

Jean-Jacques Amyot

Travailler auprès des personnes âgées

4^e édition

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016

5 rue Laromiguière, 75005 Paris
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-075105-1

Photo de couverture : © highwