantir sur ses signes, perçus comme des manifestations inévitables, pas toujours agréables, mais qui sont les effets d'une nature qui nous agit. Aux bouffées de chaleur, ces enquêtées opposent leur endurance. La prise d'un traitement hormonal n'est donc pas une pratique valorisée par ces enquêtées qui se défient d'un médicament perçu comme un objet non naturel, artificiel et nocif. Elles privilégient des traitements perçus comme en accord avec la "nature du corps" et la plupart ont eu recours à un traitement par les plantes.

## Conclusion

Pour conclure, je souhaitais souligner le fait que dans notre culture, l'avancée en âge est marquée par un "double standard" nourri par le genre : le vieillissement est construit comme « *une affection qui affecte plus les femmes que les hommes* » (Sontag, 1972, p.29).

Les représentations de la ménopause participent de cette construction dissymétrique, en tant qu'elles nourrissent l'idée d'un vieillissement plus précoce chez les femmes que chez les hommes, que la ménopause y apparaît comme le prélude d'une vieillesse plus péjorative et invalidante pour les femmes que pour les hommes.



**Soukey NDOYE**

*PHILÉPOL, Université Paris Descartes*

## Passage à la retraite et maintien de l'activité

Je m'appelle Soukey Ndoye et je suis très heureuse de pouvoir participer à ces journées.

Je vous remercie de m'avoir permis de présenter aujourd'hui les résultats de ma thèse que je viens tout juste de soutenir à l'Université Paris Descartes, mercredi dernier.

Mon propos tranchera peut être un peu avec les précédents puisque j'aborderai le vieillissement, non pas à partir du corps au sens d'une enveloppe charnelle ou d'une configuration physique, mais plutôt à partir d'une sociologie des ressources qui s'intéresse à l'expression des capacités cognitives et relationnelles et à la manière dont elles peuvent **évoluer dans le temps : avant, pendant et après le passage à la retraite.**

Pour cela, je me suis intéressée à la manière dont les compétences pouvaient être mobilisées par les individus en fin de carrière et dans le bénévolat pendant la retraite. À cet effet, la notion de compétence me sert de curseur pour appréhender les dispositifs institutionnels et les stratégies d'acteurs qui accompagnent les processus de déprises mais aussi les formes d'intégration sociale et économique à différents moments du parcours de vie : en fin de vie professionnelle et à la retraite.

Pour cela j'ai mené deux terrains en particulier.

— **La première enquête** a visé à analyser la manière dont les entreprises obligées de mener une négociation collective par le dispositif public du contrat de génération, appréhendent la question de la compétence avec l'avancée en âge.

Pour ce faire, j'ai mené une observation participante au sein de l'Association Française des Managers de la Diversité (AFMD) dans le cadre d'atelier d'échanges sur la mise en œuvre du contrat de génération au sein des entreprises. Au total, 32 entreprises ont été représentées dans cet atelier

d'échanges par des professionnels en gestion des ressources humaines (généralistes RH, spécialistes en relations sociales ou en diversité).

Des entretiens semi directifs ont également été menés auprès de certains acteurs de ces entreprises.

Parmi les matériaux recueillis et suite au repérage des nombreuses expérimentations réalisées durant ces sessions, j'ai choisi d'approfondir deux cas d'entreprises pour leurs pratiques de préretraite et les innovations sociales mises en place. Dans le premier cas, il s'agissait d'un dispositif inter-entreprises hébergé par une entreprise mais géré de manière autonome. Et concernant la seconde initiative, il s'agissait d'une expérimentation gérée en interne.

Ce travail a été complété par le recueil et l'analyse du contenu de vingt-trois textes d'accords d'entreprises de taille intermédiaire et de grande taille visant à observer les différentes approches développées par les employeurs et les organisations syndicales en matière de gestion intergénérationnelle des ressources humaines. Le choix de ces entreprises a été mené en prenant soin, autant que faire se peut, de rassembler une diversité de secteurs d'activités et de taille d'entreprise. J'ai tenté d'éviter de restreindre mon investigation aux entreprises membres de l'AFMD. Ainsi, sur les 23 entreprises, seules 14 sont membres de l'AFMD.

Ces matériaux ont été systématiquement complétés par des données issues des documents de références établis chaque année par les entreprises : à savoir les bilans sociaux, les bilans RSE, etc.

— **La seconde enquête** a tenté de saisir la mobilisation de la compétence des aînés à partir de sa mobilisation dans le cadre associatif.

J'ai ici mené une étude de cas sur une association nationale de retraités et préretraités qui mobilise le « bénévolat de compétences ». J'ai donc interrogé les motivations individuelles et collectives à l'égard de cette pratique et les enjeux que soulève le bénévolat de compétences lorsqu'on le rapporte à une analyse de fond sur le rôle et le positionnement des retraités actifs, mais bénévoles dans la société contemporaine.

Au terme de ce travail j'observe plusieurs faits saillants.

**1/ Tout d'abord, si l'on se réfère à une production sociale des âges**, je constate que nous n'assistons pas, en France, à une disparition de la notion d'âge comme critère de gestion des carrières, du travail et de la retraite ; contrairement à ce qui peut être observé dans d'autres pays, notamment nord-américains.

Ce que j'ai pu observer, c'est plutôt un étirement de la police des âges sur un espace-temps plus étendu. Ainsi, la « *cause seniors* » s'est-elle progressivement substituée à la « *cause quinquas* » (Guerin & Fournier, 2005 ; Poussou-Plesse, 2007) à travers la construction d'un chapelet d'âges critiques qui balise le parcours professionnel, définissant à la fois des droits et des points de vigilance :  
45 ans pour les entretiens de seconde partie de carrière ;  
50 ans pour les incitations au recrutement ;  
55 ans pour le maintien dans l'emploi des salariés âgés ;  
57 ans pour l'éligibilité des contrats de génération.  
La législation arrive même à définir un âge de l'« *expulsabilité* » à 70 ans : âge auquel la retraite d'office devient en effet acceptable en droit français.

Lorsque l'on observe la construction des âges à l'aune des productions juridiques et des dispositifs d'entreprise, elle révèle des représentations *a priori* sur les capacités présumées à travailler ou à cesser son activité professionnelle. Mais elle révèle aussi des représentations sur les compétences potentiellement valorisables dans les entreprises ou sur un marché transitionnel de fin de parcours professionnel.

**2/ Le second point saillant** porte plus sur une réflexion autour de l'évolution de la compétence dans le parcours de fin de vie professionnelle et de retraite.

Dès lors que l'on s'affranchit de la « police des âges », et que l'on utilise la notion de compétence (1) comme le curseur qui permet de transcender la césure activité professionnelle / retraite et (2) comme de véhicule coulissant dans l'analyse du

parcours de vie, de nouvelles configurations se donnent à voir.

Ainsi, au-delà des conceptions « substantialistes » et « relativistes » de la qualification, la question de la valeur de l'activité bénévole hors travail et de son évolution en périphérie du système productif m'a particulièrement interpellée.

J'ai aussi été amenée à m'intéresser à l'hétérogénéité du niveau et de la nature des ressources qui composent le bénévolat de compétences : des qualifications professionnelles, aux compétences techniques, en passant par le savoir-faire non technique et les « qualifications sociales » que l'expérience est supposée bonifier avec l'avancée en âge.

Le bénévolat de compétences permet le maintien dans un statut hybride entre le monde professionnel et l'inactivité, en conservant des attitudes, des comportements, une mobilité, une intégration sociale et des formes de valorisation périphériques au travail que j'apparente à une stratégie de retraite progressive du monde social.

Je me suis interrogée sur ce que signifiait cette recherche perpétuelle de maintien et de renouvellement de leurs compétences qui apparaît comme fondamentale chez certains retraités engagés dans ces associations.

De mon point de vue, le risque d'obsolescence des compétences peut constituer un fil conducteur dans la lecture de la mise à l'écart à la fois du système productif et de ces associations pour finalement constituer le véritable événement rupteur par rapport à la forte socialisation par et dans le monde du travail qui caractérise ces bénévoles.

En témoignent les propos du responsable du groupe « Finance » de l'association lorsqu'il explique sa manière de désigner un expert sur une mission donnée :

*« Ce que je fais c'est que je regarde l'expérience la plus récente de l'expert, si possible dans ce domaine ou bien la plus récente dans le même domaine que l'expert a effectué chez Ecti et je propose le CV à l'entreprise (...) Je choisis l'expérience la plus récente car il y a une forte déperdition dans le secteur bancaire. L'expérience perdure, mais le reste, ça se perd très rapidement. Et si vous n'avez pas pratiqué le système, vous ne pouvez pas apporter une expérience à une société. Ça se perd très vite la connaissance ! Et d'ailleurs, je pense que les 5 ans qui*

*suivent l'arrêt de l'activité, on n'est plus très performant car le métier évolue très rapidement (...) À mon avis, la durée de la vie bénévole est très limitée. Me concernant, j'ai fixé comme limite d'âge 70 ans pour proposer un CV. Quelqu'un qui a plus, je ne regarde plus le CV. Je vous le dis ça en "off" ! Et d'où d'ailleurs l'intérêt d'être bénévole rapidement quand on sort du travail, sauf quand on veut faire une autre forme de bénévolat. Dans ce cas-là, il faut se former sur un autre champ de compétences ».*

Un de mes interlocuteurs m'expliquait ainsi que, sentant ses compétences moins actualisées et moins indispensables pour les entreprises, il a par lui-même décidé de ne plus réaliser de missions en entreprise et de se replier sur des missions réduites à la vie de l'association elle-même :

*« Mes compétences ne convenaient plus à tout le monde et je ne voulais pas aussi décevoir ceux qui faisaient appel à moi vu que les compétences devenaient obsolètes, et puis j'avais envie de me reposer. »*

Ces processus relèvent de la déprise depuis le statut d'actif en entreprise à la reconversion en missions bénévoles, jusqu'au retrait au sein même de l'association puis la sortie de la carrière militante qui signifierait, au final, un véritable événement rupteur, peut-être même une « mort sociale » ; en tous les cas une sortie partielle ou totale de l'activité dans la sphère publique et un repli sur la sphère privée.

Avec la notion de compétence comme focale, la retraite ne serait donc plus le moment de rupture dans le processus de déprise, mais bien la désuétude de la compétence et la sortie d'activité (bénévole en l'espèce).



**Vincent CARADEC**  
CeRIES, Université de Lille

## DISCUSSION

Je voudrais m'appuyer sur les très riches communications que nous avons entendues cet après-midi sur le thème des expériences du vieillissement pour proposer une réflexion en trois points. Premièrement, je dirai quelques mots de cette perspective particulière qui consiste à étudier les expériences du vieillissement. Deuxièmement, je m'interrogerai sur ce que recouvre la notion d'expérience du vieillissement. Et troisièmement, j'esquisserai quelques enjeux pour les futures recherches sur les expériences du vieillissement.

**Pour commencer — et ce sera mon premier point —** je voudrais indiquer que travailler sur les expériences du vieillissement, c'est adopter une posture, une perspective, une sensibilité théorique particulière, qui implique d'articuler deux exigences. D'un côté, première exigence, ça suppose d'accorder la plus grande attention aux personnes qui vieillissent et à leur point de vue. Ça suppose de prendre au sérieux ces points de vue, d'en restituer la richesse, et d'essayer de le faire y compris lorsque la parole des personnes peut sembler a priori peu légitime, comme c'est le cas pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ce qu'a bien montré tout à l'heure Aline Chamahian. Mais il ne s'agit pas de s'en tenir seulement aux discours des personnes qui avancent en âge. Étudier les expériences du vieillissement, ça implique aussi de prendre en compte les contextes dans lesquels se déroulent ces expériences et de dégager de ces contextes les éléments pertinents permettant d'éclairer les expériences. Et c'est un point essentiel. La contextualisation, pour les sciences sociales, est un élément clé du raisonnement. L'objectif, pour le chercheur, est de replacer des expériences du vieillissement différenciées dans les contextes qui leur donnent forme et qui permettent d'en rendre compte. Et ces contextes sont bien sûr pluriels, on l'a vu tout au long de cette après-midi : contexte démographique, contexte historique, contexte géographique, contexte culturel, contexte juridique, contexte médiatique, dispositifs de politique publique, contexte institutionnel, milieu social, genre, contexte familial dans lequel les personnes vieillissent. Donc des contextes

pluriels et des contextes auxquels les chercheurs vont se montrer attentifs en fonction de leur appartenance disciplinaire et de leurs hypothèses de recherche. Pour dire tout cela autrement, étudier les expériences du vieillissement ne veut pas dire rester à un niveau micro, au seul niveau des individus. C'est chercher à articuler ce niveau micro avec des éléments tirés des niveaux méso et macro sociaux. Tout au long de cette après-midi, on a vu à l'œuvre cette exigence d'articulation entre expériences individuelles et cadre contextuel.

Cette posture de recherche qui étudie les expériences du vieillissement, a une affinité avec des méthodes d'enquête qui permettent de recueillir la parole des personnes ; les entretiens semi-directifs bien sûr, mais aussi d'autres techniques. On l'a vu, là encore à travers les exposés : des témoignages écrits pour les historiens, le recours aux archives, aux correspondances dont nous a parlé Mathilde Rossigneux-Méheust ; des enquêtes par questionnaire aussi, qui peuvent permettre de corréliser des expériences avec des variables explicatives et de faire des comparaisons internationales lorsque les questions posées sont les mêmes, comme Enguerran Macia l'a fait en comparant les expériences du corps au Sénégal et en Suède. Et le recueil de discours sur les expériences doit bien sûr être complété par le recueil d'autres données qui permettent justement de cerner et de décrire les contextes. Par exemple, pour comprendre l'expérience des solidarités familiales et des rapports entre générations en Afrique, ce dont nous a parlé Muriel Sajoux, on a besoin de connaître le contexte démographique, comme elle en a très bien rendu compte.

**Deuxième point.** Je voudrais maintenant faire quelques remarques et poser quelques questions autour de l'expression « *expérience du vieillissement* ». Je ferai quatre remarques. **Première remarque :** tous les communicants n'ont pas eu recours à la notion d'expérience du vieillissement. Dans certains exposés, il était plutôt question de « situation » ou de « relation » (entre corps et vieillissement chez Enguerran Macia). Pour en

prendre un autre exemple, dans la recherche que je réalise actuellement avec Cécile Charlap et Aline Chamahian sur la manière dont les aidants encore en activité professionnelle articulent leur vie professionnelle et leur activité d'aide, on utilise peu ou très peu le terme d'expérience, et plutôt celui de travail d'articulation. On peut donc dire que bien des recherches sur les expériences n'ont pas recours à la notion d'expérience. Les recherches sur les expériences du vieillissement constituent donc un ensemble de travaux qui partagent davantage une sensibilité analytique, attentive au point de vue des personnes et soucieuse de replacer le point de vue des personnes en contexte, qu'elle ne partage un concept en particulier, celui d'expérience. Une sensibilité, donc, plus qu'un concept.

**Ceci étant dit, et ce sera ma deuxième remarque,** si on a recours à la notion d'expérience, est-ce qu'il faut parler d'expérience au singulier ou d'expériences au pluriel ? Sur ce point, je dirais qu'il n'y a pas d'usage stabilisé. On l'a bien vu dans les présentations. Certains travaux parlent d'expérience du vieillissement au singulier, dans un sens générique. Par exemple, quand Mathilde Rossigneux-Méheust analyse le vieillissement en hospice au XIX<sup>e</sup> siècle, elle le considère comme une catégorie d'expérience qui renvoie à trois grandes caractéristiques : une expérience de l'entre vieux, une expérience de la protection et une expérience sous contrôle. On a là une appréhension générique de l'expérience du vieillir en hospice au XIX<sup>e</sup> siècle. D'autres travaux tendent à utiliser le pluriel pour insister sur la diversité des expériences, l'idée étant alors de poser d'emblée que les expériences sont plurielles. Cette manière de formuler les choses en parlant d'expériences au pluriel tend à se développer aujourd'hui. Mais sur le fond, me semble-t-il, il n'y a pas de désaccord : même ceux qui parlent d'expérience au singulier reconnaissent la pluralité, la diversité des expériences.

**Troisième remarque.** On peut se demander quels sont finalement les registres de l'existence auxquels on s'intéresse quand on parle d'expériences du vieillissement ou quand on s'intéresse à ce que les gens vivent quand ils vieillissent. Ces registres, ils apparaissent extrêmement divers. C'est aussi ce qui m'a frappé à travers les communications. Ces expériences peuvent être les expériences de l'aide et des solidarités familiales étudiées par Muriel Sajoux dans le cas du Maroc et du Sénégal. Cela peut être aussi des expériences de l'hospice dont a parlé Mathilde Rossigneux-Méheust. Ou encore des expériences de la mobilité résidentielle, qui peut prendre la forme d'une migration tardive, comme l'a décrit Fatoumata Hané. Il peut s'agir aussi des expériences d'une transition de vie ou d'un événement particulier comme la ménopause évoquée par Cécile Charlap. Et il peut s'agir aussi plus spécifiquement des expériences de l'avancée en âge, qui sont marquées par la confrontation avec un ensemble

de transformations et de difficultés : à la fois des transformations corporelles, Enguerran Macia y a bien insisté dans son analyse du vieillissement au Sénégal, mais aussi des transformations et des difficultés qui tiennent aux caractéristiques de l'environnement plus ou moins accueillant, plus ou moins contraignant, dans lequel il existe ou non un système de retraite. Ajouton que ces expériences de l'avancée en âge sont marquées aussi par des manières de faire face à ces transformations et à ces difficultés, ce que les sociologues ont appréhendé en termes de déprise et d'épreuve, cette épreuve du vieillir dont a parlé tout à l'heure Aline Chamahian.

**Et puis, enfin, quatrième remarque,** je pense qu'il conviendrait d'ouvrir — au-delà de ces dimensions différentes de l'expérience ou des expériences — la boîte noire du concept d'expérience et d'en dégager les différentes dimensions. Parce qu'au fond, de quoi parle-t-on quand on parle d'expériences ? Les expériences, c'est d'abord souvent le vécu, c'est-à-dire la manière de vivre les choses, de les ressentir, d'éprouver et de mettre en mots ce que l'on vit, son propre vieillissement. Mais ça n'est pas seulement le vécu. Les expériences, ce sont aussi des représentations cognitives, la représentation du vieillissement ou la représentation de tel phénomène comme la ménopause, la représentation aussi de ce que l'on est censé faire quand on est âgé, ou encore des normes esthétiques telles qu'elles ont été présentées par Enguerran Macia. Et puis, les expériences, ce sont aussi, cela me semble essentiel et c'était présent dans un certain nombre d'exposés, des pratiques et des stratégies. L'expérience, ce n'est pas simplement du vécu, du ressenti, c'est aussi des choses que les gens font. Ces pratiques et ces stratégies, elles peuvent être individuelles : ce qu'on fait dans le quotidien, et comment ce que l'on fait se transforme au cours du temps, et comment les personnes qui vieillissent subissent ces transformations ou en sont les actrices. Et puis, ces pratiques et ces stratégies, elles peuvent aussi être collectives : ce que l'on fait avec d'autres pour faire face au vieillissement, comme ces actions collectives qui se mettaient en place dans les hospices du XIX<sup>e</sup> siècle pour contester les conditions dans lesquelles on vivait, ou encore ces stratégies collectives qui cherchent à inventer de nouvelles manières de vieillir, comme le font ces nouvelles générations de retraités qui inventent aujourd'hui des manières nouvelles d'habiter, par exemple des formes d'habitat partagé.

**Pour terminer, troisième point,** je voudrais esquisser trois enjeux pour les futures recherches sur les expériences du vieillissement.

**Premier enjeu,** il me semble indispensable de multiplier les études contextualisées, pour rendre compte de la pluralité des expériences du vieillissement. En faisant varier les contextes

historiques et géographiques, en particulier dans les sociétés non occidentales comme nous y a invités Enguerran Macia. En travaillant aussi sur les expériences du vieillissement de populations particulières : les personnes handicapées vieillissantes, les résidents de tel ou tel type d'institution, les personnes atteintes de tel ou tel problème de santé, la maladie d'Alzheimer ou encore le virus du SIDA. Ou encore, en s'inspirant des approches intersectionnelles pour étudier des populations définies par la position qu'elles occupent dans les rapports sociaux de genre, de classe ou ethniques, ou au croisement de plusieurs de ces rapports sociaux. Je crois que c'est en multipliant ces monographies contextualisées que l'on pourra produire de l'intelligibilité sur ce qu'est le vieillissement et sur les expériences du vieillissement. En les multipliant et en opérant un travail de mise en regard entre plusieurs contextes, que ce travail de mise en regard soit le fait d'un seul chercheur qui travaille sur plusieurs terrains, ou qu'il s'opère au sein de collectifs de chercheurs, des collectifs qui peuvent être pluridisciplinaires. Pour en prendre un exemple, on trouve dans un numéro récent de *Genèses* sur les expériences de la vieillesse, coordonné par Mathilde Rossigneux-Méheust et Christophe Capuano, un article dans lequel une historienne Sophie Richelle et une sociologue Iris Loffeier, confrontaient leurs deux terrains d'enquête : un hospice de la fin du XIX<sup>e</sup> et un EHPAD du début du XXI<sup>e</sup> siècle, pour mettre en regard les expériences des résidents à partir de corpus de réclamations et de plaintes issus des deux terrains. Il me semble que c'est une manière particulièrement féconde de faire de la pluridisciplinarité. Ces collectifs de recherche pourraient aussi rassembler des chercheurs de plusieurs pays, dans le but de mettre en regard les expériences du vieillissement dans plusieurs contextes nationaux. Il ne faut pas, bien sûr, minimiser les difficultés d'une telle entreprise, tant sur le plan théorique, parce que le contexte national n'est pas bien sûr le seul contexte qui façonne les expériences, que sur le plan organisationnel et analytique, puisqu'il est impératif de réunir des chercheurs qui partagent cette sensibilité théorique particulière pour l'étude des expériences. Mais cette mise en regard des expériences qui prennent place dans des contextes nationaux différents, a bien été faite, et de manière magistrale, par Cécile van de Velde, pour l'entrée dans la vie adulte. C'est en multipliant ces mises en regard que l'on pourra comprendre quels éléments contextuels jouent plus particulièrement sur les expériences du vieillissement. Ou, pour le dire autrement, que l'on pourra déterminer quels éléments du contexte sont propices à des expériences positives du vieillissement, sont propices au "bien vieillir". J'emploie cette catégorie à dessein car je sais que nous, chercheurs en sciences sociales, sommes souvent critiques vis-à-vis de catégories normatives comme celle-ci. Et, dans le même temps, nous savons bien que certains contextes, institutionnels par exemple,

contraignent particulièrement les expériences du vieillissement et produisent de la souffrance. Un seul exemple : Muriel Delporte a bien montré, dans sa thèse sur les travailleurs d'ESAT passés à la retraite, combien ce passage était difficile pour eux car cesser leur activité professionnelle impliquait aussi de devoir déménager, le cadre institutionnel leur imposant de quitter en même temps leur travail, leur logement, leurs amis et parfois leur amoureux ou leur amoureuse. J'aimerais donc poser la question suivante : sommes-nous capables, nous, chercheurs en sciences sociales, de produire une théorie du Bien vieillir ? Une théorie du Bien vieillir fondée sur les résultats empiriques de nos travaux de recherches et qui ne soit pas seulement une théorie des modes d'adaptation au vieillissement, mais aussi une théorie des contextes du Bien vieillir ? Et en disant cela, je fais écho à un certain nombre de choses qui ont été dites ce matin. Je pense à ce que Thibault Moulaert disait à propos des réflexions de l'Organisation Mondiale de la Santé autour du programme VADA et d'environnement capacitant. Je pense aussi aux analyses de Fany Cérèse sur l'impact des aménagements architecturaux en EHPAD sur la qualité de vie et les usages de l'espace des résidents. Et je pense que le concept de capital spatial et l'idée de préservation et de transformation du capital spatial qu'évoquait Catherine Bonvalet, pourraient aider à réfléchir à une théorie des contextes du Bien vieillir.

**Deuxième enjeu** important pour les recherches futures sur les expériences du vieillissement : être attentifs aux transformations des expériences du vieillissement avec les générations. Sur ce point, je rejoins à nouveau ce que Catherine Bonvalet disait ce matin. Et il faut bien sûr rappeler les travaux pionniers de Françoise Cribier, à laquelle je tiens à rendre hommage, qui ont montré tellement bien que l'expérience de la retraite — même si elle n'utilisait pas le terme d'expérience mais on peut le traduire comme ça aujourd'hui — des retraités parisiens de 1972 était bien différente de l'expérience de la retraite des retraités de 1984, parce que pour ces retraités de 1984, l'horizon de la retraite s'était ouvert. Ils avaient pris conscience de l'allongement de la vie dans un contexte marqué par l'apparition d'une nouvelle phase de l'existence qui était le troisième âge. Françoise Cribier qui aimait à dire la chose suivante, c'est tout à fait important : « *On ne vieillit pas seulement comme on a vécu*, disait-elle, *on vieillit aussi comme vieillit la génération à laquelle on appartient* ». Et par exemple, l'exposé de Muriel Sajoux sur les solidarités familiales au Maroc et au Sénégal, montre bien comment le contexte se transforme avec le temps et avec les générations, du fait de la baisse à venir de la taille des familles. Et de ce fait les solidarités familiales ne pourront pas se perpétuer telles qu'elles sont, ne seront pas les mêmes pour les prochaines générations que pour les générations actuelles.

**Troisième et dernier enjeu** pour les recherches sur les expériences du vieillissement, un enjeu d'un ordre un peu différent : un enjeu de dialogue avec des partenaires institutionnels, qui, j'en suis persuadé, peuvent être intéressés — en lien bien sûr avec les préoccupations qui sont les leurs — par le savoir-faire des chercheurs qui sont capables d'explorer et de rendre compte des expériences des personnes qui vieillissent. Expériences qui peuvent — cela a bien été souligné ce matin — être en décalage avec l'offre institutionnelle. Il y a un écart entre ce que les institutions proposent et ce que les gens veulent et ce dont ils rêvent. Et c'est cet écart que nous, chercheurs en sciences sociales travaillant sur les expériences, pouvons restituer, pouvons retourner aux institutions. Il y a là un chantier à ouvrir, me semble-t-il, et sans doute le GDR, le GIS bientôt, pourront-ils accompagner cette réflexion sur le dialogue entre chercheurs travaillant sur les expériences du vieillissement et partenaires institutionnels. De même que le GIS pourra faciliter le dialogue entre disciplines, et l'ouverture internationale dont je parlais également tout à l'heure.

Je vous remercie.

# ADAPTABILITÉ ET TECHNOLOGIES

## 1. COGNITION



**Antoine PIAU**  
CHU de Toulouse

## Nouvelles technologies et pathologies neurodégénératives : perspectives

Bonjour à tous.

Je vais vous parler de nouvelles technologies, et de vieillissement... ou comment les nouvelles technologies vont nous permettre de vivre au moins 200 ans en bonne santé.

Non, ce sera un petit peu moins ambitieux (*Rires*).

Concrètement, nous vivons dans un monde vieillissant.

Il y a des pays qui ont du pétrole, nous on a des vieux.

Et ce n'est pas une boutade, parce que je pense que beaucoup d'entre eux nous envient. Malgré tout, si 85 % d'entre nous vieillissent de manière autonome, il y a 10 % à 15 % qui vieillissent de manière dépendante. C'est un coût humain phénoménal, et un coût financier qui ne l'est pas moins. La question est : est-ce que les nouvelles technologies pourraient nous aider à diminuer l'impact de cette perte d'autonomie ?

Voire mieux, de la prévenir ? Vous, dans la vie de tous les jours, vous avez des nouvelles technologies un peu partout : dans votre Smartphone, sur votre ordinateur, dans votre voiture. Est-ce que vous connaissez beaucoup de nouvelles technologies qui aient fortement diffusé chez les personnes très âgées ? Oui, il y en a une qui a très bien marché, c'est la canne, on appelle ça les *low technologies* très sérieusement dans les publications scientifiques. Dans certains domaines de la médecine comme dans l'imagerie, on est tout à fait en phase avec 2017-2018.

En revanche, dans toute la médecine transversale, ça ne prend pas du tout. Vous avez tous entendu parler de la *silver économie*. À Toulouse, ça nous touche particulièrement, parce qu'on a un gros pôle de gériatrie, donc on est tout à fait conscients de l'enjeu de la prévention de la dépendance, et parce qu'on a aussi un gros pôle technologique, notamment aéronautique, qui cherche à se diversifier dans la santé.

Et ce qu'on aimerait bien, c'est faire rejoindre ces deux tendances, d'une part pour prévenir la dépendance, et d'autre part pour trouver de nouvelles parts de marché dans les innovations technologiques. Alors, pourquoi ça ne prend pas les technologies ? Déjà, parce que pendant très longtemps, les entreprises étaient dans une démarche techno-push,

c'est-à-dire ils venaient nous voir, ils nous disaient : « *Voilà, j'ai fait un bracelet connecté, c'est super, ça prend tout : le pouls, la résistance de la peau, la saturation d'oxygène, c'est génial, utilisez-le* ». Et finalement, on ne savait pas trop quoi en faire. La première chose à faire, c'est partir d'un besoin. Et si on prend l'exemple des pathologies neurodégénératives puisque c'est le thème d'aujourd'hui, il existe des besoins. Puisque les pathologies neurodégénératives, c'est quoi ? C'est de la perte d'autonomie, des troubles de la marche et des chutes, des troubles du comportement, des troubles nutritionnels, de l'isolement social et de l'épuisement des aidants. Et pour toutes ces complications, finalement, on est relativement dépourvus. Je vais juste vous faire un panorama très rapide et non exhaustif par domaine, par besoin existant.

**On a par exemple des travaux intéressants concernant la prédiction.** On sait par exemple qu'une proportion non négligeable des pathologies neurodégénératives n'est pas diagnostiquées. Et finalement, on arrive trop tard dans les situations catastrophiques, les aidants qui sont au bout du rouleau et emmènent une personne âgée aux urgences un week-end la nuit pour placement. Ce qu'on voudrait déjà, c'est pouvoir prédire ces pathologies bien en amont. Les travaux les plus intéressants, qui sont pour la plupart faits à Portland par Jeffrey Kaye, qui corrèle des mesures de capteurs avec la clinique et essaye de voir si on prédit la perte d'autonomie cognitive. Il a par exemple une publication qui montre que si on monitore le champ sémantique de vos emails, on peut prédire votre risque de développer une maladie d'Alzheimer. Si un jour, on arrive à voir des thérapies curatives, qu'il faut donner un stade précoce, on saura donc détecter le stade précoce. Je vous présente également quelques tests en ligne. Souvent on fait les tests de mémoire de manière décontextualisée à l'hôpital, donc dans des conditions pas du tout écologiques, où les réponses ne sont pas forcément très fiables parce que le patient est perturbé. Et si on pouvait les faire dans un contexte de vie

normale à la maison, à distance, peut-être qu'ils seraient même beaucoup plus performants.

**Je vous présente également un de nos projets** qui est tombé à l'eau. Je vous en parle parce que je le trouvais passionnant. On voulait analyser les consommations électriques et d'eau d'un domicile. Vous avez tous entendu parler du capteur Linky. Moi pour des raisons de recherche, j'adorerais que tout le monde soit équipé de capteurs Linky, ça serait fabuleux, mais je ne le mettrais pas chez moi, je vous le garantis. Pourquoi ? (*Rires*) Parce que, en mettant un capteur sur votre compteur électrique, sur votre compteur d'eau, on peut sur quelques mois d'apprentissage avec un algorithme apprendre vos habitudes. Quoi qu'on dise, sur trois mois vous avez tous vos petites habitudes. Il y a au moins une étude pilote qui a montré que l'on peut dépister une maladie neurodégénérative qui débute, parce que la personne commence à avoir des horaires un peu moins fixés, une distinction jour-nuit un peu moins bonne, etc. et de manière très insidieuse, on voit une désorganisation dans vos habitudes de vie. Ceci étant, sans Linky, avec votre Smartphone, on arrive à faire un peu la même chose, on arrive à cerner vos habitudes rien qu'en utilisant la géo-localisation, les sites où vous allez, votre actimètre, etc. Quand vous vous arrêtez 30 minutes à tel endroit, on peut conclure que vous êtes dans le bar qui est à côté.

**Pour la perte d'autonomie et les troubles de la marche** paradoxalement, il y a moins de choses, il y a énormément de verrous technologiques qui ne sont pas levés. Certes, on arrive à aller sur la station spatiale, à faire plein de choses fantastiques mais dans le domaine de la santé, dès qu'on met un peu de complexité humaine, biologique, on arrive nettement moins à faire des choses pertinentes. L'exemple des capteurs de chutes qui fonctionnent extrêmement mal notamment du fait des fausses alertes, donc les faux positifs qui épuisent les aidants, est éclairant. Par contre, je vous ai mis une étude de nos collègues de Limoges, que je trouve très intéressante parce qu'ils ont fait un truc très simple et qui marche, c'est un chemin lumineux. C'est-à-dire que vous descendez de votre lit, vous avez un capteur qui voit vos pieds descendre du lit et il y a un chemin lumineux qui s'allume jusqu'aux toilettes. Et finalement, ça, ça a démontré que ça diminuait les chutes. Dans le domaine des ADL, des activités de la vie quotidienne et des IADL, faire la cuisine et se laver par exemple, on a des études sur les orthèses cognitives, c'est-à-dire le *prompting*, comme pour la prise des médicaments. « *Je vous rappelle que vous devez prendre le médicament, etc.* », ça marche très mal. Pourquoi ? Parce qu'en fait, les rappels ne sont pas contextualisés.

Effectivement, si votre pilulier électronique se met à sonner quand vous êtes aux toilettes ou à la douche ou dans la voiture, ça ne fonctionne pas, vous ne prenez pas le médicament. Il faudrait qu'il sonne à un moment où vous avez un verre d'eau à proximité, etc. et ça, c'est très compliqué à faire.

**En robotique, les Japonais sont en pointe, par exemple sur les exosquelettes.** Dans les pathologies neurodégénératives, il y a les troubles de la marche et des chutes, mais ce n'est pas forcément une très bonne application du fait surtout de l'anosognosie, autrement dit, les personnes ne savent pas qu'elles ont des difficultés à marcher et elles ne voient pas pourquoi vous allez les embêter, et jamais de la vie vous n'arriverez à les mettre dans un exosquelette. Les exosquelettes, c'est plutôt une aide pour les gens qui ont des pathologies fonctionnelles sans trouble cognitif. Et se pose toujours le problème de l'autonomie énergétique. Autrement dit, certes, les technologies ont progressé, mais les batteries, pas tant que ça. Et d'ailleurs, mon téléphone avant il durait une semaine, maintenant 24 heures.

**Voici un autre exemple de projet** qui est en cours et que nous portons avec *Orange* notamment. Ça rejoint un petit peu ce que je vous ai montré sur l'électricité et l'eau. C'est des capteurs qui sont placés de manière un peu stratégique. Par exemple, sur le frigo, dans les pièces liées à l'hygiène, dans les pièces liées à l'alimentation, etc. De la même manière on apprend les habitudes de la personne et on arrive à caractériser son autonomie. Par exemple, on va pouvoir dire : là, cette personne a une perte de l'autonomie sur l'habillement ou sur l'alimentation. On équipe 25 domiciles et on va essayer de la même manière de réagir avant la chute, avant la dénutrition, parce que là pour le coup, on a des interventions efficaces, mais qui arrivent souvent trop tard.

**On va parler un petit peu des troubles du comportement.** Le principal déterminant d'un placement en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ce sont les troubles cognitifs et les troubles du comportement notamment nocturnes. C'est probablement l'un des domaines où il y a le plus d'études rigoureuses médicales dans les technologies. Le résultat n'est pas flamboyant, c'est notamment un doudou. C'est Paro, un robot phoque. Il réagit aux interactions avec les gens et peut améliorer certains troubles du comportement. On pourrait se dire qu'un chien ou un chat ferait exactement la même chose, ce n'est sûrement pas faux, mais c'est intéressant parce que tout de même, il y a la technologie et les études ont été faites de manière rigoureuse. Concernant la déambulation et les fugues, avant

on n'avait qu'une solution, c'était fermer la porte, attacher le patient, que ça soit par contention physique ou chimique. Les résultats catastrophiques nous ont incités à faire marche arrière. Maintenant, on cherche à travailler sur l'architecture des lieux, sur les prises en charge non médicamenteuses. Parfois, il peut être utile effectivement d'avoir une localisation GPS ou un effet seuil, une alerte quand quelqu'un sort d'un périmètre donné. Il y a tout un débat éthique : est-il éthique de traquer quelqu'un par GPS ? C'est un débat dans lequel il y a deux risques à mettre en rapport : le risque de fugue et de retrouver la personne décédée dans un champ, le risque de l'attacher, ou le risque éthique de mettre un capteur GPS. Je n'ai pas la réponse, mais la discussion c'est toujours un risque contre un autre.

**Concernant l'impact pour la recherche**, quoi de plus difficile que de faire de la recherche dans les pathologies neurodégénératives, puisque nous avons des gens anosognosiques, des aidants qui sont épuisés qui n'ont pas forcément le temps, le problème du transport des patients qui les perturbe, le problème de l'évolution de la maladie. On a beaucoup de soucis à avoir des cohortes pérennes, à part dans les phases très précoces. Un télé-suivi de tous les patients présentant des plaintes cognitives ou des pathologies neurodégénératives à des stades très débutants, nous permettrait d'avoir des cohortes en temps réel dont on suivrait à distance l'évolution, et de pouvoir à un temps T0, par exemple contacter 300 personnes qui sont à la phase de la maladie que l'on recherche, qui correspondent aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude, et pour les mobiliser beaucoup plus rapidement.

### **Quelles sont les principales barrières à la diffusion ?**

#### **Pourquoi il y avait cette attitude techno push ?**

**Les industriels font de très bonnes études de marché dans d'autres domaines, pourquoi dans le secteur de la santé, ils ne le faisaient pas ?**

Tout simplement parce que c'est un milieu très hermétique. C'est très difficile pour eux de rentrer dans l'hôpital, d'être en contact avec les soignants, ils ont beaucoup de mal à se faire accompagner sur la durée, donc finalement, ils n'avaient pas trop le choix que de faire ça un peu de leur côté tout seul. En ouvrant le secteur de la santé, en s'intéressant à ce domaine des nouvelles technologies, on peut potentiellement arriver à avoir des choses qui correspondent mieux à des besoins, qui sont plus tirées par les usages. Ensuite, il y a le problème de l'acceptabilité. L'acceptabilité ne dépend pas trop de l'âge. C'est plus un effet générationnel. On voit que les jeunes retraités qui ont travaillé avec la technologie ont une appétence à peu près comparable à quelqu'un de

30-40 ans pour les nouvelles technologies. Pour l'intrusivité, il y a des fantasmes, par exemple ceux qui travaillent avec des caméras kinnects, donc des caméras 3D disent que les gens vivent ça parfois mal, parce qu'ils se disent : « *c'est une caméra, on peut voir ce que je fais* ». Or, finalement, personne n'est derrière l'écran, c'est juste des signaux analysés par un algorithme. Mais inversement, quand on leur met une pince sur leurs capteurs d'électricité, ils y voient que du feu, et pourtant c'est très intrusif. Donc, il y a ce problème de l'intrusivité ressentie qui est souvent en décalage avec l'intrusivité réelle. La transparence des technologies et le stigma sont également un frein. C'est sûr que si j'ai un gros médaillon avec marqué « *push* » autour du cou, ce n'est pas très sexy et il y a peu de gens qui le supportent. Après, il y a la performance, il ne faut quand même pas l'oublier : il y a encore des verrous techniques qui sont pas levés, et l'exemple des détecteurs de chute est un bon exemple. Tout n'est pas réglé, loin de là d'un point de vue purement technologique.



**Carole DUFOUIL**

*Unité 1219, Inserm, Université de Bordeaux, CHU de Bordeaux*

## Impact des stimulations cognitives au cours de la vie sur le vieillissement cognitif

Je ne vais pas parler nouvelles technologies mais plutôt vieilles recettes. Je travaille essentiellement sur la démence et le vieillissement cognitif pour lesquels les perspectives à venir sont assez inquiétantes. Elles ont été assez bien résumées dans un papier paru dans Science au mois de février 2017 qui encore une fois rapportait que des essais médicamenteux contre la démence se soldaient par un échec. Il s'agissait d'un essai portant sur un inhibiteur Bach. Tous les essais concernant l'immunothérapie ont échoué en phase 3. Nous sommes dans une impasse sur le plan thérapeutique malgré tous les efforts qui ont été faits ces dernières années. C'est aussi, sans doute, une impasse sur le plan des hypothèses concernant la maladie d'Alzheimer et les démences. Je n'entre pas plus avant dans ce débat.

### Impasse des hypothèses et échec thérapeutique d'un côté et diminution de l'incidence et de la prévalence du déclin cognitif de l'autre côté, sans que l'on ait rien fait pour.

En effet, depuis cinq ou six ans, des articles scientifiques concernant différents pays, en particulier des pays développés, montrent que l'incidence et la prévalence du déclin cognitif ou de la maladie d'Alzheimer ont diminué. En France, le travail fait à Bordeaux qui compare l'étude PAQUID à l'étude des 3 cités, suggère une diminution de l'incidence des démences. Une nouvelle fois, on ne connaît pas les causes de la maladie d'Alzheimer ou plus largement du déclin cognitif lié à l'âge et on n'est pas capable de les soigner mais on observe le déclin de leurs incidences et de leurs prévalences, laissant à penser qu'on a pu freiner la survenue des démences.

Pour aller un peu plus loin, je vous détaille les résultats de l'étude de Framingham. C'est l'étude la plus convaincante. Elle a été publiée dans le New England Journal of Medicine. Elle montre une diminution de l'incidence cumulée des

maladies neurodégénératives, pour la démence comme pour la maladie d'Alzheimer. En 30 ans, on observe une diminution du risque de près de 20 % par décennie. C'est considérable.

### Comment expliquer ces tendances ?

Nous avons plusieurs hypothèses pour expliquer ces résultats. La première à examiner, pour pouvoir l'écarter, est que les résultats sont dus à un biais d'étude. Au cours du temps, la façon dont les personnes sont recrutées dans les études change. Dans les cohortes successives, les enquêtés ont tendance à être en meilleure santé. Nous verrons en quoi cette hypothèse est plausible ou non. La deuxième hypothèse, c'est qu'on contrôle mieux aujourd'hui que dans le passé un certain nombre de facteurs de risques de survenue des démences et de la maladie d'Alzheimer, en particulier les facteurs de risque vasculaire. Je vais aussi essayer de l'illustrer. La troisième hypothèse sur laquelle je me concentrerai concerne l'impact de l'éducation, parce que les niveaux d'éducation de la population âgée se sont largement améliorés au cours du temps. Avec l'amélioration du niveau d'éducation vient une augmentation de la fréquence et de la densité d'un certain nombre d'activités cognitives qui par effet retour stimule le cerveau. Les métiers d'aujourd'hui, que permettent les niveaux d'éducation actuels, sont intellectuellement plus stimulants mais aussi les activités de loisir. Ces éléments, sûrement déterminants, sont difficiles à mesurer dans les études de cohortes.

**Première hypothèse :** les conditions d'échantillonnage ou de mesures ont-elles changé au cours du temps ? Est-ce que ces changements peuvent avoir influencé la façon dont les participants ont été recrutés ? Seraient-ils en meilleure santé et que, par conséquent, on observerait une plus faible incidence des démences ? Nous avons quelques éléments pour penser que c'est en partie vrai. En France, il y a peu d'exemples d'études qui ont été ré-échantillonnées au cours

du temps où on pourrait vraiment comparer. Mais il y a un bel exemple aux États-Unis avec l'étude Health and Retirement Study (HRS). On observe une diminution constante des taux de participation à l'étude. On voit la même tendance au cours des vingt dernières années avec d'autres études américaines ; les personnes qui participent aux enquêtes sont de plus en plus sélectionnées.

La question est de savoir si cette évolution peut influencer l'incidence rapportée dans de telles enquêtes. Si on fait l'hypothèse que les personnes qui ne sont pas incluses dans les études sont celles qui sont le plus à risque d'être atteintes de troubles cognitifs, l'impact n'est sûrement pas négligeable. La diminution des taux de participation aux études au cours du temps peut avoir une influence sur les tendances observées. Cependant, il est difficile de mesurer de façon formelle cet impact. Nous ne savons donc pas bien si la diminution des taux de participation a eu une influence sur les tendances de la démence que l'on a pu observer.

**Deuxième hypothèse qui est plus attrayante :** on contrôlerait mieux les facteurs de risque vasculaire. Il est vrai qu'au cours de la période où l'on observe une diminution de la prévalence des démences, on contrôle mieux un certain nombre de facteurs vasculaires. La consommation de tabac a fortement diminué. La prise d'antihypertenseurs a augmenté et la pression artérielle mesurée a diminué légèrement mais significativement. À côté de ces améliorations, on note deux problèmes persistants, même en France, à savoir une augmentation importante du diabète et de la masse corporelle, deux facteurs de risque majeurs de démence. Dans l'étude de Framingham, la prise en compte de l'évolution des facteurs de risque vasculaire n'explique en rien les tendances observées. Les évolutions parallèles des facteurs de risque pourraient laisser penser qu'ils ont eu une certaine influence, mais les analyses statistiques formelles montrent qu'ils n'expliquent pas les tendances de la démence.

**Troisième hypothèse :** la dernière hypothèse sur laquelle je vais passer le plus de temps, c'est le rôle qu'a pu jouer l'éducation dans les évolutions constatées, en particulier en prenant en compte tout ce que l'éducation peut amener en termes d'activités cognitives stimulantes.

### Quelles évidences a-t-on pour l'éducation et son rôle ?

Entre le début et la fin du XX<sup>e</sup> siècle, le nombre moyen d'années de scolarité, par exemple pour les États-Unis, est passé de 6 ans à un peu plus de 12 ans. En France, les tendances sont similaires. On part encore de plus bas dans

certains pays en voie de développement, mais les tendances sont similaires. Cette augmentation de la durée de la scolarité s'accompagne d'une amélioration du niveau du quotient intellectuel (QI), tel qu'on le mesure. C'est ce que l'on a appelé l'effet Flynn. Il a été montré que de 30 ans en 30 ans, il y a une augmentation significative du QI.

### Ces évolutions constatées dans l'enfance sont reportées, 60 ans plus tard, chez les personnes âgées.

Dans l'étude écossaise de Ian DEARY, étude remarquable qui porte sur la vie entière (ce qui est très rare), on a observé une corrélation entre le QI à l'âge de 11 ans et le QI à l'âge de 80 ans. La question est de savoir comment cette évolution peut avoir une influence sur l'évolution de l'incidence de la démence. L'hypothèse c'est que quelqu'un avec un niveau d'études plus élevé aura un pic de cognition qui sera plus élevé, et que le temps pour pouvoir détecter un déclin cognitif et/ou une démence, le plus souvent liée à un seuil de fonctionnement cognitif, sera allongé. Clairement, l'augmentation du niveau d'études peut impacter l'évolution de l'incidence des démences. On a pu calculer pour les États-Unis qu'une augmentation de 30 % de la population qui a un niveau d'études élevé, a pu avoir comme conséquence un déclin de 18 % du risque de démence.

**Le niveau d'études est une mesure grossière des mécanismes qui peuvent jouer.** Le niveau d'études influence le choix des professions et la vie sociale. Il est donc difficile de dire ce que l'amélioration du niveau d'études signifie. Mais on a quand même quelques éléments pour aller plus loin. Un certain nombre de travaux ont montré qu'en plus du niveau d'études, il est important d'avoir un métier stimulant. Aux États-Unis, les professions ont été classées en fonction de leur exigence en termes de cognition, « *high demanding* » ou pas. Plusieurs travaux ont montré qu'avoir un métier qui était exigeant sur le plan cognitif était associé à un faible risque de développer une démence. Il a été montré dans différents pays, en France en particulier avec un travail que j'ai réalisé avec Françoise Forette à partir des bases de données du RSI, qu'un âge élevé de départ à la retraite était associé à un risque diminué de démence. Il y a, ainsi, plusieurs éléments pour penser qu'avoir une activité cérébrale stimulante à l'âge adulte est associé à un risque diminué de démence. Mais c'est difficile de le prouver d'une façon irréfutable, notamment au travers d'essais randomisés ; ces derniers ne montrant pas que la stimulation intellectuelle chez les personnes âgées retarde le début de la maladie ou son évolution. Une revue « Cochrane » sur les essais randomisés portant sur la stimulation intellectuelle est négative. On a peu d'information sur la stimulation intellectuelle auprès des personnes

atteintes de MCI (mild cognitive impairment). À des stades plus avancés de démence, la seule chose qui s'améliore, c'est la qualité de vie. Il n'y a aucun impact de la stimulation intellectuelle sur l'évolution du déclin cognitif ou le décès, l'effet ne concerne que la qualité de vie. Avouons, toutefois, que les travaux qui s'intéressent à la stimulation cognitive tard dans la vie, via la profession et via les activités de loisirs, ont de grosses faiblesses méthodologiques car la plupart du temps, ils ne tiennent pas compte des trajectoires de vie. Les études comme celles de Ian DEARY dont j'ai déjà parlé et qui portent sur l'exposition aux risques sur la vie entière suggèrent que c'est la trajectoire initiale qui compte le plus, donc le niveau d'études, et que ce sont les conditions sociales dans l'enfance qui sont le plus associées aux risques de démence.

**Sur la base de ces informations et en termes de santé publique, il y a trois pistes** pour essayer de retarder l'émergence de la démence.

**La première**, c'est la piste de la prévention primaire. Idéalement, compte-tenu des connaissances actuelles sur l'origine de la maladie d'Alzheimer, il faudrait prévenir l'accumulation de l'amyloïde beta et de tau. C'est totalement illusoire aujourd'hui.

**La seconde**, c'est la piste de la prévention secondaire. On pourrait ralentir la progression de la maladie qui a déjà commencé. Une des pistes serait de parvenir à éliminer ou arrêter l'accumulation des plaques d'amyloïde. Les essais montrent qu'on peut le faire mais pour l'instant ça ne change rien sur le plan cognitif, mettant en échec cette stratégie de prévention secondaire.

**La troisième piste**, c'est celle de la prévention tertiaire. Là, on a plus d'espoir. Mais ce qui est paradoxal, c'est qu'une façon de réduire à terme l'impact de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des patients, c'est d'améliorer leur niveau d'études alors qu'ils sont jeunes et encore très loin de la maladie.

**En conclusion** et en termes de santé publique, le déclin actuellement observé de l'incidence de la démence peut être dû en partie à des biais, notamment à cause des changements méthodologiques qui ont pu se produire au cours du temps au sein des études d'observation. Pour l'instant une prévention primaire de la maladie d'Alzheimer reste du domaine du rêve. Les espoirs portent sur la prévention secondaire mais surtout tertiaire de la maladie, en améliorant l'éducation et en promouvant les bons comportements de santé, en particulier vis à vis des risques vasculaires. Le plus grand espoir face à cette maladie, qui se développe sur la vie entière et handicape les gens

surtout à des âges très élevés, repose sur les actions très tôt dans la vie. C'est le paradoxe et la complexité de la santé publique moderne. Aujourd'hui la prévention de la maladie d'Alzheimer repose essentiellement sur des stratégies visant à promouvoir le meilleur développement cognitif possible et à augmenter le niveau d'éducation des plus jeunes d'entre nous, à savoir de nos enfants.

# ADAPTABILITÉ ET TECHNOLOGIES

## 2. ALIMENTATION, NUTRITION, MÉTABOLISME



**Serge LUQUET**

Université Paris Diderot - Paris 7, CNRS UMR 8251

## Cerveau et contrôle du comportement alimentaire et du métabolisme

Bonjour à tous, merci beaucoup pour cette invitation. Comme l'a dit Giovanni, ça m'a pris un petit peu de temps de préparer le topo pour aujourd'hui, puisque ce n'est pas effectivement le même public, et l'idée c'était de partager avec vous deux éléments. Ça reste un peu en l'air à la fin, on n'a pas de solution. Mais pourquoi dans le domaine du métabolisme, c'est important de réfléchir à l'aspect physiologique du métabolisme, comment on arrive jusqu'à l'âge ? On peut se permettre de vieillir déjà d'une, et puis quels sont les domaines actifs de recherche en tout cas, dans la niche très particulière qui est la mienne dans lesquels on peut associer vieillissement, bien vieillir entre guillemets et puis replacer le métabolisme au centre de ça. Donc, ça sera une partie un petit peu d'histoire et puis ensuite de discussion.

**Alors, la première chose que je présente assez systématiquement, une chose très bête mais qui ne nous semble pas toujours évidente, c'est la balance énergétique,** c'est-à-dire l'équilibre entre les entrées d'énergie et les sorties d'énergie. Et en fait, c'est un système assez têtue, puisque ça répond au premier principe de thermodynamique dont certains d'entre vous se souviennent peut-être, c'est-à-dire : *rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme*, ce qui en termes de prise alimentaire et de métabolisme chez l'homme, on va dire qu'un hamburger ou bien un muffin que vous avez mangé tout à l'heure, ou vous le brûlez, ou alors il va être stocké quelque part. Alors, quand on parle de prise alimentaire, là, je ne fais qu'effleurer là-dessus mais c'est un domaine de recherche extrêmement actif et c'est un domaine dont on sait tous qu'il impacte à la fois dans le jeune âge et ensuite plus tard au cours de la prise de l'âge, quels sont les déterminants de la prise alimentaire, c'est-à-dire pourquoi on mange ? Donc, premier élément, on va en discuter un tout petit peu en ne citant qu'une hormone particulièrement parce qu'elle est vraiment la structure canonique de cette régulation : la leptine, mais vous allez

avoir un ensemble de facteurs dits intrinsèques, en fait toute combinaison possible et imaginable d'une alchimie qui va circuler dans le corps ou de neurotransmetteurs ou les peptides ou d'hormones, etc. qui va avoir pour vocation d'informer le cerveau du statut énergétique, c'est-à-dire combien d'énergie il vous reste. Alors ça peut être pour n'importe quoi, ça pourra être pour une tâche quotidienne ou ça pourra être pour un marathon. Deuxième élément, c'est un facteur émotionnel. Quand je dis émotionnel, ça peut être plus général que ça, mais dans les comportements alimentaires qu'ils soient alors anorexiques, à l'extrême, boulimique de l'autre, ou bien les comportements normaux, vous avez le stress, l'ennui et bien d'autres qui vont capitaliser sur le pouvoir par exemple anxiolytique de nourriture. Par exemple, à l'extérieur, si vous avez demandé un financement et vous l'avez obtenu et vous êtes extrêmement heureux, vous allez manger un muffin, bon. En revanche, si effectivement, en plus votre voiture a été volée le matin et vous avez perdu votre ANR, le même muffin que vous allez manger dehors, il va avoir une qualité entre guillemets beaucoup plus importante sur laquelle on peut capitaliser aussi. Et puis ensuite, c'est les facteurs extrinsèques, alors, principalement ça, c'est l'objet du politique, c'est-à-dire, la nourriture elle est là, elle est bien présentée, et souvent cette nourriture est riche en graisse et en sucre. Vous allez voir qu'on va aborder les thématiques d'obésité d'abord pour ensuite rentrer dans le cadre du système nerveux central. Et c'est-à-dire, les nourritures les plus faciles d'accès, c'est vrai aux États-Unis mais c'est vrai ici aussi, souvent sont riches en graisse, riches en sucre, on les considère comme appétentes. Encore une fois, si dehors à la sortie avec le café, vous aviez eu des brocolis et des carottes, vous ne vous seriez pas nécessairement jetés dessus, alors qu'on a tous la conscience, ne serait-ce culturelle, que c'est bon pour la santé. Et donc, dans le domaine de recherche qui m'intéresse, on oppose souvent dans le cerveau deux structures : une structure qui va réguler un petit peu votre

métabolisme sans que vous en ayez véritablement conscience, on va un petit peu parler de ça, et puis, des structures un petit peu plus hiérarchisées qui en gros vont travailler sur des comportements et les prises alimentaires par exemple, plutôt parce qu'on en a envie, puisque ça fait plaisir entre guillemets, même si c'est plus élaboré.

Donc ça, ça revient à la question : pourquoi mange-t-on ? À la fois des aspects hédoniques et à la fois des aspects de besoins métaboliques.

**Alors, le deuxième aspect que je veux partager avec vous, encore une fois c'est un élément très simple pour revenir à notre premier principe de thermodynamique,** mais c'est simplement pour vous expliquer à quel point la manière dont le cerveau va contrôler la prise alimentaire et le métabolisme de telle manière à ce que l'énergie soit stable, encore une fois le poids corporel fait partie des variables physiologiques les plus stables. Quand on pèse quelqu'un à 18 ans et quand on le pèse à 80 ans, souvent, on a à peu près les mêmes poids. Alors, il y a des variations autour de Noël et janvier, mais si on lisse sur une grande période de temps, c'est à peu près la même chose. Et là, vous comprenez bien qu'il y a des facteurs, donc environnementaux d'une part, génétiques, épigénétiques, nutritionnels, qui vont conduire à une stature. Encore une fois, si vos deux parents font 1,90 mètre, il y a des chances que vous soyez grand. Donc, vous allez avoir des déterminants qui vont contrôler un poids, et ce poids de consigne au fond, beaucoup de systèmes redondants vont se mettre en place pour le conserver, à la hausse comme à la baisse. Alors, ça, on est conscient, mais après ce qui n'est pas évident, c'est de comprendre à quel point c'est fin et hautement régulé. Donc, un exemple que je partage avec mes étudiants mais qui donne des choses assez sensibles : imaginez une minute, donc ça s'applique aux étudiants de Master mais ça peut s'appliquer pour nous, entre ce que vous avez mangé dans la journée et ce que vous avez brûlé en terme de métabolisme de base pour maintenir la température, etc. tout s'est équilibré parfaitement, vous arrivez à zéro. Et puis, le soir, devant la télé par exemple, vous vous offrez un biscuit ou un carré de chocolat par exemple, ce qui ne semble pas absolument délirant... ça, ça va correspondre à peu près à 50 kilocalories, d'accord, c'est pas énorme. 50 kilocalories pour l'étudiant de Master tous les soirs, si vous l'additionnez sur quatre ans, ça ne fait pas loin de 80 000 kilocalories, toute chose étant égale par ailleurs. En fait, si vous brûlez un kilo de tissu adipeux pur, vous vous rendez compte que vos 80 000 kilocalories approximativement de biscuits une fois tous les soirs, correspondent à 10 kilos de masse grasse qui ont été accumulés sur l'espace de quatre ans. Donc là, les étudiants, ça les frappe un peu, parce que ça veut dire que

ce tout petit biscuit s'est cumulé très rapidement à l'échelle d'une vie pour faire 10 kilos de masse grasse, donc c'est assez énorme. Au-dessus de 20 kilos de masse grasse, on commence à être dans des obésités qui sont compliquées à gérer. Tout ça pour dire que bien évidemment ce petit biscuit qui semble pas délirant, va se compenser relativement rapidement, et des mécanismes dont vous n'avez pas nécessairement conscience sont là justement pour le réguler.

**Les mécanismes de régulation dans la prise alimentaire,** on ne va pas entrer dans les déterminants complexes, mais on en parlera un petit peu après... Donc le métabolisme, comment vous allez perdre cette énergie-là ? Ce n'est pas très compliqué, il y a trois pôles : le métabolisme de base, là, votre foie par exemple est en train de brûler à peu près 30 % de votre énergie, le système nerveux aussi est un gros consommateur, la thermogénèse et l'exercice. Alors, tout ça amène l'idée qu'il y a une balance énergétique, c'est-à-dire, il doit y avoir un équilibre entre les entrées et les sorties. Donc, on le figure de différente manière mais c'est un petit peu toujours la même chose. C'est-à-dire, entre les différents apports alimentaires et la dépense énergétique, on a un équilibre, et nous allons rentrer un petit peu dans quelques exemples que l'on connaît dans le domaine, qui ont permis d'illustrer comment ça marche. Alors, les premières questions que se sont posés les physiologistes même pas au début de ce siècle, même avant : au fond, si vous avez un système régulateur aussi précis, quels sont les déterminants de ce régulateur ? Qu'est-ce qu'il doit y avoir absolument ? D'abord, un moyen permettant d'analyser les stocks énergétiques. Je prends un exemple tout simple, vous le connaissez tous : un nutriment qui dans votre corps, lorsqu'il tombe trop bas, va se traduire par un comportement alimentaire immédiat : le sucre. Quand on dit : « *Je vais manger puisque je me sens hypoglycémique* », c'est rarement le cas de fait. Donc là, il y a un système de réponse. Il faut adapter lorsqu'on a une variation d'un élément comme ça, il faut pouvoir avoir un système de traitement de l'information. Ce n'est pas tout de savoir qu'on n'a pas assez d'énergie ou trop, il faut ensuite pouvoir traiter l'information avec le cerveau, et puis ensuite, il faut un moyen, entre guillemets le bras armé de la politique, c'est-à-dire de dire : il faut bien en faire quelque chose. Dans le cas particulier qui nous occupe, c'est manger ou pas, d'accord ? Dépenser de l'énergie ou pas. Et puis, la boucle classique de la physiologie, le rétrocontrôle négatif : quand vous avez fini votre repas parce que vous avez eu faim, il faut quelque chose pour dire : stop, ça suffit. Vous imaginez bien que lorsque ce système est cassé, qu'il ne fonctionne plus, qu'il n'y a pas de système de rétrocontrôle pour dire : il faut s'arrêter, la pathologie la plus classique c'est les

comportements compulsifs et l'obésité, à l'extrême du spectre.

**Alors, la découverte de la leptine, pourquoi j'en parle ?**

Parce que je pense que c'est véritablement la découverte de cette hormone qui a propulsé en fait le champ de manière tout à fait considérable. À l'origine, l'idée, c'est la fameuse théorie lipostatique dans les années 1950, encore une fois l'idée physiologiste : ça serait quand même malin que le tissu le plus plastique dans votre organisme pour stocker ou libérer de l'énergie, en l'occurrence le tissu adipeux soit capable de dire au cerveau : *on a suffisamment mangé*, ou bien : *là, on commence à être en carence énergétique*, d'accord ?

Alors, il a fallu attendre les années 1990 pour découvrir l'hormone, la leptine, qui est produite par le tissu adipeux, d'accord ? Alors, je vous passe un peu sur la biochimie, on s'en moque un petit peu, mais ce qui est important, c'est que c'est une hormone va être produite en fonction de la proportion de masse grasse. Plus il y a de tissu adipeux, plus il y a de leptine. Elle est libérée dans le sang et elle rentre dans le système nerveux central. Ce qu'elle va y faire dans ce système nerveux central, c'est bien entendu parler aux cellules prépondérantes là et en l'occurrence les astrocytes et les neurones, les deux, et fondamentalement l'effet qu'elle va avoir, ça va être de diminuer la prise alimentaire. Donc, le concept est très simple : une expansion massive de tissu adipeux, l'hormone est libérée. Plus elle est libérée, plus elle arrive dans le cerveau pour dire : stop, il faut arrêter de manger. On revient à cette boucle de rétrocontrôle. Donc là, c'est l'expérience extrêmement classique chez le rongeur où vous voyez que si vous injectez un solvant où il y a la leptine, vous avez une perte de poids et une perte de prise alimentaire.

**Alors, la vision la plus classique, (extrait d'enregistrement en anglais) donc ça c'était Jeffrey Friedman du Rockefeller Institute. Donc, l'idée même un peu simpliste, c'est quoi ?**

Le tissu adipeux que vous avez vu ici, on voit sa leptine vers le cerveau qui va demander cette diminution de prise alimentaire parce que sinon on va prendre trop de poids. Si vous passez à une période de jeûne, cette masse adipeuse diminue, se faisant le frein qui est la leptine vers la prise alimentaire diminue d'autant. Et à ce moment-là, vous allez vous remettre à manger, et comme vous le comprenez bien évidemment, il y a une petite aporie conceptuelle dans ce que je vous raconte, c'est que ça quand ça marche de manière physiologique, c'est très bien. Mais bien évidemment dans les cas d'obésité dans lesquels il y a des masses adipeuses extrêmement importantes, il y a aussi des masses de leptine très importantes, et force est de constater que ça ne marche

pas. C'est un peu comme les concepts de diabète de type 2, on parle de leptino-résistance, et on ne sait toujours pas pourquoi. La leptine est là, elle devrait faire son travail, c'est un satiétogène, diminuer la prise alimentaire, elle ne le fait pas. Ça fait partie des domaines de recherche importants, mais dans le cas de régulations physiologiques classiques, voilà, en gros comment ça marche.

**Alors, pourquoi ça a été un domaine extrêmement**

**important ?** Parce que non seulement on a découvert des modèles animaux qui étaient des mutants spontanés de cette leptine. Le phénotype est très simple : l'animal est énorme, il mange tout le temps. Pourquoi ? Parce que le frein qui est censé dire au cerveau : *il faut arrêter de manger est cassé*, et ce faisant, l'animal mange de manière tout à fait importante. Et il existe, donc ça, c'est les cas rares dans les domaines de recherche préclinique, un équivalent humain. Donc de la même manière dans les diabètes de type 1, la perte d'insuline 1 provoque une dérégulation du glucose. Il y a des cas rares d'obésité mono-génique comme ce petit garçon qui ne peut pas produire de leptine. C'est une mutation spontanée, donc ce petit garçon n'a pas de signal de frein vers le cerveau lui disant : il faut arrêter de manger. La nouvelle qui est extraordinaire, c'est que si on traite cette personne avec de la leptine recombinante, vous améliorez la stature, vous améliorez le poids, vous améliorez tous les paramètres qui vont. Encore une fois là, vous avez un système de clé et de serrure qui marche de manière remarquable : une hormone qui parle au cerveau, qui demande de diminuer la prise alimentaire et d'augmenter le métabolisme énergétique. Alors, l'idée n'est pas de rentrer dans tous les concepts de neuro-anatomie, mais on va aller un tout petit peu plus loin. Évidemment, la leptine est un des facteurs qui est capable de rentrer dans le cerveau et de signaler au système nerveux central les niveaux énergétiques. Il y en a bien entendu beaucoup. Et d'ailleurs, la plupart tapissent toute la partie digestive. Quand on regarde dans l'intestin, du moment où on met quelque chose dans sa bouche, au moment où ça passe à travers le tractus intestinal, il y a pléthore de signaux nerveux, de libération d'hormones tout aussi différentes les unes des autres, qui vont avoir pour fonction de venir moduler de manière intelligente cette régulation. Si vous mangez des graisses par exemple, vous allez avoir des facteurs qui vont se mettre en place pour préparer le corps à l'utilisation des graisses ou des carbohydrates.

**Et une des cibles importantes de cette leptine, lorsqu'elle rentre dans le cerveau ici, vous avez un agrandissement de l'hypothalamus, ce sont deux populations de neurones qui ont focalisé énormément l'attention dans le domaine,**

vous allez le voir, qui sont les premiers effecteurs. Ce sont les premiers à voir cette leptine changer dans le plasma, et ils vont adapter une réponse, parce que un neurone est capable de le faire, c'est d'envoyer un signal : oui ou non du point de vue d'un potentiel d'action, il va donc communiquer avec ses collègues dans le système nerveux.

Alors, ces neurones, pourquoi ils sont intéressants ?

Donc, si on regarde ici l'anatomie du système nerveux central, donc l'hypothalamus, ça ressemble un petit peu à ça, comme on a des étudiants, je dirais, il ne faut absolument pas retenir les structures, mais tout ça pour dire qu'il y a eu beaucoup de progrès faits dans la manière dont ces groupes de neurones très différenciés communiquent les uns avec les autres.

Dans les domaines précliniques qui sont essentiellement mon domaine d'activité, vous avez la même chose : c'est une coupe de cerveau mais de souris ou de rat, et l'hypothalamus va se trouver dans cette zone ici qui nous intéresse.

Donc, pareil, la structure et la manière dont ça répond, est à peu près identique. Les cerveaux ne sont pas identiques, mais entre guillemets, les interconnexions entre les groupes de neurones qui sont dans l'hypothalamus, sont à peu près identiques chez l'homme et chez l'animal. Donc, la partie qui nous intéresse est ici, et c'est essentiellement cette zone-là qui va nous intéresser, et les neurones qui nous intéressent vivent très près de cette zone d'échange avec le sang, donc ils sont les premiers à savoir ce qu'il se passe dans le sang.

**Alors, dans cette structure,** chaque grain noir correspond à un neurone. Et pourquoi ces neurones ont focalisé énormément l'attention ? Ces neurones fabriquent des outils dont on considère qu'ils sont les médiateurs de la prise alimentaire les plus puissants. C'est-à-dire que les neurones qui fabriquent ici une molécule qu'on appelle la GRP, voilà, lorsqu'on injecte cette molécule chez un rongeur, l'animal va se mettre à manger pendant deux jours. À l'inverse, les neurones qui fabriquent la pro-opiomélanocortine ici, sont des neurones qui vont faire exactement l'opposé. Quand cette hormone est fabriquée, quand elle est libérée par ces neurones, l'animal s'arrête de manger. C'est vrai d'ailleurs chez l'homme, vous avez le voir aussi. Et donc, ces deux groupes de neurones définissent en fait une structure un peu en Ying et Yang, on va y revenir derrière, dans laquelle ils se livrent une bataille sans fin pour savoir lequel va gagner et lequel va promouvoir la prise alimentaire. Donc ces neurones sont capables de dialoguer via leur outil principal qui est en gros les potentiels d'action. La question, c'est : finalement quel est le bras armé, comment ces neurones sont capables de moduler de manière fine le métabolisme ? Par exemple la thermogénèse, le métabolisme du foie dont on a parlé tout à

l'heure. Si vous regardez ici dans l'hypothalamus, ces petits groupes de neurones dont je vous ai parlé tout à l'heure, lorsque la leptine rentre dans le cerveau, donc signalant la quantité énergétique du tissu adipeux, ces neurones vont directement venir discuter avec une autre structure du cerveau qui est juste à côté et qui contient quoi ? Des neurones qui fabriquent la thyrotropine releasing hormone, ça ne vous dit rien, mais c'est tout simplement le contrôle de l'axe thyroïdien. Et la thyroïde, ça fait partie des effecteurs les plus puissants du métabolisme. Trop de thyroïde, c'est une perte massive de tissus adipeux, de masse grasse. Et en l'occurrence, si vous n'avez pas de thyroïde du tout, c'est l'inverse, il y a une augmentation de la masse adipeuse de manière assez importante. Je le dis aussi parce que dans les domaines de recherche sur les animaux par exemple, les modèles animaux et humains aussi, qui ont une très bonne corrélation entre le mieux vieillir, une capacité à vivre longtemps avec une bonne activité, on sait que la corrélation entre l'axe thyroïdien et la modulation des hormones thyroïdienne, est un des facteurs prépondérants qui va permettre de prédire comment quelqu'un ou un animal peut évoluer et bien évoluer.

Donc, ces deux groupes de neurones-là forment un point focal dans le domaine de recherche en disant : qu'est-ce qui les régule ? Comment ça marche ? Et comment se fait-il qu'à ce niveau-là du système nerveux central, se retrouvent en fait ces deux populations capables de contrôler à la fois le métabolisme et le comportement alimentaire ?

### **Alors, pourquoi ils sont si importants ?**

Tout simplement parce que quand on regarde ce que ces neurones fabriquent et là où ils sont capables de signaler, on peut retourner vers les gènes qui sont impliqués dans la fabrication de ces molécules, et on se rend compte que dans toute la voie de signalisation qui part du tissu adipeux jusqu'aux effecteurs de la prise alimentaire ici ou du métabolisme, s'il existe une seule mutation à un seul endroit, quelque chose qui perturbe cette signalisation depuis l'hormone leptine jusqu'à la manière dont les neurones vont être sollicités pour être capables de libérer leurs peptides jusqu'à que certains récepteurs soient capables d'y répondre, il y a systématiquement une mutation dans ce domaine-là qui se traduit par une obésité massive et toute la constellation des pathologies qui lui sont associées : diabète de type 2, maladie cardio-vasculaire, dyslipidémie, etc.

Donc, tout ça pour vous dire : on est dans un groupe de neurone extrêmement restreint dans une toute petite partie du cerveau, et c'est là que 99 % des mutations causant une obésité mono-génique se trouvent.

Alors, c'est très bien ça. **Et pourquoi je parle du cerveau ?**

Quand on parle d'obésité, souvent la première chose qu'on va avoir en tête sur l'obésité : c'est un problème de tissu adipeux, il y a trop de gras. Quand on parle de maladie cardio-vasculaire, c'est le cœur qui est problématique. Le diabète, ça va être le pancréas ou les muscles. Donc, en quoi le cerveau peut-il avoir une place aussi fondamentale dans l'orchestration de l'activité de tous ces... et on verra ensuite pourquoi dans le vieillissement, de tous ces organes ? Mais tout simplement parce que le cerveau est le seul organe qui est connecté, directement branché avec tous ces organes-là. Et ce branchement-là, c'est ce qu'on appelle le système autonome. C'est-à-dire, quand on regarde de part et d'autre, de manière directe ou indirecte, le cerveau a directement son mot à dire à l'activité de chacun de ses tissus, depuis les reins, le cœur, le foie, le pancréas, l'estomac, etc. Donc, le cerveau à un moment donné il est capable directement d'orchestrer l'activité de l'ensemble de ces tissus-là.

**Et on sait que par exemple, lorsque le système dit**

**parasymphatique domine**, c'est-à-dire, lorsque le cerveau a décidé qu'il y avait une branche qui devait être plus active, c'est quand vous allez vous coucher. Théoriquement quand vous allez vous coucher, le système sympathique s'effondre, vous avez moins besoin de garder votre température très haute, et le système parasymphatique, ce qu'il va faire, c'est s'assurer que vous puissiez stocker de l'énergie pour que vous puissiez le libérer le lendemain matin. Il y a encore très peu de temps dans l'évolution de l'humanité, on n'avait pas de chocolat et de croissant le matin quand on se levait, et on ne devait sa survie à un prédateur par exemple, que dans notre capacité de libérer du sucre par le foie quand on se levait le matin. Dans la nuit, ce que le cerveau fait, c'est dire au foie : il faut stocker de l'énergie quel que soit les niveaux par ailleurs d'insuline. Et il le fait pour tous les tissus, et le système sympathique c'est l'inverse. Donc, une autre manière de visionner le problème, c'est celui-là. Je vous ai parlé de la leptine, et au fond, voilà une vision un petit peu plus physiologique. Lorsque le cerveau intègre ces signaux en temps réel, qui vont arriver au cours d'un repas, après le repas, à l'échelle d'une semaine et à l'échelle d'une vie, le cerveau ajuste en permanence la manière dont tous ses tissus dialoguent les uns avec les autres. J'insiste là-dessus parce que là vous vous rendez compte que ce n'est pas une problématique d'un tissu, une problématique de physiologie, j'entends physiologie au sens de Claude Bernard, c'est-à-dire : si on ne comprend pas comment le cerveau parle au foie, le foie au pancréas, le pancréas au muscle, on loupe une partie de l'équation.

Et donc, tout ceci a amené un concept qui est tout à fait vivant dans le domaine, qui s'est dit : mais au fond, dans tous les maladies métaboliques, donc on rappelle le syndrome métabolique, c'est-à-dire l'obésité plus toutes ces maladies corolaires, on va beaucoup parler d'un problème encore une fois de foie, de pancréas et autre, mais est-ce que ça ne pourrait pas être un problème de système nerveux central dès le départ ? Et donc, de plus en plus, on est en train de se dire que peut-être l'obésité est un problème et une pathologie du système nerveux. Comme dans une certaine manière, les maladies neurodégénératives, ça c'est beaucoup plus évident parce qu'on en voit le phénotype. Mais c'est plus compliqué d'imaginer qu'une pathologie par exemple cardio-vasculaire, ou une pathologie d'insulo-dépendance, puisse avoir quoi que ce soit à voir avec le cerveau.

**Alors, je vous amène à tout ça pourquoi ?** Au fond pourquoi essayer de repenser un peu à la physiologie du métabolisme dans toutes ses subtilités ? Et pourquoi finalement mettre le métabolisme aussi complexe que soient ses méthodes de régulation, au cœur du vieillissement ? Et là, je vais prendre l'exemple de Luigi Cornaro. Ici, vous avez une peinture de Le Tintoret, donc c'est à Florence en Italie. Quelle est son histoire ? C'est très simple, c'est quelqu'un qui était un bourgeois vénitien, qui mangeait bien, il aimait bien manger, il aimait bien boire. Et en fait, il s'est rendu compte qu'il n'allait jamais atteindre les 40 ans. C'est-à-dire qu'en gros, il était pratiquement condamné, et on est en 1494 mais ça lui suffisait pour savoir que c'était foutu. Pourquoi ? Parce qu'il était en surpoids, il était pré-diabétique, il avait la goutte. Donc, il a décidé d'avoir une action assez drastique, et de ce jour, il a arrêté de manger ce qu'il mangeait, et il s'est mis une ration hypocalorique qui consiste à peu près à 350 grammes de pain, des œufs et de la soupe et deux verres de vin, j'insiste sur les deux verres de vin. Ça l'a amené jusqu'à 102 ans, d'accord ? Et 102 ans dans lequel il a pu écrire au cours de ces années-là un traité de la vertu de manger peu. Et depuis dans le domaine de la recherche ça s'appelle comment ? Une expérience de restriction calorique. Dans le domaine du vieillissement, vous en avez sûrement entendu parler, puisque c'est un lien extrêmement fort entre le graal du biologique : va-t-on trouver une méthodologie qui va permettre de vivre éternellement puisque c'est le cas, qui n'est pas nécessairement la problématique, mais en tout cas bien vivre ou vivre le plus longtemps possible ou le mieux possible ?

Alors en fait, ce que Cornaro a fait et ce qui depuis a été appliqué de différentes manières sur différents modèles, **la restriction calorique, c'est quoi ?** Alors, c'est vrai chez la

mouche, c'est vrai chez le ver, c'est vrai chez l'homme et c'est vrai chez la souris : on va restreindre la quantité calorique. On ne dit pas : on enlève, on n'est pas en train de faire mourir de faim. On restreint un petit peu la quantité calorique. Et ce que l'on sait, c'est que ça, ça a un effet... On ne connaît pas exactement ce que ça fait, mais il est clair que ça a un effet sur le système nerveux central dont je vous ai dit qu'il était capable de contrôler l'activité de tous ces tissus. Et ça se traduit par une multitude de phénomènes qu'on commence à peine à décrire, et qu'on commence à peine à expliquer. Les effets métaboliques de restriction calorique, c'est quoi ? Déjà, on diminue la prise alimentaire, ça on le savait. On diminue certains paramètres comme la température. Le métabolisme de base, lui, ne change pas beaucoup, on perd du gras évidemment. Le coefficient respiratoire, c'est un paramètre qui vous permet d'évaluer quelle est la quantité de graisse qui est brûlée par l'organisme. Ça se traduit aussi par les effets physiologiques.

**Alors, les effets physiologiques,** c'est extrêmement intéressant de ce côté-là. Un, ce qu'on appelle la flexibilité métabolique. Alors, la flexibilité métabolique, c'est exactement comme être capable de faire un grand écart, mais plus exactement, ça, c'est de l'aspect musculaire, plus d'un point de vue énergétique, c'est : comment votre corps sait quand il va falloir brûler du sucre ou du gras. Tout à l'heure, vous avez mangé un muffin. Un muffin, il y a du gras et du sucre et un petit peu de protéines. Comment se fait-il que votre corps ajuste, encore une fois sans vous le dire, et est parfaitement capable de brûler les graisses quand il faut brûler des graisses et les sucres quand il faut brûler des sucres ? Et comment il est capable d'osciller d'une source particulière vers une autre. C'est ça la flexibilité métabolique. Ce que l'on sait, c'est que cette restriction calorique se traduit aussi par une diminution de l'inflammation, donc vous savez tous que l'inflammation est un des déterminants importants aussi notamment des maladies neurodégénératives, les maladies liées à l'âge évidemment. La restriction calorique est aussi capable de potentialiser et de maintenir des niches de cellules souches, qu'elles soient neuronales ou qu'elles soient hématopoïétiques, et puis d'entretenir les capacités de réparation de l'ADN. Donc, vous voyez ici, ça, c'est les mots-clés qui sont tout associés dans le domaine de biologie au vieillissement.

**Et donc, l'effet sur la longévité, c'est quoi ?** Alors, ça c'est vrai pour le coup, encore une fois, c'est très étonnant mais c'est corroboré à plusieurs niveaux. Encore une fois, vous pouvez prendre un ver, une mouche, une souris, la restriction calorique va se traduire par l'allongement de la longévité. La question étant : est-ce que c'est une longévité meilleure ?

Est-ce qu'on vit de fait mieux ou c'est juste le temps de la mort qui a été repoussé ? C'est des questions ouvertes. Donc, je vais m'arrêter là-dessus simplement pour finir sur ce point-là, et tout ça c'était pour partager avec vous une illustration sur un domaine de recherche dans lequel partant du domaine de l'obésité, puisque c'est un domaine dans lequel il y avait énormément de recherches en biologie, on a découvert des structures qui dans le cerveau contrôlent le métabolisme, et on s'est rendu compte que ces mêmes structures contrôlaient au-delà du métabolisme, la capacité que chaque organe a d'interagir avec un autre et d'optimiser ce qu'il fait avec l'alimentation.

**D'une autre manière, c'est au fond de dire qu'on est ce que l'on mange.** Donc, c'est un peu caricatural, mais d'une certaine manière c'est en partie vrai. C'est-à-dire, lorsqu'on a une équation parfaite entre ce que l'on mange et la manière dont le corps est capable d'utiliser ce que l'on mange, ce qui est vraiment de la physiologie complexe et qui m'intéresse beaucoup, au fond on a l'adéquation parfaite dans laquelle le bolus alimentaire va être parfaitement redirigé par les organes pour être utilisé de manière optimale, sans espèce radicalaire de l'oxygène, sans stress, sans etc. juste quelque chose qui va parfaitement supporter les fonctions physiologiques.

Je m'arrête là juste avec un petit aperçu, mais on pourra en discuter un petit peu, sur l'application dans les domaines de recherche et financé par l'Europe qui nous intéresse avec Giovanni et Claudio. On fait partie d'un consortium européen, vous voyez ici : *Health and the Understanding of Metabolism, Aging and Nutrition*. À part le fait que ça fait HUMAN et que c'est joli pour un projet européen, il y avait aussi l'idée que c'est le couplage entre la nutrition et le aging. **Pourquoi le vieillissement et nutrition doivent être associés ?** Au fond, on ne dispose pas de modèle dans lequel on peut accélérer les processus de vieillissement et comprendre ce qui se passe chez l'homme, donc l'idée était d'utiliser le modèle des animaux dans lequel une partie des mutations qu'on connaît chez l'homme sont responsables d'un vieillissement prématuré, par exemple d'une maladie cardiovasculaire, d'une maladie d'obésité. On va essayer de fabriquer un modèle rongeur qui va nous permettre finalement de travailler dans un temps beaucoup plus réduit, et de poser toutes les questions de manière systématique qu'on vient de poser là, c'est-à-dire : quels sont les déterminants physiologiques qui permettent de moduler, de contrôler et on espère de guérir, l'optimisation entre un corps, sa charge alimentaire et son métabolisme, encore une fois pour un vieillissement qui soit le plus optimal possible à tous points de vue ? Voilà. Là-dessus, je vous remercie pour l'attention.



**Gaëlle SORIANO**  
Gérontopôle - CHU de Toulouse

## L'autonomie alimentaire pour la personne âgée

Je suis diététicienne mais je ne vais pas vous parler de calories. Dans le cadre de mon travail clinique en service de gériatrie au CHU de Toulouse, j'ai souvent été confrontée à des personnes âgées qui modifiaient leur alimentation parce qu'elles rencontraient des difficultés à préparer le repas et faire leurs courses. Que leur proposait-on comme solution à ce moment-là ? Si la famille ne pouvait se faire le relais pour assurer ces activités, on indiquait un portage de repas, la mise en place d'aide à domicile, voire des compléments alimentaires. De ce fait, au lieu d'essayer de maintenir l'autonomie dans les activités liées à l'alimentation, on leur en enlevait encore. Faire les courses, cuisiner sont des activités quotidiennes essentielles chez les personnes âgées, qui peuvent occuper plusieurs heures dans la journée, demandent de sortir du domicile, de choisir les aliments afin de varier les menus, nécessitant et participant au maintien des capacités physiques et cognitives. À mon sens on manquait de solutions adaptées pour les personnes qui se retrouvaient confrontées à ces difficultés, et c'est ce qui m'a donné envie d'approfondir cette thématique d'autonomie alimentaire dans le cadre de ma thèse.

L'analyse de la littérature nous montre qu'autonomie et nutrition sont deux facteurs associés chez la personne âgée, et que cette association peut jouer dans les deux directions. Les personnes dénutries sont plus à risque d'incapacité du fait d'une perte de force musculaire, et inversement, la perte d'autonomie peut aussi impacter aussi le risque de malnutrition, dans le sens où la limitation d'activité liée à l'alimentation telles les courses et la préparation des repas peut contraindre le choix alimentaire.

L'étude transversale Aupalesens montre notamment que, plus les personnes sont aidées et particulièrement pour les repas, plus elles sont à risque de dénutrition. L'origine de la dénutrition est plurifactorielle (van der Pols-Vijlbrief, 2014 ; Fávares-Moreira, 2016) et l'impact des difficultés liées aux repas est un sujet qui a paradoxalement été peu exploré jusqu'à présent.

La dépendance pour l'alimentation est citée par l'HAS (Haute Autorité à la Santé) comme un facteur de risque de dénutrition chez la personne âgée, mais dans leur terminologie, la dépendance pour l'alimentation faisait référence à la dépendance pour l'acte de se nourrir, qui affecte la phase orale et de mise en bouche, observée chez les sujets dans un état de grande dépendance. Au-delà de la dichotomie autonomie ou dépendance, ma recherche s'intéresse aux sujets présentant des difficultés liées aux repas, ni parfaitement autonomes, ni tout à fait dépendants, où l'on s'interroge sur le retentissement nutritionnel et le comportement alimentaire de ces difficultés. Les rares articles existant sur ce thème montrent que pour ces sujets, les capacités à préparer les repas sont un facteur prépondérant du risque de malnutrition et d'une plus faible qualité alimentaire, chez des sujets en bonne santé (Izaka, 2008 ; Hugues 2004).

Les concepts autour de l'autonomie alimentaire sont relativement disparates entre les différents auteurs, où chacun utilise son propre vocabulaire autour des concepts de dépendance, d'indépendance, de compétence ou d'autogestion pour les activités liées à l'alimentation. Généralement, ils font référence aux situations de préparation des repas et/ou courses alimentaires, sans terminologie standardisée sur la désignation et la définition de ces activités. Citons les travaux de Philippe CARDON qui a beaucoup travaillé sur la dépendance culinaire, en rapport avec la délégation à des tiers de la préparation culinaire et de l'approvisionnement pour les personnes qui ne peuvent plus assurer ces tâches. À ma connaissance, le terme d'autonomie alimentaire a été utilisé une seule fois dans un document de l'ANESM sorti en décembre 2016, englobant les difficultés pour préparer les repas, pour les servir et pour les manger. Selon la définition de l'OMS, l'autonomie est définie comme la capacité perçue de contrôler, de faire face, de prendre des décisions personnelles sur sa vie quotidienne selon ses normes et ses préférences. Les activités liées à l'alimentation incluent toutes les tâches impliquant la

nourriture, en référence à la classification internationale du fonctionnement du handicap et de santé de l'OMS. On peut distinguer quatre activités, séparées temporellement : le fait de se procurer la nourriture (faire les courses, cultiver ou élever le bétail), de préparer les repas (cuisiner, cuire, réchauffer, etc.), de manger (se servir, couper, mâcher et avaler les aliments) et d'organiser (prévoir les menus, planifier, choisir et gérer les restes des repas).

Bien que controversée, une hiérarchie des pertes au niveau des ADL et des IADL précédemment établie (Seidel 2009) montre qu'en général, on perd d'abord les capacités à faire les courses, suivie de la préparation des repas, l'acte de se nourrir étant souvent la dernière capacité perdue. Mises en évidence dans le cadre d'enquêtes qualitatives, les difficultés décrites par les sujets âgés concernent le port de sac de provisions trop lourd et le défaut de moyens de transports. La disposition des produits trop bas ou trop haut dans les rayons dans des hypermarchés trop vastes, dépourvus de sièges, est décrite comme non adaptée aux difficultés physiques que rencontraient les personnes âgées. Les produits sont souvent disponibles en portions trop grandes pour une seule personne, surtout les promotions, et leurs étiquetages difficilement lisibles. Les personnes ont parfois dû abandonner leur potager, et trouver d'autres approvisionnements de substitution, ce qui représentait une dépense supplémentaire. Pour la préparation des repas, les personnes âgées témoignent de la difficulté à rester longtemps debout, à se servir d'appareils nouveaux tel que le four micro-onde et plus généralement du manque de motivation à cuisiner pour une seule personne ou du manque d'expérience chez les hommes lorsqu'ils se retrouvent veufs ou aidants. Les déficiences visuelles, les difficultés physiques liées à l'arthrose sont invoquées concernant les difficultés pour épilucher, couper les aliments, ouvrir les boîtes de conserve, etc.

Les stratégies d'adaptation mises en place sont variables : les commerces de proximité sont privilégiés, bien qu'ils proposent un choix plus restreint et soient perçus comme plus onéreux. Les achats sont plus réduits et plus fréquents, pour porter des sacs moins lourds (et pour sortir plus souvent). Les repas sont moins élaborés, avec des ingrédients simples ou des plats cuisinés. Les personnes ou leur familles choisissent parfois le recours au portage de repas ou à une aide à domicile. Enfin, elles modifient leur alimentation de façon plus ou moins consciente, se passant de certains aliments pourtant appréciés. Le manque d'échelle spécifique pour relever ces difficultés, en dehors d'item généraliste dans des échelles d'évaluation nutritionnelle ou d'autonomie générale telles que l'ADL (Activities of Daily Living) et l'IADL (Instrumental Activities of Daily Living), peut entraver le repérage et la prise en charge

de ces difficultés et ne permet pas de caractériser les problématiques que rencontrent les personnes sur leur autonomie alimentaire.

D'après les données de l'Insee de 2008, 2,8 % des sujets de plus de 60 ans déclarent avoir des difficultés à préparer les repas (4,7 % se disent incapables). 5 % déclarent avoir des difficultés à faire leurs courses (10 % se disent incapables). 1,6 % déclarent avoir des difficultés à couper la nourriture, à se servir à boire (1,6 % se disent incapables). Sans surprise, ces difficultés augmentent avec l'avancée en âge et le degré d'autonomie global, atteignant 47 % des sujets de plus de 85 ans, 18 % des personnes âgées fragiles et 90 % des personnes dépendantes (Bartali, 2003 ; Insee 1999).

Pour notre analyse préliminaire, l'objectif était de connaître la prévalence des difficultés liées au repas dans une population de personnes âgées autonomes, leur progression sur trois ans, et d'identifier le retentissement nutritionnel en terme de perte de poids. Dans cet objectif j'ai réalisé une analyse secondaire à partir des données de l'étude MAPT, un grand essai de prévention français multicentrique, comptant 1 680 personnes âgées de plus de 70 ans et suivies pendant trois ans. Ces personnes avaient accepté de participer à un essai thérapeutique dans lequel l'intervention était soit de prendre un complément alimentaire, soit de faire une intervention multi-domaine avec de l'activité physique, de l'entraînement cognitif et des conseils nutritionnels, soit de faire les deux. Cet essai s'adressait donc à des sujets physiquement en forme, soucieux de leur santé, avec un bon état de santé.

Les difficultés à faire les courses et préparer les repas étaient relevées au moyen des items extraits de l'échelle ADCS ADL-PI (Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Subscale Activities of Daily Living-Prevention Instrument), qui identifie le retentissement des troubles cognitifs sur les activités de la vie quotidienne : « *Au cours des trois derniers mois, avez-vous préparé des repas ou des en-cas ? Aussi bien que d'habitude, sans difficulté / avec un peu de difficulté / avec beaucoup de difficultés / Vous n'avez pas fait cette activité ; Au cours des trois derniers mois, avez-vous choisi et payé les articles en faisant les courses ? Aussi bien que d'habitude, sans difficulté avec un peu de difficulté / avec beaucoup de difficulté / vous n'avez pas fait cette activité* ». Pour des raisons statistiques, les sujets déclarant avoir un peu de difficulté et beaucoup de difficulté ont été regroupés en une seule classe. L'association de ces difficultés auto-déclarées et d'une perte de poids involontaire d'au moins quatre kilos et demi dans l'année qui suit était étudiée dans une analyse bivariable, le seuil de significativité retenu était la p-value  $p < 0.05$ .

Les premiers résultats montrent une prévalence relativement faible des difficultés à préparer les repas. À l'inclusion, seuls 6 % des sujets déclaraient avoir des difficultés à cuisiner et 10 % des sujets ne faisaient pas cette activité. Cette proportion était à peu près stable les deux premières années, et c'est à partir de deux ans de suivi que la prévalence augmentait de façon significative. La perte de poids n'était significativement associée pour ces sujets qu'à un seul temps du suivi ( $p=0.038$ , à 2 ans), ce qui peut s'expliquer par la prévalence relativement faible des sujets ayant perdu plus de 4,5 kg dans l'année. Il faudrait étoffer ces résultats avec une variation de poids plus sensible, à un seuil inférieur. La prévalence est encore plus faible en ce qui concerne les difficultés à faire les courses, et concerne 3 % des sujets au début de l'étude. La prévalence augmente également à partir de 2 ans, mais reste relativement faible, concernant moins de 4 % des sujets. Les difficultés à faire les courses n'étaient pas associées avec une perte de poids consécutive. Il est possible que la formulation de la question qui ciblait les difficultés en termes d'achats plutôt qu'en termes de difficulté à faire des déplacements ou à porter des sacs ne soit pas être suffisamment discriminante pour déterminer les difficultés liées à cette activité. Il est également possible que les personnes qui ont des difficultés à faire leurs courses soient aidées, et donc qu'il n'y ait pas forcément de retentissement nutritionnel si l'aide est suffisante. Il sera également intéressant de reproduire ces analyses en utilisant un critère de perte de poids moins sévère.

Les données permettant de caractériser l'autonomie alimentaire et l'impact nutritionnel des difficultés liées aux repas sont encore rares, en dehors des études qualitatives, et nécessitent de plus amples recherches. Avec l'avancée en âge de la population on peut s'attendre à ce que cette problématique aille croissant dans le futur, du fait des changements démographiques mais également des changements sociaux et sociétaux où les aidants informels seront moins présents pour prendre le relais sur ces activités, du fait de l'éloignement des enfants et de la part croissante des personnes âgées vivant seules. Il apparaît important d'agir très tôt en s'intéressant aux moyens de repérage et maintien de l'autonomie alimentaire chez les sujets âgés, comme moyen pour prévenir le risque de dénutrition. Le manque de caractérisation de cette problématique par une définition et une méthode de mesure consensuelles freine probablement le développement de la thématique de recherche. Un exemple à suivre pourrait être l'évolution du concept de l'insécurité alimentaire, ce terme ayant émergé dans la littérature scientifique dans les années 1980-1990, et pour lequel il existe des définitions et des échelles de mesure permettant d'évaluer ce risque en terme de population.

Au-delà de l'impact nutritionnel, le maintien de cette autonomie a également une importance pour les personnes âgées quant à leur sentiment d'indépendance, le plaisir à manger et l'appétit. Le maintien de ces activités doit donc être encouragé dans l'objectif de participer au maintien de la qualité de vie et du « *healthy ageing* ».

## Références bibliographiques

Aupalesens, <https://www2.dijon.inra.fr/senior-et-sens/sendden4.php?progr=1&cle=1>

van der Pols-Vijlbrief, R., Wijnhoven, H.A., Schaap, L.A., Terwee, CB, Visser M. (2014). "Determinants of protein-energy malnutrition in community-dwelling older adults: a systematic review of observational studies". *Ageing Res Rev.* Nov; 18:112-31.

Fávaro-Moreira, N.C., Krausch-Hofmann, S., Matthys, C., Vereecken, C., Vanhauwaert, E., Declercq, A., Bekkering, G.E., Duyck, J (2016). "Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data". *Adv Nutr.* May 16;7(3):507-22.

Comprehensive assessment of nutritional status and associated factors in the healthy, community-dwelling elderly. Lizaka S, Tadaka E, Sanada H. *Geriatr Gerontol Int.* 2008 Mar;8(1):24-31.

Old and alone: barriers to healthy eating in older men living on their own. Hughes G, Bennett KM, Hetherington MM. *Appetite.* 2004 Dec;43(3):269-76.

Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidences autonomie, ANESM 2016

Seidel, D., Crilly, N., Matthews, F.E., Jagger, C., Brayne, C., Clarkson, P.J. (2009). "Patterns of functional loss among older people: a prospective analysis. Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study". *Hum Factors.* Oct; 51(5):669-80.

Bartali, B., Salvini, S., Turrini, A., Lauretani, F., Russo, C.R., Corsi, A.M., Bandinelli, S., D'Amicis, A., Palli, D., Guralnik, J.M., Ferrucci, L. (2003). "Age and disability affect dietary intake". *J Nutr.* Sep; 133(9):2868-73.

Enquête Handicap-santé - Volet ménages ordinaires (HSM), 2008

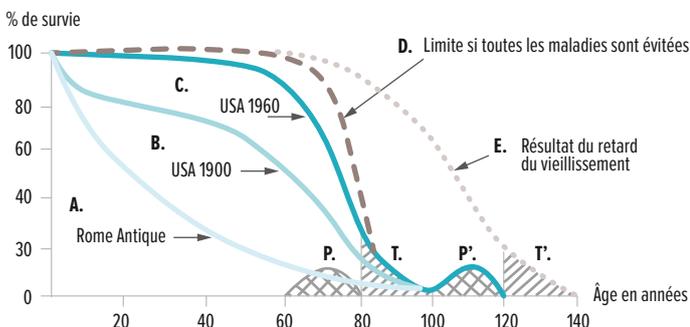
Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), 1999



**Claudio FRANCESCHI**  
Université de Bologne

## The challenge of defeating aging and age-related diseases: an exciting but uncanny scientific perspective

Grazie! I'm sorry that I will speak English but c'est pour donner une touche d'internationalisation à cette conférence. I would like to thank the organizing committee, in particular Giovanni LEVI, for this invitation. I learned a lot during the conference. It is a very good meeting. I would like to start with a paper, "Biologie et sociologie de la prolongation de la vie", written in 1985 by Roy WALFORD, the giant of immunology. Walford started his paper with a quote of Gilgamesh. « *Je veux prouver [dit Gilgamesh sur des tablettes de terre cuite d'il y a 5000 ans] que les limites imposées par les dieux ne sont pas infranchissables.* » He also introduced the following figure.



**The figure illustrates the increase in lifespan that occurred from the Roman time.** You can see, successively, the survival curve in Rome, the survival curves of the U.S. in 1900 as well as 60 years later in 1960, and then the limit survival curve if all diseases were suppressed and eventually a survival curve corresponding to a postponement of aging. Jeanne Calment, the woman who lived the longest validated life on earth was a French supercentenarian who lived 122 years and 164 days. When medical examinations were done between age 111 and 116, the clinic examination revealed a perfect arterial blood pressure, a temperature of 37 and a pulse of 84 for a height of one meter and a half and a weight of 45 kilograms. She scored well on mental test except for numeric task and the recall of recent events. It is not bad!

**The first scientist interested in centenarians** has been Elie METCHNIKOFF (Ilya Ilyich MECHNIKOV), a founding figure of modern immunology, nutrition, aging and longevity. He got the Nobel prize of Medicine in 1908 together with Paul EHRLICH for the discovery of the phagocyte of the macrophages. But in the same years, Metchnikoff wrote his book *The prolongation of Life: Optimistic Studies*, published in 1907. Inquiring into the variation in duration of life, Metchnikoff found the key in the digestive system. Remember that Bulgaria was known for a surprising large number of centenarians and that its staple food is yoghurt, sour milk. Metchnikoff's idea is that aging is a disease like many others and that the progress of science would eventually have something from a study done. Alfred TAUBER says about Metchnikoff « *his personal religious commitment was to atheism, although he received strict Christian religious training at home. Metchnikoff's atheism smacked of religious fervor in the embrace of rationalism and science. We may fairly argue that Metchnikoff's religion was based on the belief that rational scientific discourse was the solution for human suffering* ».

As usual for our scientific community, we mount on the shoulders of giants. Therefore, I will follow Metchnikoff and look at centenarians. They are about 17,000 centenarians in Italy and among them 878 people who are older than 105 years, including some supercentenarians, at least 13 individuals, i.e., one out of 4.6 million inhabitants. The centenarians have an exceptional phenotype, they live 20 to 30 years more than the usual members of the same demographic cohort, most of them avoid or largely postpone the major age associated diseases. Then, they die in few days which is not bad for the family and the society. Indeed, the medical care costs of the last two years of life for the centenarians are much less than the average. Centenarians are one of the best model for studying human longevity allowing to identify not simply biomarkers of risk of bad health events but biomarkers of healthy aging as well as protective factors. Of interest the offspring of centenarians are

significantly healthier than age-matched controls born from non-long-living parents. One of the studies that I performed in Italy suggests that it is enough to have one centenarian parent to have an advantage regarding health. Therefore following Metchnikoff, « *What if colonic microbial inhabitants released toxins that were disseminated throughout the host, and phagocytes chewed up such deposited toxins as well as innocent bystander host elements? If senility ensued from such collateral host damage, then replacing our native colonic flora with host-friendly flora might promote health, longevity, and a society governed by the wise elderly, rather than by the puerile young.* » These were the ideas -termed “orthobiosis”- that Metchnikoff, who worked at the Pasteur Institute, articulated in two books: “*The Nature of Man; Studies in Optimistic Philosophy*” and the book that I already mentioned, “*The Prolongation of Life: Optimistic Studies*”.

#### **I also studied the gut microbiota of centenarians.**

We found that there is not simple decline or deterioration in the microbiota but a continuous remodeling with age of the gut microbiota. There is a gut microbiota signature of aging and longevity. Some abundant species decrease progressively with age from age 22 to age 109 in our study but the same some species progressively increase with age. Therefore, in the gut microbiota of the centenarians, there is a totally remodeling of the gut microbiota and different equilibrium between species. These changes can be seen among four groups of people, young, old, centenarians and semi-supercentenarians people (105+). For instance, percentages of Faecalibacterium or Akkermansia which are considered very good bacteria change from one to 4% in semi-supercentenarians. We observed a continuous remodeling. Christensenellaceae is a newly discovered type of bacteria which is very sensitive to the genetic of the host. In our last published paper on the gut microbiota of centenarians, one of the most important finding, concerning not only Italian centenarians but also Chinese and Japanese centenarians, is an unexpected increase in gut microbiota diversity according to several types of parameters. I would like to remind you that in age-associated chronic diseases, diversity of the gut microbiota decreases. Therefore, this increase in diversity is a new discovered signature that is peculiar to centenarians. On the basis of this result, we hypothesize that the centenarians' gut microbiota may contribute to their longevity. We are planning to perform a fecal transplant of the gut microbiota of centenarians to gnotobiotic mice, mice that do not have their own gut microbiota. If these gnotobiotic mice are healthily living longer, we may think to do the same experience with normal mice, maybe new ones. The semi-supercentenarians and their offspring are younger than their chronological age. This led us to explore the epigenetic clock. We look at the DNA methylation of 353 base pair on the whole

genome. This is a multi-tissue predictor of age. You can assess the DNA methylation versus chronological age. We did this in 82 semi-supercentenarians and their offspring versus control of the offspring of the same age. According to this epigenetic clock, the semi-supercentenarians are on average 8.7 years younger than expected according to their chronological age. Their offspring are 5.2 years younger than age-matched control where DNA methylation age and chronological age overlap.

#### **The most studied model to increase non-genetically the lifespan across species and taxa is caloric restriction.**

Walford was a pioneer in this field. In labs, rats that are caloric restricted live much longer and much healthier than the others. One question is: are centenarians calorie restricted persons like? Humans who underwent caloric restriction for 2 to 5 years display similar values for many parameter as measured in centenarians, i.e., glucose metabolism, blood pressure, thyroid hormone, lipid profile, body composition and some of the hormones like for example leptin. We can say that centenarians appear to be such as caloric restricted persons. In conclusion, centenarians are biologically younger than measured by their chronological age. They have a peculiar gut microbiota and their phenotype is largely as calorie restricted phenotype.

**Of course, in order to arrive to 100 years,** there is an unbelievable and very complex combination of ingredients involving the nuclear and the mitochondrial DNA, something that I am studying since many years. I have no time to go into details. The metagenome, the genes of the bacteria forming our gut microbiota which are about 100 times more than the genes of our nuclear genome, interact each other. The individual birth cohort is also very important, the place of birth and the associated environments, such as obesogenic, non-obesogenic, familiar, anthropological and cultural environments. In other words, longevity is context dependent and during the entire life course, there is a remodeling, an adaptation, and an hormetic process leading eventually to the very peculiar phenotype of the centenarians. To understand, at least from an immunological point of view this complexity, I recently published a paper where I conceptualized this idea of immunobiography in order to explain the observed heterogeneity in old ages. The individual immunobiography is the result of the individual socioeconomic status, the lifelong individual antigenic exposures, early-life events, intrauterine immunological stimuli monotype of delivery, the neonatal feeding, the infections, the vaccinations but also events occurring late in life can all impinge upon. Eventually one individual can arrive to have a lot of inflammation and autoimmunity or normal response or tolerance or lack of response to a single antigen. Therefore, what is observed at old age depends on the entire life, on the individual

immunobiography but also, I can say, on the individual metabolic biography. I would like to write a similar paper about the metabolic biography.

### **I would like also to say something about the aging rate.**

Many studies suggest that “*la vitesse du vieillissement*” is not monotonic and suggest that there is for example a rapid aging around the age of 55. Aging could be a stepwise trajectory, step by step. Longevity is an extremely complex historical, very dynamic and highly context-dependent phenomenon with great individual variability. Centenarians of the past were different from the centenarians of today who, in turn, will be different from the centenarians of the future. In a recent paper my friend Jan VIG suggested that the maximum reported age at death (MRAD) increased from 1967 until 1995. But after this year, there is a break point and there is no more increase in MRAD suggesting that a wall has been encountered and that the maximum life span is currently not increasing. Therefore, what can we do to reach at least 122 years? A democratic strategy for everybody can involve several types of intervention, such as pharmacological inhibition of GH/IGF one axis, protein restriction and fasting diet, pharmacological and inhibition of amyloid, pharmacological regulation of sirtuins, inhibition of inflammation and chronic use of metformin. Roy Walford suggested that if you increase the life to 120, the age between 60 and 100 would be age “intermédiaire”. The Hormesis paradigm suggests that exposition to a stress source of low intensity has a protective effect called Hormesis but an increased in the intensity of the stress sources may trigger aging-associated diseases and accelerate the aging trajectory. Hormesis suggests that repeated exposure to very low level of damaging agents increases cells and organelles robustness by stimulating mechanism of maintenance and repair that’s decreasing the production of macromolecular or molecular garbage. The beneficial effect of calorie restriction and physical activity has been interpreted as a normative effect because both the calorie restriction and physical activity produce damage, very mild damages.

### **Epidemiological data suggest that Mediterranean diet is**

**beneficial.** If you adhere strictly to Mediterranean diet, you live much healthier. In a paper I suggested that Mediterranean diet is beneficial because it exerts a normative effect. Vegetables and fruits, that constitute 70% of the Mediterranean diet, do contain poisonous and toxic elements. Because you do not eat 5 kilos of spinach, all the toxic effect of this substance do not emerge. We devoted a particular attention to the neuro hermetic effect, a neuro-protective property of the Mediterranean diet. Our hypothesis is that the lifelong and active process stimulated by mild hormetic intervention, calorie-restriction, Mediterranean diet, and physical exercise can reduce the inflammatory status

that I called inflammaging and that is the basis of most aging-related diseases. This is the paradigm. I would like to remind that Hormesis, the concept that drug exert their beneficial effect by hormetic-mechanism of action, can be traced to the sixteenth century when Paracelsus wrote: “All things are poison, nothing is without poison, only the dose permits something not to be poisonous”. Hormesis is a fundamental concept in evolutionary theory. From the beginning to the present time, life on earth has existed in harsh environments in which cells are often exposed to free radicals and a variety of toxic substances. To avoid extinction, organisms have developed complex mechanism to cope with the environmental hazards.

### **If you assemble a young and an old mice in a way you allow the exchange of blood.**

The young mice rejuvenate the old one, at least in some part of the body, and the old one makes older the young. Data suggesting that injecting blood from young mice to old mice leads to a lot of brain rejuvenation regarding plasticity, vascular remodeling, neurogenesis and so on. Rejuvenation is technically feasible at the cellular and organism level and even in mammals. One example is if you take a somatic cells like a fibroblasts for example, a fibroblast from an older person, you can reprogram this cell with the YAMANAKA factors, Oct4, Sox2, Klf4 and c-Myc to produce, induced pluripotent stem (IPS) cells that can be reprogrammed to many other types of cells. We produced IPS from dermal fibroblast of people over 105. Some researchers injected in vivo the Yamanaka transcription factors into old mice. They rejuvenated and lived longer. This means that you can rejuvenate in mammals in vivo.

### **Another idea is that aging is largely due to the progressive accumulation of senescent cells in all organs and tissue**

**of the body.** Senescent cells are characterized by a senescence associated secretory phenotype. They secrete enormous amount of inflammatory compounds. Senolytic drugs can eliminate senescent cells. Data suggests that elimination of senescent cells can rejuvenate people. Senolytic drugs might prevent or delay chronic disease and even might transform medicine as we know it now. Genetic interventions with CRISPR/Cas9, young blood transfusion, senolytic therapy, Yamanaka transcription factor infusion and metformin are examples of interventions aiming at postponing aging. We probably can break the apparent longevity wall and live much more than 122 years but, of course, this scenario opens many biomedical, socioeconomic, philosophical and religious questions.

# POLITIQUES PUBLIQUES ET TRANSITIONS

## 1. PRISE EN CHARGE DE LA PERTE D'AUTONOMIE



**Christophe CAPUANO**  
LARHRA, Université Lumière - Lyon 2

## Prendre en charge la dépendance des années 1880 à nos jours : un problème insoluble ?

Une approche historique, depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à nos jours, de la prise en charge de la perte d'autonomie chez les personnes âgées, avec sa méthode et ses sources archivistiques propres, est féconde à plusieurs titres. Elle permet tout d'abord de déconstruire l'extrême contemporanéité de la question de la dépendance. L'augmentation tendancielle du nombre de personnes âgées dépendantes est souvent présentée comme un phénomène très récent et la croissance démographique des populations avec incapacités expliquerait l'incertitude des politiques publiques. Les travaux de la démographie historique (Patrice Bourdelais, Hervé Le Bras) insistent pourtant sur une entrée évolutive, et non à un âge fixe, dans la vieillesse avec incapacités cours du XX<sup>e</sup> siècle avec une apparition de ces dernières de plus en plus tardive. Celles-ci apparaissent vers 60 ans en moyenne en 1900, après 75 ans en moyenne de nos jours. Or le poids des sexagénaires dans la société française en 1900, évalué à 12,7 %, était plus élevé que la part des 75 ans aujourd'hui (9 %). Au début du siècle dernier, une grande part des personnes âgées souffre ainsi d'incapacités, en raison d'une médicalisation encore incomplète de la société et de conditions de travail pénibles, liées à la seconde industrialisation, qui usent le corps. Il est donc essentiel de comprendre comment ce problème est traité sur le temps long et d'évaluer les différentes solutions adoptées à l'échelon local, national et transnational. Dans cette démarche, une attention toute particulière doit être portée à la place accordée aux économies budgétaires et aux logiques des finances publiques dans la construction des politiques sociales. Il faut aussi suivre le rôle des solidarités familiales dans la prise en charge des populations dépendantes sur le temps long et la mobilisation, bien avant la crise de l'État-providence des années 1980, des familles comme ressources tant humaines que financières par les pouvoirs publics. À cette fin des sources très diverses sont mobilisées : débats dans les congrès nationaux et internationaux, comptes-rendus de commissions publiques,

rapports administratifs, délibérations de collectivités locales, rapports associatifs, décisions de commissions d'aide sociale et de COTOREP mais aussi dossiers de demandeurs de l'assistance et enquêtes qualitatives pour étudier l'intimité des solidarités familiales entre les générations. Il faut aussi envisager comment les populations sont considérées par les acteurs publics : les dispositifs qui leur sont destinés sont-ils construits en fonction de l'âge ou des incapacités effectives ? De ces choix, il résulte que les personnes âgées et handicapées sont parfois associées dans une même catégorie de bénéficiaires parfois distinguées, voire segmentées. Ces catégories relèvent elles-mêmes tantôt d'une logique causaliste qui distingue les prises en charge en fonction des origines, accidentelles ou naturelles de ces incapacités et de l'âge, tantôt d'un régime finaliste où seules les conséquences du handicap ou des incapacités sont prises en compte. Cette contribution se bornera à caractériser et à brièvement analyser, à l'échelon national, les grandes périodes qui se sont succédées dans le traitement des personnes âgées en perte d'autonomie pendant un peu plus d'un siècle.

**Des années 1880 au début du vingtième siècle**, différentes pistes sont creusées et discutées lors de nombreux débats, par les réformateurs sociaux et les parlementaires : solutions mutualistes, assistancielles ou assurancielles ; ouverture de l'accès aux dispositifs en fonction de l'âge ou des incapacités ; circulations transnationales d'idées et de pratiques. La voie assistancielle est finalement adoptée avec la loi du 14 juillet 1905 car elle semble la moins coûteuse et s'inscrit dans une tradition républicaine issue de la Révolution. Elle est focalisée sur l'impossibilité de travailler des "bons pauvres". Il faut bien des discussions avant que les "vieillards" soient finalement associés aux "infirmes" et puissent bénéficier du dispositif. À partir de 1908, ils n'ont même plus à justifier de leur(s) incapacité(s). Afin de faciliter le traitement administratif des dossiers, le seuil d'âge de 70 ans suffit pour être supposé incapable de travailler. Ce choix entraîne une très forte

suspicion à l'égard des familles accusées de se décharger de leurs obligations sur la solidarité publique, suspicion qui persiste durant tout le XX<sup>e</sup> siècle. Plusieurs moyens sont prévus pour limiter les frais : solliciter les descendants par le recours à l'obligation alimentaire (article 205 du Code civil), considérer la prestation d'assistance comme une simple avance qui entraîne une récupération après décès, multiplier les contrôles sur la parenté par des enquêteurs zélés, éviter le placement en hospices réservés aux personnes en perte d'autonomie, restreindre l'accès pour les populations de moins de 70 ans, ce qui pose problème lorsque les sexagénaires ont des incapacités. Ces dispositions n'empêchent pas une élévation du nombre de bénéficiaires et des frais ainsi qu'une saturation des places gratuites d'hospices.

**Une nouvelle période s'ouvre en 1930** avec l'institution par les pouvoirs publics d'une majoration pour tierce personne destinée aux personnes assistées de la loi de 1905. Pour réduire les coûts de prise en charge en institution, il faut maintenir plus largement les assistés hors des établissements, même s'ils sont en perte d'autonomie. L'étape est importante car cette disposition entraîne la reconnaissance de la dépendance, conçue comme le besoin d'un tiers pour vivre au quotidien, dans le champ assistantiel. Elle crée aussi une prestation financière, censée équivaloir au montant des journées d'hospices, destinée à payer un service, même si aucun contrôle de son usage n'est fixé. Elle implique enfin un régime finaliste car les bénéficiaires ne sont pas distingués en fonction de leur âge mais de leurs besoins : les personnes âgées avec de lourdes incapacités sont assimilées à de "grands infirmes", cela dans le but de limiter les dépenses publiques et d'inciter le plus grand nombre d'assistés à rester chez eux. Dans les faits ce sont les individus souvent âgés et aux infirmités les plus visibles qui sont retenus (paraplégiques et aveugles majoritairement) ; les aidants sont essentiellement familiaux. Ce dispositif ne freine cependant pas les entrées en hospices dans une conjoncture dégradée où les allocations à domicile sont faibles mais aussi en l'absence de services à domicile et de politique de réfection de logement. Par ailleurs l'appauvrissement des familles aidantes incite les personnes âgées à entrer en institutions.

**Au cours des années 1950-1960**, le dispositif évolue mais le principe de non-discrimination selon l'âge est affirmé à plusieurs reprises par les pouvoirs publics. L'assistance prend le nom d'aide sociale à partir de 1953. Les personnes âgées qui ont un taux d'incapacité de 80 % sont assimilées à la catégorie des "grands infirmes" et bénéficient d'une

revalorisation de leur prestation dont le niveau atteint, en 1952, 80 % de celui de l'assurance invalidité. Ces sommes servent surtout de complément de ressources pour des populations démunies. Pour les personnes âgées qui n'atteignent pas ce taux d'incapacité de 80 %, une aide en nature est accordée dans le cadre de l'aide-ménagère à partir de 1962 mais elle est limitée à 30 heures par mois. Sur le terrain, les commissions d'aide sociale orientent surtout les plus de 65 ans vers l'aide-ménagère, ce qui pose problème, au moment de l'apparition des incapacités, pour basculer ensuite vers un autre dispositif. Deux politiques se construisent ainsi de manière parallèle : l'une tournée vers l'infirmité, fondée sur les incapacités, une autre orientée vers la vieillesse, basée sur l'âge. En théorie, les personnes âgées avec de lourdes incapacité(s) peuvent bénéficier des deux systèmes or elles ne sont pas prioritaires. Dans un cas, le système avantage les grands infirmes et dans l'autre, il privilégie les personnes âgées autonomes. Par ailleurs, la famille continue de jouer un rôle déterminant mais plusieurs facteurs contribuent à invisibiliser cette aide : le nouveau cadre relationnel dans lequel elle s'inscrit – la fréquence des visites de voisinage se substitue à la cohabitation – qui échappe aux enquêtes, l'action des aidantes qui tendent à naturaliser leur soutien. Ces mutations familiales et cette faible visibilité alimentent un discours, notamment au sein de la sociologie de la famille, sur la fin des solidarités au cours des années 1950-60.

**L'approche finaliste est à nouveau confirmée par la loi d'orientation du 30 juin 1975** qui met en place de nouveaux droits pour les personnes handicapées au nom de la solidarité nationale. Cela repose sur une conception extensive du handicap qui ne fait pas de distinction selon l'âge. On crée à cette occasion une allocation compensatrice tierce personne (ACTP) pour les personnes ayant un taux d'incapacité de 80 % qui n'entraîne plus de récupération sur succession, dispositif ouvert aux gens âgés sans limite d'âge. Ces derniers sont alors assimilés à la catégorie des "handicapés" comme ils l'étaient auparavant à celle des "grands infirmes". Les décisions sont établies par des commissions médico-sociales indépendantes, les COTOREP, différentes des commissions d'aide sociale. En 1979, le rapport Arreckx sur la dépendance consacre cette vision finaliste. L'ACTP a un grand succès auprès des personnes âgées avec incapacités car elle se présente sous la forme d'une prestation financière sans récupération dont l'usage est assez libre et qui peut être mixte : complément de ressources, rémunération de services à domicile, amélioration de l'habitat. Par ailleurs les COTOREP tendent à assimiler âge et incapacité(s) : elles accordent quasi-systématiquement l'ACTP aux personnes âgées de

plus de 75 ans. Cela tient aussi aux lacunes de la politique de la vieillesse : l'aide sociale avec récupération après décès attribué sous forme de services en nature reste limitée à 30h/mois. Ces contrastes entre dispositifs entraînent une fuite des flux de bénéficiaires potentiels de la politique de la vieillesse vers la politique du handicap : le nombre de bénéficiaires âgés de 60 ans au moins du dispositif de l'ACTP augmente vite de 1984 à 1994 (de 86 000 à 188 000) tandis que celui des bénéficiaires de l'aide-ménagère dans le cadre de l'aide sociale légale décline (144 000 à 92 000).

**La dernière période débute en 1997** avec l'adoption de la prestation spécifique dépendance (PSD). Elle se caractérise par la remise en cause de la logique finaliste, l'exclusion des gens âgés de la politique du handicap et leur cloisonnement dans une catégorie spécifique de "personnes âgées dépendantes" à partir de 60 ans. Cet âge, bien loin de l'apparition moyenne des incapacités, est non seulement choisi car il se réfère alors à celui de la retraite fixé en 1982 mais parce qu'il renvoie aussi au seuil utilisé traditionnellement dans les statistiques depuis le XIX<sup>e</sup> siècle pour fixer l'entrée dans la vieillesse. Une telle approche contribue malheureusement à réactiver des représentations négatives associant avancée en âge et décrépitude physique. Le monde de la gériatrie et de la gérontologie, à la recherche d'un champ autonome depuis les années 1970, est favorable à cette évolution. Le rôle déterminant dans le changement d'orientation revient néanmoins aux acteurs publics, en particulier les conseils généraux, principaux financeurs du dispositif depuis 1983, relayés par le Sénat. Ils dénoncent l'ouverture aux personnes âgées de l'ACTP et plus largement de la politique du handicap comme une dérive au regard de l'objectif initial. Le principe de non-discrimination selon l'âge s'inscrit pourtant dans une pratique qui date des années 1930, confirmée par une décision interministérielle en 1978. En réalité, ces transferts de flux de bénéficiaires reflètent l'absence de coordination entre les politiques de la vieillesse et du handicap et des avantages trop contrastés. Les conseils généraux dénoncent aussi le fait qu'ils soient les payeurs sans avoir leur mot à dire sur le choix des bénéficiaires et le montant des prestations. L'adoption de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 ne remet pas en cause le principe de la segmentation entre populations en perte d'autonomie ni le seuil d'âge. Ce sont les bénéficiaires eux-mêmes et leurs familles qui font le frais de ces changements d'orientation avec des dispositifs moins avantageux, plus cloisonnés et davantage affectés. L'APA supprime la récupération sur succession qu'avait réintroduite l'ACTP. Elle institue néanmoins une contribution avec participation financière en fonction des ressources.

Les familles restent dans tous les cas très sollicitées par l'État social, sur le plan humain et financier, surtout en cas de placement en EHPAD.

**L'argument financier contribue à expliquer ces revirements et incohérences au cours du siècle :** les gens âgés avec incapacités ont été assimilés aux "grands infirmes" pour faire des économies sur les journées d'hospices en 1930 ; ils ont été exclus de la politique du handicap lorsque l'ACTP est considérée comme un dispositif trop onéreux et avantageux pour eux. D'autres voies ont été pourtant envisagées comme au début des années 1970 dans le cadre du 6<sup>e</sup> Plan avec un projet de politique d'action sociale globale pour les populations fragiles, handicapées et âgées. De même, le maintien d'un traitement dans le cadre de l'aide sociale tient à des raisons budgétaires alors qu'un système assurantiel sur le modèle allemand, tel qu'il est pressenti au cours des années 1990, aurait permis de couvrir, par la solidarité publique, un risque de dépendance quel que soit l'âge. Enfin les solidarités familiales intergénérationnelles, continuellement mobilisées sous une forme ou une autre par l'État social, ne sont pas considérées comme une ressource à protéger. Les premiers dispositifs d'aide aux aidants sont très tardifs en France, dans les années 2000, alors que les risques d'épuisement physique et physique des aidants sont une réalité depuis longtemps.



**Marianne TENAND**

*École normale supérieure et École d'économie de Paris*

## La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités

Bonjour à tous.

Mon intervention s'inscrit dans la continuité de ce que vient de nous présenter Christophe CAPUANO et des propos de M. le Défenseur des Droits, puisqu'elle porte sur la barrière d'âge qui existe dans les dispositifs de compensation des incapacités, que je vais désigner comme la barrière des 60 ans. Je ne vais pas revenir sur le contexte institutionnel. J'aimerais commencer par vous présenter l'approche que je vais adopter. Avec mes lunettes d'économiste appliquée, je vais m'intéresser aux effets de cette barrière sur les configurations d'aides déployées autour des personnes considérées comme des adultes handicapés, relativement à celles qui sont déployées autour des personnes considérées comme âgées dépendantes.

### Contexte et problématique

Pour commencer, un chiffre pour contextualiser : en France, on considère que 12 % de la population adulte a des restrictions dans les activités de la vie quotidienne. D'un point de vue économique, on distingue deux types de coûts qui vont être associés aux incapacités. D'une part, il y a les coûts que représentent les pertes de revenus — parce que les individus ne peuvent pas travailler ou peuvent moins travailler ; d'autre part, il y a les coûts que constituent les dépenses additionnelles que vont devoir engager les individus pour financer des aides à la vie quotidienne. Dans tous les pays de l'OCDE et en France notamment, il existe des dispositifs publics pour compenser ces coûts dont Christophe CAPUANO a fait la genèse historique. Ces dispositifs sont de deux types : ils visent soit à assurer aux individus un revenu de remplacement, soit à permettre aux individus de recevoir ou de financer une assistance à la vie quotidienne, qu'à l'international on désigne par le terme long-term care. En France, on a tendance à utiliser le terme d'aides médico-sociales, qui peuvent correspondre à des aides à domicile ou des séjours en établissement,

et de plus en plus des aides aux aidants. Je vais me concentrer sur les dispositifs du deuxième type. En effet, pour les dispositifs qui visent à assurer un revenu de remplacement, on peut comprendre qu'il puisse y avoir des barrières d'âge, ou du moins un critère lié à l'activité professionnelle, dans un pays où il y a un système de retraite publique. En revanche, pour les dispositifs de deuxième type, on a plus de mal à comprendre d'un point de vue économique l'existence d'une barrière d'âge. Pour rappel, la barrière des 60 ans définit deux régimes de droits sociaux en termes d'aide publique au financement de prestations médico-sociales. Les prestations handicap sont accessibles aux personnes dont les incapacités sont apparues avant 60 ans, et les prestations dépendances sont réservées aux personnes dites âgées, donc conventionnellement de 60 ans ou plus. On trouve d'abord les dispositifs handicap, avec la PCH ainsi que les aides ménagères fournies par les conseils départementaux de manière spécifique aux personnes handicapées. Puis, lorsque vous franchissez la barrière des 60 ans, vous pouvez devenir éligible à l'APA, et souvent, à partir de 65 ans, également aux aides sociales spécifiques pour les personnes âgées, les aides ménagères qui sont versées soit par les caisses de retraite, soit par les conseils départementaux, toujours dans le cadre de l'action sociale. Cette barrière d'âge est contraire à ce qui est inscrit dans la loi française de 2005 et également au cadre juridique européen qu'a rappelé M. TOUBON.

Il existe une multiplicité de différences entre les dispositifs handicap et dépendance. Premièrement, des différences dans les conditions d'éligibilité : ce ne sont pas les mêmes critères d'incapacité, ni les mêmes grilles qui sont utilisés. Deuxièmement, dans le principe de fonctionnement, PCH et l'APA fonctionnent comme des subventions horaires sur le prix de l'aide professionnelle à domicile ; il y a toutefois des différences importantes dans les conditions dans lesquelles on peut utiliser ces prestations pour compenser

financièrement des aidants informels. En outre, les aides ménagères peuvent être financées par l'APA alors que ce n'est pas le cas par la PCH. Enfin, la participation financière des bénéficiaires est définie par des barèmes très différents ; en moyenne la PCH apparaît plus généreuse de ce point de vue. Ce qu'il faut garder en tête, c'est qu'il existe des multiples différences entre les dispositifs, et que c'est pour cette raison qu'il est assez difficile de les comparer sur le papier, même si effectivement dans la plupart des cas, les dispositifs qui sont accessibles aux personnes âgées semblent moins généreux. Pourtant cette comparaison, est absolument nécessaire si on veut se prononcer sur une éventuelle iniquité de traitement entre les deux populations délimitées par la barrière d'âge.

Regardons quelques chiffres sur les dépenses engagées sur les dispositifs d'aide médico-sociale sur le domicile et sur le nombre de bénéficiaires. La dépense totale qui est engagée sur les dispositifs accessibles aux moins de 60 ans représente 1,6 milliards d'euros. C'est plus de deux fois moins que la dépense qui est engagée pour les 60 ans et plus. Mais évidemment, il y a une différence très importante dans le nombre de bénéficiaires, ce qui se traduit finalement par le fait que la prestation moyenne qui est versée aux moins de 60 ans est environ 50 % plus élevée que celle en moyenne qui est versée aux 60 ans et plus, i-e aux personnes âgées dépendantes. Évidemment, ces chiffres ne tiennent absolument pas compte de l'hétérogénéité dans les deux sous-populations : on ne contrôle pas des différences dans les incapacités ou l'état de santé qui pourraient légitimer cette différence de moyenne. Si on revient à la question de l'iniquité potentielle de traitement entre les deux populations, il faut en fait distinguer deux questions. D'abord, une question qui est normative : est-ce qu'on peut imaginer un critère qui légitimerait qu'il y ait un traitement différent des plus et des moins de 60 ans ? Ensuite, une question plus positive qui est celle à laquelle je m'attacherai : est-ce que cette différence institutionnelle qui existe, en pratique, elle conduit à des différences de traitement des plus et des moins de 60 ans ?

La question de recherche à laquelle je veux répondre peut se formuler ainsi : quels sont les effets de la barrière des 60 ans sur les aides à la vie quotidienne qui sont reçues par les personnes en incapacité ?

C'est une question empirique, ce qui m'amènera à vous présenter les données que je mobilise, avant de vous présenter donc la démarche que j'adopterai et les principaux résultats que j'obtiens avant de finir en les mettant en perspective.

## Les données

On a besoin de données à la fois sur les personnes de moins de 60 ans et les personnes de plus de 60 ans, donc d'une enquête en population générale. Les bases de données administratives ne sont pas satisfaisantes puisqu'elles sont généralement collectées en fonction des discontinuités institutionnelles. On dispose d'une très belle enquête qui a été réalisée par l'Insee et par la Drees, l'enquête *Handicap Santé* qui comporte deux volets. Un volet réalisé sur les personnes vivantes à domicile, HS-Ménages (HSM), qui fournit des informations sur les incapacités, l'état de santé ainsi que de riches informations sur les caractéristiques sociodémographiques et sur la structure familiale. On a également des informations précises sur les aides formelles médico-sociales sont apportées par des professionnels au domicile des personnes interrogées ; et enfin, des informations qui vont permettre de repérer quelles personnes sont aidées de manière informelle. Ce que je vais plus particulièrement repérer, c'est l'assistance dans les activités de la vie quotidienne apportée par les proches, qui peuvent également apporter des aides sous forme de soutien psychologie, d'aide matérielle et financière, puisque je m'intéresse à la compensation économique des incapacités aux aides médico-sociales. Dans une deuxième partie de l'analyse, j'utiliserai également une petite base qui est issue d'un appariement entre l'enquête HSM et son enquête sœur, l'enquête HS-Institutions (HSI), de manière à avoir un échantillon représentatif de l'ensemble de la population française, donc à la fois les personnes à domicile et les personnes en institution. Je sélectionne les individus qui ont entre 50 et 74 ans, de manière à avoir suffisamment de personnes de part et d'autre de la barrière des 60 ans.

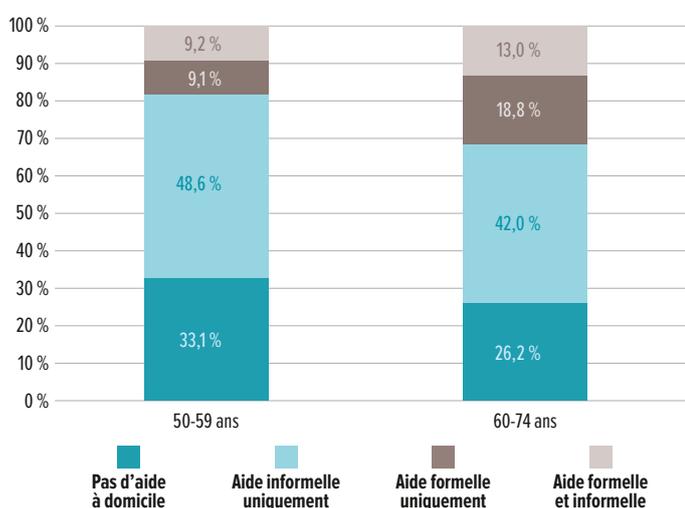
## L'analyse empirique

L'approche que je vais mettre en œuvre s'appuie sur des méthodes économétriques. L'idée c'est de voir si on peut établir un lien statistique entre les aides qui sont reçues et le fait de relever du périmètre des politiques dépendances par opposition aux politiques du handicap. En pratique, je teste si le fait d'avoir 60 ans ou plus, plutôt que d'avoir moins de 60 ans, a un effet statistiquement significatif sur les aides qui vont être reçues. L'enjeu est de s'assurer qu'on contrôle par des facteurs potentiellement confondants, donc c'est-à-dire d'autres déterminants potentiels du recours aux aides, par exemple, les caractéristiques individuelles par exemple, les structures familiales, etc. J'en viens plus précisément aux variables qui m'intéressent. D'abord, l'aide reçue. Il y a dans l'enquête HSM des informations sur les prestations reçues par les personnes PCH, APA et ACTP, mais qui sont déclarées

par les personnes interrogées ; ces déclarations se révèlent d'une assez faible qualité. Donc, je ne vais pas vous présenter de résultat obtenu à partir de ces variables ; je vais me focaliser sur deux autres variables. Premièrement, pour les individus qui résident à domicile, je vais regarder l'impact de cette barrière des 60 ans sur la probabilité de recevoir une aide formelle et sur la probabilité de recevoir une aide de ses proches. Deuxièmement, je reprendrai l'ensemble de la population française pour regarder si la barrière des 60 ans a un impact sur la probabilité de résider en institution plutôt qu'à domicile.

## Résultats

Je commence par me focaliser sur les individus qui vivent à domicile.



Pour interpréter ces chiffres, ayez bien en tête que je me restreins ici aux personnes qui ont des restrictions dans les activités de la vie quotidienne, c'est-à-dire la population qui peut avoir effectivement besoin d'une aide, d'une assistante dans les activités de la vie quotidienne. Ce qu'on remarque, c'est que la proportion des individus qui ne reçoivent aucune aide, semble beaucoup plus élevée chez les 50-59 ans : 1/3 contre 1/4 pour les 60-74 ans.

L'autre différence majeure, c'est la proportion d'individus qui reçoivent une aide de professionnels à domicile, qui est d'à peu près 18 % pour les 50-59 ans, quand elle est de plus de 30 % chez les 60-74 ans.

Le problème, c'est que là encore, même si on se concentre là sur une population qui a des incapacités, on peut encore avoir des hétérogénéités d'état de santé et de limitations fonctionnelles au sein de nos sous-populations. On recourt donc à l'analyse économétrique multivariée. Le tableau vous présente l'effet d'avoir 60 ans ou plus sur la probabilité de

recevoir une aide à domicile quelle qu'elle soit, une aide informelle, une aide formelle et une aide mixte. Les effets sont exprimés en points de pourcentage. Le fait d'avoir 60 ans ou plus, c'est-à-dire de relever du périmètre des politiques de la dépendance, augmente de 1,5 point de pourcentage la probabilité de recevoir une aide, toutes choses étant égales par ailleurs. Mais donc cet effet statistiquement n'est pas significatif. L'effet qui est statistiquement significatif, c'est celui sur l'aide formelle : le fait de relever des dispositifs dépendance, semble augmenter l'accès aux aides formelles. Et cet effet est d'une magnitude assez importante, puisque rappelez-vous qu'on avait dans la population des 50-59 ans seulement 18 % des personnes qui déclaraient recevoir une aide formelle. On a un effet symétrique sur l'aide informelle : s'il n'est pas statistiquement significatif, il suggère un effet de substitution de l'aide informelle à la vie quotidienne par l'aide formelle, qui a été documenté par ailleurs. L'effet sur l'aide formelle peut potentiellement s'expliquer par le fait que quand on franchit la barrière des 60 ans, on peut bénéficier de l'APA qui permet de financer des aides ménagères qui vont être assurées par des professionnels, alors que pour les populations handicapées, ces aides ménagères peuvent être assurées par les proches.

La littérature internationale a montré que l'existence de dispositifs de financement des aides à domicile différents peut influencer en fait la probabilité même d'être pris en charge à domicile plutôt qu'en institution. Dans ce second tableau de résultats, je vous présente la probabilité d'entrer en institution dans la population française totale qui a entre 50 et 74 ans, quel que soit l'âge elle reste très faible, mais on voit qu'elle est de manière assez cohérente plus élevée à mesure que l'âge augmente. Ce qui est important toutefois, c'est que juste à 60 ans, on a l'impression qu'il y a un saut dans cette probabilité de résider en institution ; ce qui suggérerait que la barrière des 60 ans a un effet propre sur la configuration résidentielle. Ainsi, à domicile, cette barrière influence les aides qui sont reçues ; en outre, elle influence la probabilité même de résider à domicile plutôt qu'en institution. Ce résultat m'a surpris, compte tenu de ce qu'on sait des différentiels de reste à charge en maison de retraite par rapport aux établissements. Le reste à charge tend en effet à être plus faible pour les personnes handicapées.

Un élément crucial qui me semble crucial pour interpréter ce résultat, c'est la manière dont a été conçue l'enquête HS. Il a en effet fallu donner une définition claire de ce qu'on entendait par « *résidence logement ordinaire* » pour déterminer le critère d'inclusion dans le volet ménage plutôt que dans le volet institution. C'est un critère de retour au

domicile au moins une fois par an qui a été retenu.

En parallèle, des instructions ont été données aux enquêteurs afin que ceux-ci considèrent les personnes résidant en établissement spécialisé pour personnes handicapées comme étant des personnes à domicile, entrant dans le volet Ménages de l'enquête. Par contre, les personnes âgées en maison de retraite devaient relever du volet Institutions. Ce que je soupçonne, c'est que pour les personnes à domicile de moins de 60 ans, les aides qui sont reçues dans un établissement qu'elles peuvent fréquenter dans la semaine, ou entre des périodes de vacances, ne sont pas observées dans HSM - puisque ce n'est pas l'objet de l'enquête. Mais elles ne sont cependant pas non plus observées dans l'enquête HSI. Ainsi, de manière peut-être un peu frustrante, mais aussi assez révélatrice, il semble que la barrière des 60 ans affecte également les catégories statistiques et la collecte de données, et rend par-là même difficile l'appréciation des effets empiriques de cette barrière.

### Limites et discussion

Je vais passer assez rapidement sur les limites de l'étude. Les données idéales pour répondre à la question qui m'intéresse devraient me permettre de suivre un individu au cours du temps et de voir comment sa situation change au passage de la barrière des 60 ans. Cette dimension longitudinale est aussi absolument nécessaire pour prendre en compte la situation des personnes handicapées vieillissantes de manière satisfaisante.

En conclusion, voici un bref rappel donc des résultats présentés. Le fait de relever des dispositifs dépendants semble augmenter l'accès aux aides formelles à domicile pour les personnes considérées comme à domicile, avec un effet sur l'aide informelle négatif moins probant. La barrière des 60 ans semble également affecter le lieu de prise en charge. Évidemment, il faut rester très prudent dans l'interprétation pour les raisons que j'ai mentionnées précédemment ; n'oubliez pas non plus que je travaille avec des variables binaires (recevoir ou ne pas recevoir une aide formelle ou informelle). On ne peut exclure que les résultats pourraient être très différents si on considérait le volume d'aide.

Je finirai en mentionnant le fait que ce travail m'a amenée quand même à réfléchir aux aspects qu'il faut absolument prendre en compte quand on veut collecter de l'information sur de discontinuité institutionnelle dans les dispositifs handicap-dépendance. Je sais qu'une collecte d'information statistique, c'est très long, c'est très dur ; l'enquête HS est

déjà une mine d'informations incroyable même au niveau international. J'aimerais toutefois modestement mettre le doigt sur quelques points auxquels une opération ultérieure de collecte devrait réserver une attention particulière. L'appariement des données d'enquête aux informations administratives sur les prestations perçues, qui est vraiment essentiel pour augmenter la qualité des informations sur ces prestations, mais ça c'est déjà dans les tuyaux et en très bonne voie. Il faut penser à augmenter les tailles d'échantillon autour des discontinuités des barrières d'âge pour avoir des précisions statistiques suffisantes pour pouvoir dire quelque chose sur ces barrières. Enfin, de manière plus générale, s'assurer que l'information collectée recouvre bien toutes les dimensions de l'information recherchée, et que la collecte d'information soit robuste aux barrières d'âge dont on veut étudier les effets.

Merci de votre attention.



**Sophie PENNEC**  
Ined

## Décisions médicales et lieux de fin de vie et de décès

Cette présentation ne discute pas directement du vieillissement en tant que tel, mais d'un sujet qui touche principalement et de plus en plus, grâce aux progrès de l'espérance de vie, les personnes âgées et très âgées, à savoir la fin de vie et la mort. Son objectif est de décrire les lieux de la fin de vie et, notamment, les trajectoires observées durant le dernier mois de vie et d'analyser les facteurs qui pourraient être associés à ces trajectoires. Certains de ces facteurs sont démographiques comme l'âge et le sexe, d'autres sont de nature médicale, comme la pathologie (décrite par la cause de décès), les symptômes des 24 dernières heures, ou les objectifs du traitement, notamment de la dernière semaine. L'implication de la famille sera également abordée. Il s'agit notamment, d'essayer de mieux comprendre les ressorts de l'hospitalisation, qui est un des enjeux de ces trajectoires de fin de vie. En effet, on sait que la plupart des personnes voudraient mourir à domicile, mais la réalité est tout autre puisque 60 % des personnes meurent à l'hôpital et seuls 20 % à domicile et environ 17 % en maison de retraite.

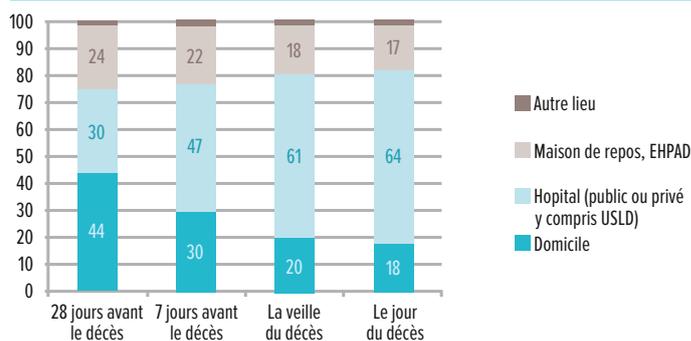
### Les données mobilisées pour cette étude proviennent d'une enquête menée à l'INED, « *Fin de vie en France* ».

La procédure de cette enquête est proche de celles réalisées dans d'autres pays, notamment en Belgique et aux Pays-Bas, et reprend, en particulier, les mêmes types de question sur les décisions médicales de fin de vie pour permettre des comparaisons. Cette enquête avait pour objectif de dresser un panorama de la fin de vie, d'explorer les décisions médicales de fin de vie, d'apprécier les conditions de mise en œuvre de la loi sur le droit des malades, dite loi Léonetti, de 2005. En conséquence, elle décrivait finement les décisions médicales, la collégialité, le fait qu'il y ait des personnes de confiance ou des directives anticipées. Cette enquête, se base sur un échantillon de décès. Les répondants sont les médecins qui ont certifié ces décès par questionnaires auto-administrés puisqu'il y a quelques

questions très sensibles. Les analyses reposent sur un échantillon de 5 200 questionnaires rendus.

**Pour cette étude des lieux de décès, la population des décès non soudains a été retenue.** L'ensemble des adultes, âgés de 18 ans et plus sont pris en compte, mais pour plus de la moitié, ce sont des personnes qui ont plus de 80 ans. On s'intéresse aux trajectoires des différents lieux de résidence à quatre dates particulières : 28 jours avant le décès, 7 jours avant le décès, la veille du décès, le jour du décès. Dans 84% des cas, les médecins connaissent les différents lieux de décès aux quatre dates. On fait l'hypothèse que si une personne est dans le même lieu à deux dates consécutives, elle y est restée toute la période.

### Lieu de séjour avant le décès



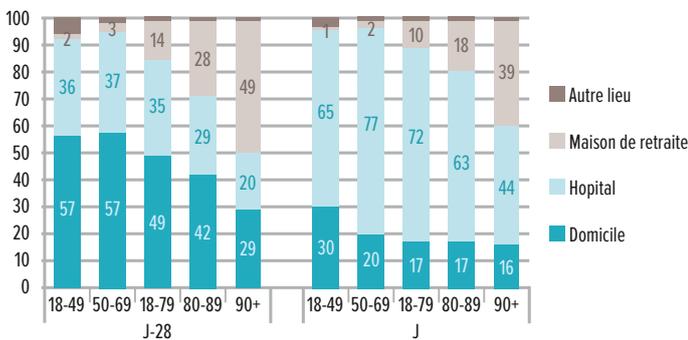
Source : Enquête Fin de vie en France 2010.

Quatre semaines avant le décès, vivre à domicile est la situation la plus fréquente (44 % des cas) et plus on se rapproche du jour de la mort, plus la fréquence de l'hospitalisation augmente : en un mois, la proportion des personnes hospitalisées fait plus que doubler, passant de 30 à 64 %. Cette progression se fait essentiellement au détriment du maintien à domicile, puisque seules 18 % des personnes meurent chez elles. En comparaison, la proportion de personnes qui résident en maison de retraite reste

quasiment stable au fil des dernières semaines de vie. Les situations des hommes et des femmes ne sont pas les mêmes : un mois avant le décès la moitié des hommes sont à domicile contre 39 % pour les femmes, ces dernières étant plus souvent en maison de retraite (32 % contre 16 %). On peut voir là l'effet du plus fort veuvage des femmes qui les conduit plus souvent à être institutionnalisées au très grand âge. Pour les hommes comme pour les femmes plus on se rapproche du décès, plus l'hospitalisation augmente, mais plus fortement pour les hommes.

**Les lieux de résidence aux diverses dates diffèrent également selon les âges au décès.** Plus on avance en âge et moins souvent les personnes sont à domicile 28 jours avant le décès. À cette date, la moitié de celles âgées de 90 ans et plus résident en maison de retraite alors que ce n'est pratiquement le cas d'aucune de celles âgées de 50 à 69 ans. Décéder à l'hôpital est la situation la plus courante pour les moins de 90 ans mais les plus âgés meurent quasiment aussi souvent en maison de retraite qu'à l'hôpital (respectivement 39 et 44 %).

**Lieu de séjour avant le décès selon l'âge**



Source : Enquête Fin de vie en France 2010.

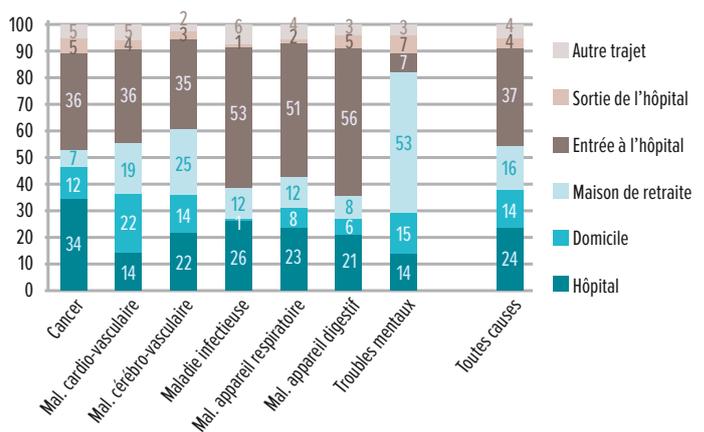
**Si on s'intéresse, non plus aux lieux de prise en charge à diverses dates mais aux trajectoires suivies** durant le dernier mois de la vie, on constate qu'environ la moitié des personnes sont restées dans le même lieu : 14 % à leur domicile, 17 % en maison de retraite, et 24 % à l'hôpital. L'hospitalisation en provenance du domicile concerne 30 % des personnes et 8 % de celles hébergées en maison de retraite. Beaucoup plus rares sont les retours de l'hôpital vers le domicile ou la maison de retraite (4 %). Enfin, 4 % suivent des trajets plus complexes, faisant des va-et-vient entre, par exemple, le domicile et l'hôpital, ou la maison de retraite et l'hôpital.

Rester dans le même lieu de résidence est majoritaire dans tous les groupes d'âge, à l'exception des 50-69 ans qui font plus fréquemment l'objet d'un transfert à l'hôpital

(43 % contre 27 % des 90 ans et plus). Les très âgés se distinguent par un fort maintien en maison de retraite : 38 % des 90 ans et plus y passent le dernier mois de leur vie contre 17 % des 80-89 ans. En revanche, quel que soit l'âge, de l'ordre de 14 % des personnes de plus de 50 ans restent chez elles jusqu'à la fin de leur vie.

**La pathologie dont souffrent les personnes** et les symptômes qui y sont associés différencient assez fortement les trajectoires en fin de vie. Ainsi les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ou maladies cérébro-vasculaires, qui sont dans le même profil, restent plus fréquemment à domicile durant leur dernier mois de vie, et sont moins souvent maintenues à l'hôpital et ce quel que soit l'âge (10-15 % contre 24 % en moyenne). Pour les personnes décédées de maladies infectieuses ou de maladies de l'appareil respiratoire ou digestif, les trajectoires sont très différentes. Quel que soit l'âge, très rares sont celles qui resteront à domicile durant l'ensemble du dernier mois de leur vie, alors qu'environ une sur deux fera l'objet d'un transfert vers l'hôpital (37 % en moyenne). Très clairement, ici, l'hospitalisation est liée à une volonté de guérison ou de traitement de la maladie, qui rend l'hospitalisation nécessaire. Les personnes atteintes de troubles mentaux ou de démence présentent un autre profil très spécifique : quasiment toutes passent le dernier mois de leur vie dans le même lieu, très peu faisant l'objet d'un transfert à l'hôpital.

**Trajectoire durant le dernier mois avant le décès par cause de décès**



Source : Enquête Fin de vie en France 2010.

**Si la pathologie est un des déterminants principaux des trajectoires de fin de vie, il en va de même des traitements de la dernière semaine.** S'ils visent la guérison du patient, il y a une probabilité forte de transfert vers l'hôpital et c'est l'inverse si le traitement est destiné au seul confort du patient. Notons aussi que certains symptômes, notamment les détresses respiratoires, entraînent un transfert vers

l'hôpital, sans doute car c'est une phase très compliquée à gérer pour les familles. Enfin, il faut noter l'importance de l'implication de la famille sur le type de trajectoire de prise en charge: plus la famille est impliquée dans l'accompagnement de la personne en fin de vie, moins souvent cette dernière vivra son dernier mois à l'hôpital, elle sera moins souvent transférée à l'hôpital, et rentrera plus souvent à domicile.

**En conclusion, comme nous l'avons vu, le maintien à domicile se raréfie avec l'approche du décès et, à l'inverse, le risque d'être hospitalisé augmente.** Ces hospitalisations, pour certaines peut-être un peu systématiques, sont souvent liées à des pathologies particulières, des symptômes particuliers qui rendent le maintien à domicile difficile, peut-être même très complexe à organiser. Le domicile reste un lieu de prise en charge privilégié si l'objectif du traitement de la dernière semaine de vie est le confort du patient et non pas la guérison. Malgré tout, on constate qu'il y a quand même 40% de cas d'hospitalisation ayant pour objectif de traitement le confort du patient. Certes, un certain nombre de ces hospitalisations se font vers des unités de soins palliatifs ; ce qui reflète la forte complexité de la prise en charge de certaines fins de vie. Mais il semblerait aussi que parfois, peu de symptômes semblant réfractaires, la personne aurait pu rester à domicile. Ceci montre la nécessité de développer la formation des acteurs de santé et les moyens de permettre ce maintien à domicile.

En conclusion, quelques mots sur l'avenir pour dire que ce projet, sur la fin de vie en France, va continuer. Et il va même s'étendre géographiquement puisque une extension spécifiquement DOM et représentative à l'échelon de ces départements est prévue. Cette enquête va commencer l'an prochain et sera couplée à une enquête qualitative sur la fin de vie vue par les proches. Après l'avoir testée dans les DOM on envisage de l'étendre en Métropole et, à plus long terme, on projette de refaire ce type d'enquête en Métropole, cinq ans après le passage de la loi Claeys-Leonetti.

# POLITIQUES PUBLIQUES ET TRANSITIONS

## 2. TRANSITIONS



**Éric BONSANG**  
Université Paris Dauphine

## Passage à la retraite et travail domestique

Bonjour à tous. Merci beaucoup de m'avoir invité pour cette conférence sur le vieillissement. Le travail que je vais vous présenter va s'intéresser à l'effet de la retraite sur la production domestique du ménage, définie comme étant les tâches domestiques que les personnes font : faire le ménage, s'occuper de préparer le repas.

La retraite constitue un événement majeur pour les personnes âgées. Cela affecte non seulement leur revenu, mais également les activités auxquelles elles passent leur temps. Pour les personnes en couple, la retraite de leur partenaire peut avoir aussi des impacts importants, non seulement via le revenu du ménage, mais aussi via le changement de l'utilisation du temps de leur partenaire sur la production domestique.

### **L'objectif de cette recherche est d'analyser simultanément l'effet sur le temps passé à la production domestique des deux partenaires lors de leur passage à la retraite.**

Contrairement aux études qui ont été faites jusqu'à présent sur ce sujet, nous utilisons des données longitudinales basées sur des données allemandes. Malheureusement en France, ce genre de données longitudinales n'est pas disponible pour le moment. Il existe cependant une étude très intéressante par Elena STANCANELLI Arthur VAN SOEST, qui est aussi co-auteur de ce travail, qui a abordé ce sujet en se basant sur des données transversales en France. Dans le cadre de notre recherche, nous disposons de données longitudinales où on suit les gens durant plus de 20 ans. Et ça nous permet d'étudier les changements liés à la production domestique au niveau du ménage lorsque l'un des partenaires part à la retraite. Nous allons aussi traiter le problème d'endogénéité en utilisant des modèles à effets fixes. Et on comparera nos résultats avec ceux obtenus en utilisant une approche par variables instrumentales, qui a été faite aussi pour la France par exemple, mais qui sera appliquée ici dans le contexte allemand. Finalement, nous imputons la valeur monétaire

à la production domestique afin d'évaluer la variation des ressources totales des ménages lorsque l'un des membres part à la retraite.

Les données mobilisées pour cette recherche proviennent du German Socio-Economic Panel. Cette enquête interroge chaque membre du ménage et contient des données sur l'utilisation de leur temps. Cela nous a permis d'obtenir à peu près 32 000 observations sur plus de 9 000 couples. La production domestique est déterminée par le temps passé à faire les courses, à faire le ménage, à faire la cuisine, mais également les réparations autour de la maison, et ainsi que les réparations de la voiture et le jardinage.

L'analyse empirique repose principalement sur un modèle à effets fixes, où la variable dépendante est définie comme étant le nombre d'heures passées à la production domestique de l'homme et de la femme.

Afin de tester la sensibilité de notre modèle, nous utilisons la méthode par variables instrumentales, où nous modélisons simultanément la production domestique et le comportement de retraite en utilisant les âges d'éligibilité à une pension de retraite comme variation exogène du départ à la retraite de chacun des partenaires. Cela nous permet d'identifier l'effet de la retraite sur la production domestique, induit par le fait que la personne est devenue éligible pour des allocations de retraite.

Le modèle à effets fixes et le modèle estimé par variables instrumentales donnent des résultats très similaires, malgré une perte de précision en ce qui concerne le modèle utilisant des variables instrumentales. Les écarts-types des estimateurs sont beaucoup plus larges pour le modèle par variables instrumentales, ce qui est quelque chose qui est tout à fait classique pour ce genre de modèle. Lorsque l'homme part à la retraite, il augmente en moyenne

de 9 heures et demie sa production domestique par semaine. Cependant, on observe également un effet croisé : lorsque sa partenaire part à la retraite, il y a un certain ajustement qui se fait et sa production domestique diminue cette fois-ci de 2 heures. Si on prend en compte uniquement la retraite de l'homme et pas celle de sa partenaire, on va surestimer l'impact de la retraite sur la production domestique, puisqu'un ajustement s'opère lors du départ à la retraite de sa partenaire. On observe des résultats similaires pour les femmes. Cependant, l'augmentation de la production domestique est plus faible lorsqu'elles partent à la retraite.

Nous imputons ensuite la valeur monétaire du temps consacré à la production domestique et analysons les effets de la retraite sur les ressources totales du ménage, y compris le revenu du ménage et la valeur de la production domestique. En tenant compte des effets croisés, nous constatons que la baisse du revenu des ménages lors du passage à la retraite de l'un des partenaires est compensée dans une large mesure par une augmentation de la production totale des ménages.

**Pour conclure, on voit que l'effet de la retraite a des effets très substantiels sur la production domestique, mais aussi sur celle de leur partenaire.** Le fait d'ignorer ces effets croisés de la retraite des couples résulterait à une surestimation de l'effet de la retraite sur la production domestique, qui serait d'à peu près 20 % si c'est l'homme qui part à la retraite ou de 30 % si c'est la femme. Cependant, même en prenant en compte ces effets croisés, l'augmentation de la production domestique compense largement les pertes de ressources financières lorsque l'un des partenaires part à la retraite. Cette étude montre qu'il est important de considérer simultanément l'effet de la retraite sur le temps consacré à la production domestique des deux partenaires afin de comprendre l'impact total de la retraite sur la production domestique au niveau du ménage. Ce phénomène mérite bien plus d'attention lorsqu'on essaie de comprendre l'impact de la retraite sur le bien-être économique et non économique des personnes âgées.

Je vous remercie.



**Annie JOLIVET**  
CEET, Cnam et GIS Creapt

## Formation des seniors

On change complètement d'objectif et de type d'étude. La recherche que je vous présente n'est pas achevée. Nous sommes en train de rédiger le rapport final. Je vais donc plutôt vous présenter la façon dont nous avons abordé la question et la démarche retenue. Comme vous le voyez cette recherche mobilise une équipe assez large.

Cette recherche est une réponse à un appel à projets de la DARES. Nous avons voulu aborder la question de la formation professionnelle des seniors avec une approche un peu différente. La question de la formation des seniors est plutôt ancienne et nous pensons nécessaire de prendre en compte à la fois les différents apports existants et le contexte renouvelé dans lequel elle s'inscrit aujourd'hui. Quatre séries d'éléments ont été pris en compte.

**On observe une baisse du taux d'accès à la formation avec l'âge.** Le seuil semble avoir un petit peu bougé : l'inflexion se situe désormais plutôt à 55 ans, contre plutôt 50 ans dans les années 90. Toutefois l'âge n'est pas la variable la plus importante : la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de formation initial sont de loin les plus influentes. On a aussi une grande influence des caractéristiques des entreprises, notamment la taille et le secteur.

**D'autres recherches, des recherches ergonomiques, monographiques, en sciences de l'éducation, adoptent un autre point de vue.** L'idée est que les processus cognitifs évoluent avec l'âge, ce qui ne veut pas dire qu'il y a une dégradation forte et uniforme à partir d'un certain âge. Des personnes plus avancées dans leur vie active ont en fait des capacités cognitives tout à fait semblables voire même supérieures à celles de plus jeunes. Les écarts qu'on observe aux âges jeunes s'accroissent quand on arrive à des âges plus élevés. Beaucoup d'éléments de variabilité inter-individuelle jouent donc. Le parcours de travail, le parcours de formation ont un impact. Des acquis régulièrement augmentés pendant

la vie professionnelle favorisent la capacité à se former, même tardivement. Je vous renvoie aux travaux de J.-C. Marquié sur le vieillissement cognitif. Toute une série de travaux sur les modalités de la formation mettent par ailleurs en évidence des éléments qui influent sur la façon dont la formation est reçue, sur le degré d'apprentissage et la rapidité des apprentissages qui sont liés à la formation. Selon la façon dont la formation est préparée, selon que les personnes sont ou non volontaires, selon les craintes qu'une formation peut susciter, selon le rythme de formation, la mise à disposition ou pas de supports, etc. L'apprentissage se fait quel que soit l'âge, mais avec des temps d'apprentissage qui peuvent être plus longs que ceux de personnes plus jeunes. Et l'apprentissage se joue aussi après la formation, dans la façon dont on peut ou pas mobiliser la formation dans le travail.

**Plusieurs éléments doivent aujourd'hui être intégrés dans une réflexion sur la formation des seniors.** Il s'agit d'abord de l'allongement de la durée de la vie professionnelle (avec l'augmentation de la durée d'assurance pour une pension de retraite à taux plein) mais aussi des départs en retraite à des âges plus tardifs. Un second bloc touche aux caractéristiques des cohortes seniors. On s'est amusé dans l'appel à projets à calculer l'année de naissance des gens qui atteignaient 50 ans quand on a déposé le projet : 1965. Or ces personnes-là n'ont pas eu les mêmes parcours de formation initiale que leurs aînés, elles ont eu notamment davantage d'occasions de se former aux technologies de l'information et de la communication. Les cohortes qualifiées de "seniors" qu'on peut suivre aujourd'hui ne sont donc pas totalement identiques à celles qu'on observait il y a 10, 15 ou 20 ans.

**Enfin toute une série d'évolutions** en matière d'organisation du travail, de production, de changement technologique jouent sur les modes de production, le positionnement des entreprises sur leur marché, etc. et n'ont pas été particulièrement

intégrées dans des études antérieures sur la formation. S'y ajoutent des évolutions du cadre législatif sur la formation, notamment depuis la loi de 2014. Désormais les entreprises n'ont plus l'obligation de consacrer un certain pourcentage de leur masse salariale à la formation continue, et elles sont donc plus libres d'établir leur programme de formation en intégrant une partie de formation sur le lieu de travail, voire une grande partie sur le lieu de travail. Les FEST (Formations en Situation de Travail) ont ainsi tendance à se développer.

**Nous avons retenu l'idée d'analyser les multiples facettes, les multiples déterminants de la formation des seniors à partir de trois angles : organisation, parcours, situation de travail.**

**Avec l'angle organisation**, on cherche à capturer des déterminants et des choix qui proviennent de l'entreprise (de l'employeur, de l'administration...) et on analyse les pratiques de formation. Quelles sont les caractéristiques de l'activité ? Les produits évoluent-ils rapidement ? Quels sont les critères et les canaux de recrutement et ont-ils évolué ? Quel est le contenu de la formation à l'embauche ? Comment est-elle organisée, selon quelles modalités, quel rythme ? Mêmes interrogations sur la formation continue, qu'elle soit formelle ou informelle.

**Avec l'angle parcours des salariés**, on cherche à repérer les occasions de se former et les attitudes vis-à-vis de la formation. L'idée est que les personnes engagent dans leur parcours professionnel et dans leur vie de travail bien au-delà de ce que demande leur seul travail actuel. Lorsque les personnes passent d'un emploi à un autre, certaines choses peuvent être similaires ou pas, nécessiter ou pas un passage par une formation. On peut aussi faire valoir ou rapatrier dans un nouvel emploi des compétences qu'on a pu acquérir dans ses activités paraprofessionnelles, ou totalement hors travail, associatives par exemple.

**Avec l'angle situation de travail**, on se focalise sur les occasions d'apprendre dans le travail. Ce qui met en jeu notamment l'affectation sur certains postes ou la mobilité vers d'autres postes. Existe-t-il des "chaînes de mobilité", comme celles analysées par Piore et Doeringer ? Comment se posent les questions de polyvalence, de changement de produits ? Comment s'organisent le travail, la transmission d'un certain nombre de savoirs dans les collectifs de travail ?

Au confluent de ces trois aspects se trouve ce qu'on peut appeler un "modèle de formation", pas au sens normatif du terme mais au sens de configuration de différents éléments.

Comment apprend-on dans le travail ? Comment l'entreprise organise-t-elle cet apprentissage ? En quoi les parcours des salariés peuvent-ils apporter des ressources ? En quoi l'organisation du travail et l'activité quotidienne peuvent-elles ou non favoriser l'activité de formation puis d'apprentissage dans le travail ?

L'analyse décrite implique des observations en situation de travail et des entretiens approfondis. Nous n'avons déployé cette analyse que dans une seule entreprise, les autres entreprises contactées n'ayant pas souhaité qu'on aille jusqu'à ce point avec elles. Toutefois deux contacts pourraient aboutir à des investigations hors convention de recherche.

**En quoi cette approche est-elle novatrice ?** D'abord notre équipe pluridisciplinaire combine des économistes, une sociologue et des ergonomes. Construire la méthodologie et l'appliquer sur le terrain s'est avéré bien plus compliqué que prévu. Nous avons combiné différents modes d'investigation : analyse de documents ; entretiens semi-directifs auprès des personnes en charge de la formation continue (maîtrise d'ouvrage et maîtrise d'œuvre, personnes en charge du suivi de la mise en œuvre de la formation, notamment en direction des seniors, encadrants directs) ; entretiens semi-directifs avec des salariés ; observations en situation de travail/de formation. Nous avons choisi de retenir les 45 ans et plus. Pas parce que 45 ans=seniors, mais pour prendre des personnes à différents points de leur vie professionnelle. Et enfin l'analyse de situations de travail/formation permet de naviguer et distinguer entre l'apprentissage et la formation, entre ce qui est visible et formel/informel et invisible.

Nous sommes allés dans un centre d'appels qui a accepté notre venue. Il s'agit d'une grosse PME qui emploie à peu près 250 salariés. Au moment où nous démarrons notre investigation, elle sort d'une période de difficultés économiques. Lors de notre seconde phase d'observations, il y a deux semaines, il s'avère que des séquences de recrutement et de formation ont lieu quasiment toutes les semaines. Cette entreprise exerce une activité extrêmement concurrentielle avec un fort renouvellement de produits : les appels s'effectuent dans le cadre de campagnes commandées par des donneurs d'ordres extrêmement puissants, qui imposent toute une série de normes sur les produits, sur la façon de faire les formations, etc.

**Premier constat :** l'entreprise a progressivement modifié ses critères (et ses canaux) de recrutement. On comprend qu'au fur et à mesure les critères de recrutement ont été modifiés. Au départ l'entreprise était très ouverte au recrutement des

seniors. Comme beaucoup de logiciels sont utilisés pour suivre et renseigner les appels, les critères ont évolué : aujourd'hui l'entreprise recrute avec un savoir-faire informatique minimal. Les canaux de recrutement ont aussi été modifiés : désormais l'entreprise recrute essentiellement par des sites comme Monster, Indeed, peu utilisés par les seniors.

**Deuxième constat :** l'entreprise a modifié sa façon de faire la formation à l'embauche. Les entretiens avec les salariés de 45 ans et plus permettent de repérer un "effet de cohorte" : certains salariés "seniors" ont été embauchés il y a une quinzaine d'années et d'autres plus récemment. Entre les deux cohortes, on n'a pas le même type de recrutement, pas le même type de profil, pas le même processus de sélection, pas tout à fait la même formation, même si la combinaison formation théorique/formation en "school" perdure.

**Troisième constat** à partir des observations en situation de travail, avec quatre jours d'observation sur le terrain (un jour en formation et trois jours sur le plateau en school), en regardant aussi ce qui se passe ailleurs, puisque le plateau est totalement ouvert. Nous comprenons qu'il n'y a quasiment plus de seniors embauchés. La seule "senior" observée a 45 ans. On constate également que la succession annoncée une semaine théorique (en salle)/une semaine en school est en réalité beaucoup plus finement tricotée. Les semaines et les jours sont découpés en fonction des produits et de la façon suivante : une première journée en salle ; dès le lendemain, premiers appels ; puis retour en salle et jeux de rôle ; puis à nouveau des appels. Tout ça est tricoté pendant à peu près deux semaines. Tous les appels sont des appels réels réalisés en petits groupes (6-8 personnes) sous le regard et avec l'appui d'au moins un formateur qui aide à trouver les argumentaires et qui vient au secours des personnes en formation. Pas très facile pour des seniors du coup de s'approprier les informations et les façons de faire. Et puis on interroge, on observe, on prend des petites informations par ci par là. Et là on comprend qu'en fait les formateurs, sans le dire et sans particulièrement organiser les choses de façon formelle, vont repérer en fait dès la première journée s'il y a des difficultés spécifiques pour certaines personnes, et vont adapter leurs interventions à la nature de ces difficultés. Cela se retrouve dans les jeux de rôle, en school, puisqu'ils vont écouter davantage certaines personnes que d'autres au fur et à mesure de la formation. Les animateurs vont alterner des moments où ils laissent les personnes en autonomie et des moments où ils vont les voir et leur fournir un appui. Et vont progressivement concentrer leur intervention sur les personnes les plus en difficulté, le

critère essentiel étant d'arriver à faire une vente si possible avant la fin des 15 jours de formation. On combine ici quelque chose d'assez souple, qui tricote formation en situation de travail et formation formelle, et en même temps quelque chose de relativement sélectif vis-à-vis de l'âge, via les canaux de recrutement.

**Concernant la formation continue,** ce qu'on comprend à la fois avec les entretiens et en observant cette fois-ci d'une façon plus distante le plateau, c'est qu'il y a tout un enjeu dans l'affectation à certaines campagnes plutôt qu'à d'autres, parce que les produits ne sont pas les mêmes. Sur certaines campagnes, il est plus facile d'apprendre au départ et plus facile de se former en cours d'évolution des produits, au fur et à mesure de l'avancement des campagnes. Se pose par conséquent la question des parcours des salariés, de la succession des campagnes : les salariés sont-ils plutôt stables sur des campagnes ou bien doivent-ils changer, et à quel rythme ? Changer de donneur d'ordre et de campagne, si celle-ci n'a rien à voir avec le contenu du travail antérieur, accentue les difficultés d'apprentissage. Une question liée qui se pose est la possibilité de jouer avec le collectif de travail. Est-ce que vous pouvez poser des questions, est-ce que votre superviseur va pouvoir vous aider ? S'il y a une aide du collectif, les superviseurs ont comme mission de plutôt empêcher le collectif d'intervenir, pour qu'il n'y ait pas de fausses informations qui transitent vers les gens qui appellent ou qu'on appelle, parce que les donneurs d'ordres imposent un certain nombre de critères de qualité.

On est dans ce cas très concret sur des facettes et des déterminants multiples qui justifient la démarche pluridisciplinaire retenue. Avec des constats qui peuvent questionner une entrée "seniors" trop stricte.



**Maïlle DRÉANO**

*Université catholique de Lille, Maître de conférences en droit de l'emploi*

## Discriminations systémiques par l'âge

En tant que juriste pour le défenseur des droits, j'instruis les réclamations en discrimination dans l'emploi qui sont portées à la connaissance du défenseur des droits, avec des pouvoirs proches de ceux d'un inspecteur du travail.

Les transitions vie professionnelle, vie non professionnelle sont difficiles et douloureuses parce qu'elles mettent en jeu des discriminations systémiques fondées sur l'âge dans l'emploi.

**La question des seniors face aux discriminations sur le marché du travail est une préoccupation des pouvoirs publics.** Une bonne illustration est l'adoption du contrat de génération. Ce contrat avait vocation à favoriser l'insertion des jeunes travailleurs en organisant le maintien dans l'emploi des seniors via une transmission de compétences. Le succès n'a pas été au rendez-vous et les contrats de génération ont été abrogés par la réforme du code de travail adoptée en septembre 2017. Cette préoccupation des pouvoirs publics demeure puisqu'il y a des clauses de maintien des seniors dans l'emploi dans le CICE et le pacte de compétitivité pour l'emploi.

**Les discriminations dans l'emploi font partie des préoccupations des partenaires sociaux,** puisque dans les grandes entreprises, se négocient des accords sur l'emploi des seniors qui visent à maintenir également cet emploi. Ce premier constat pratique est positif. Mais il faut savoir que le cadre juridique est un véritable arsenal législatif pour lutter contre les discriminations. On dispose depuis 2001 d'un principe de non-discrimination dans les relations professionnelles, qui interdit les discriminations en matière d'embauche, de formation, de rupture du contrat de travail, etc., notamment fondées sur l'âge. Et surtout depuis 2008, la définition juridique de la discrimination a été étendue de façon à en saisir toutes les modalités qui peuvent se manifester dans l'emploi, que ce soit des refus d'embauche, des harcèlements ou des discriminations systémiques.

Et pourtant, en dépit de ce constat plutôt positif, il faut remarquer que seuls 37 % des actifs qui ont entre 54 et 64 ans, ont un emploi. C'est 5 points de moins que la moyenne européenne, et par exemple, en Suède, le taux d'activité des 54/64 ans est de 70 %. Il y a un décalage, un "gouffre" entre la volonté des acteurs du marché du travail de lutter contre la discrimination, et la réalité de la perte d'emploi subie par les salariés seniors. La question se pose de savoir s'il n'y a pas des pratiques à l'œuvre mal identifiées, qui conduisent néanmoins à sortir mécaniquement les seniors du marché du travail.

**Les discriminations dans l'entreprise ne s'affichent pas ouvertement, surtout à l'égard des seniors.** En fait, la discrimination à l'égard des seniors dans l'emploi, résulte d'une passivité de l'employeur qui va délaissier ces salariés pour lesquels il n'a pas intérêt à investir en termes de formation, ou à promouvoir, puisque la formation, comme le dit le défenseur des droits, ne sera pas rentable. On ne va pas former un salarié qui va partir trois ans plus tard à la retraite. Économiquement, c'est plus intéressant de former un salarié en début de carrière, qui pourra ensuite faire toutes ses preuves dans l'entreprise. Les recherches juridiques aujourd'hui s'interrogent pour savoir si, en dépit d'une apparente neutralité, il n'y a pas des modes de gestion du personnel qui ont une incidence sur l'emploi des salariés les plus âgés. Évoquer les mécanismes qui sont à l'œuvre, c'est déjà réfléchir sur les solutions qui évidemment nous intéressent.

**Pour commencer évoquons les discriminations systémiques dans l'emploi puis présentons les solutions qu'on peut y apporter actuellement.**

Qu'est-ce qu'une discrimination en droit, et en quoi est-elle systémique, c'est-à-dire générée par le mode d'organisation de l'entreprise ? Une discrimination consiste à traiter moins

favorablement une personne qu'une autre, en raison d'un critère personnel non pertinent, comme l'âge. On subit une discrimination en raison de son âge parce qu'on est traité moins bien qu'une autre notamment plus jeune. Une discrimination systémique fondée sur l'âge provient de pratiques volontaires ou non, neutres en apparence, mais qui donnent lieu à des écarts de rémunération ou d'évolution de carrière. La discrimination systémique fondée sur l'âge, repose sur quatre facteurs. Le premier facteur, ce sont les stéréotypes et les préjugés sociaux. Le second facteur, c'est la ségrégation professionnelle. Le troisième facteur, c'est la sous-évaluation de certains emplois, ce qu'on appelle familièrement "des placards". Et le quatrième facteur, c'est la recherche d'une rentabilité économique à court terme qui va pousser les employeurs à investir sur les seuls jeunes salariés et pas sur les plus anciens.

**S'agissant des discriminations systémiques**, le facteur des préjugés est le point de départ et la place donnée au souci de la performance et au souci de la mondialisation. Annie JOLIVET a indiqué, en retraçant les propos de la DRH qu'elle a rencontrée, que la crainte de l'absence de passage au numérique des salariés les plus âgés peut être un frein à l'investissement les concernant. Ils sont considérés comme étant à priori moins productifs et sont donc délaissés. La perception très négative de l'emploi des seniors a un effet pervers qui a été souligné par le défenseur des droits, c'est à dire un phénomène de seniorisation prématurée dans l'emploi. C'est-à-dire qu'un salarié investi dans une entreprise se retrouve "senior" du jour au lendemain parce qu'il a passé la barre des 40 ans, voire dans certaines entreprises, le défenseur des droits l'a dit, la barre des 32 ans. Dans les SS2I, (sociétés de conseil en informatique et en numérique), la moyenne d'âge est de 31 ans. On est donc senior à 32 ans. Ce processus varie en fonction bien sûr des secteurs d'activité. Il reste qu'il est difficile de garder son emploi, de prolonger sa durée de vie en entreprise, de ne pas tomber dans des logiques de délaissement par l'employeur quand on est un senior.

**Comment fonctionne en pratique la discrimination systémique ?** On peut identifier cinq ensembles de mesures discriminatoires qui touchent les travailleurs les plus âgés. D'abord, c'est la perte d'emploi, soit dans le cadre de licenciements collectifs pour motif économique, soit pour des motifs individuels, avec parfois l'inaptitude à occuper certains postes. Autre type de mesure discriminatoire qui touche les travailleurs les plus âgés, c'est la discrimination lors du recrutement. On constate souvent l'existence des limites d'âge à l'embauche dans la formalisation des offres d'emploi.

Ensuite des mesures spéciales conduisant à exclure les chômeurs de certaines catégories de travailleurs les plus âgés. L'exclusion peut provenir des difficultés de formation. Et puis on a aussi souvent des départs en retraite anticipés, voire forcés. Ces mesures récurrentes d'exclusion, de minoration des droits expliquent que la discrimination n'est pas forcément une stratégie intentionnelle de l'entreprise : c'est un désavantage structurel qui se met en place. Et parmi ces désavantages structurels, on va retrouver ce qu'on appelle l'*effet de Noria*, sur lequel je voudrais insister, parce qu'il illustre totalement comment l'organisation de l'entreprise conduit insidieusement à la stagnation de l'emploi des salariés dits seniors ou à leur éviction du travail.

**Alors, qu'est-ce que l'effet de Noria ?** C'est une technique de gestion des ressources humaines qui consiste à créer des économies sur la masse salariale, en remplaçant les salariés les plus âgés par les salariés les plus jeunes sur les mêmes postes, parce que ces derniers coûtent moins cher. Ils ont moins d'expérience professionnelle, donc ils sont moins rémunérés à ce titre. C'est une logique purement comptable (faire des économies de masse salariale) et critiquable à ce titre parce qu'elle ignore l'engagement des salariés sur leur poste, qu'il soit passé ou actuel et empêche évidemment toute nouvelle évolution de carrière. Le salarié senior est vécu comme une charge pour l'entreprise et non comme une valeur ajoutée, au regard notamment, et c'est important, de sa loyauté et de son savoir-faire. Sur ce point il y a une opposition entre juristes et gestionnaires des ressources humaines. Il est donc important de s'interroger sur les solutions pour valoriser justement la loyauté d'un salarié qui s'est longtemps investi sur son poste, ainsi que son savoir-faire. Une des solutions consiste d'abord à s'interroger sur la notion de senior dans l'emploi, puisque c'est un terme qui est repris par l'accord national interprofessionnel sur l'emploi des seniors. Il renvoie aux personnes qui ont plus de cinquante ans. Mais en fait, on s'aperçoit aussi que dans l'entreprise, c'est un terme qui est utilisé pour valoriser l'expertise sur un poste. Sur un même poste, on va avoir des salariés juniors et des salariés seniors. Et cette dimension d'expertise, est à prendre en compte dans les solutions qui permettent de lutter contre les discriminations systémiques des salariés en fin de carrière. Les solutions peuvent être d'ordre collectif ou d'ordre individuel.

**Au titre des solutions collectives**, il faut souligner la négociation d'entreprise sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. C'est une obligation de négociation entre les partenaires sociaux, syndicats et représentants des employeurs dans les entreprises,

qui a été renforcée par la réforme du code de travail intervenue en 2017. La gestion prévisionnelle des emplois revient à évaluer le cycle de vie de certaines fonctions : est-ce que des fonctions vont être pérennisées, vont évoluer ou au contraire être remplacées par des outils numériques, par exemple ? C'est aussi évaluer les compétences des salariés individuellement, leur proposer des alternatives en termes de formation, de mobilité sur d'autres postes. Et c'est une réponse à la discrimination systémique, dans le sens où tout salarié, quel qu'il soit, va pouvoir être éligible à cet accord, c'est-à-dire se prévaloir de cet accord, pour demander une évolution de carrière indépendamment de son âge.

**Une autre solution collective est l'action de groupe** en matière de lutte contre les discriminations. Lorsqu'un syndicat engage une action de groupe parce qu'il suppose l'existence d'une discrimination systémique à l'égard des salariés les plus âgés, il va imposer, dans une phase précontentieuse, à l'employeur de se justifier, puisque l'action de groupe s'ouvre par une période de négociation, d'explication qui dure six mois entre employeur et salariés.

**Les solutions individuelles existent également** même si elles sont peut-être un peu plus anecdotiques. Elles tiennent à la révolution numérique. Avec la révolution numérique, il existe de nombreuses plateformes de portage salarial. Le portage salarial est la prise en charge par une plateforme numérique des charges sociales, de la déclaration des charges sociales et des déclarations administratives pour les travailleurs indépendants. Un salarié qui perd son emploi, peut aussi valoriser son expertise en se déclarant travailleur indépendant et en s'affiliant à une société de portage salarial qui va effectuer les tâches de gestion administrative de l'employeur, mais qui va pouvoir le laisser déployer ses compétences. Et cela est d'autant plus faisable, qu'il y a maintenant aussi des plateformes de mise en relation des travailleurs indépendants avec leur clientèle potentielle. Pour certains, la reconversion est possible grâce à l'économie numérique. Si 60 ans est considéré comme un âge trop élevé en entreprise, certaines études montrent que c'est un âge minimal pour être un dirigeant d'une entreprise crédible. Donc pourquoi pas le dirigeant de sa propre entreprise.

---

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

---

**Sandrine ANDRIEU** [ Inserm, Université de Toulouse ], **Gérard BAILLY** [ Université Grenoble Alpes ], **Carole BONNET** [ Ined ], **Emmanuelle CAMBOIS** [ Ined ], **Christophe CAPUANO** [ Université Lyon 2 ], **Vincent CARADEC** [ Université de Lille ], **Cécile CHARLAP** [ Université de Lille ], **Roméo FONTAINE** [ Ined ], **Joëlle GAYMU** [ Ined ], **Marie-Christine GÉLY-NARGEOT** [ Université Montpellier 3 ], **Agnès GRAMAIN** [ Université de Lorraine ], **Fabrice GZIL** [ Fondation Médéric Alzheimer ], **Marie-Ève JOËL** [ Université Paris Dauphine ], **Giovanni LEVI** [ Muséum national d'histoire naturelle ], **Enguerran MACIA** [ CNRS ], **Marie MERCAT-BRUNS** [ Cnam, LISE-CNRS ], **Mounir MOKHTARI** [ Institut Mines Telecom ], **Soukey N'DOYE** [ Université Paris Descartes ], **Fabrice NOUVEL** [ Association française des ergothérapeutes en gériatrie ], **Jim OGG** [ Cnav ], **Alain PARAPONARIS** [ Université Aix-Marseille ], **Jean-Marie ROBINE** [ Inserm, EPHE, Université Montpellier 2 ], **Cécile ROSENFELDER** [ Université Paris Est Créteil ], **Jean-Michel VERDIER** [ Inserm, EPHE, Université Montpellier ], **Jean-Philippe VIRIOT-DURANDAL** [ Université de Lorraine ]

---

## COMITÉ D'ORGANISATION

---

**Dalila JACOB** [ Cnav ], **Christine PERRIER** [ Inserm ], **Marianne SÉGUY** [ Cnav ], **Hélène TROUVÉ** [ Cnav ]

---

## ORGANISÉ PAR

---



---

## EN PARTENARIAT AVEC

---



---

## AVEC LE SOUTIEN DE

---



---

## RÉALISATION DES ACTES

---

**Marianne SÉGUY** [ Cnav ], **Hélène TROUVÉ** [ Cnav ]

CONFÉRENCE  
Recherches  
sur le  
vieillessement  
en France

SITE DE LA CONFÉRENCE  
<https://revif2017.sciencesconf.org>

ORGANISÉ PAR



EN PARTENARIAT AVEC

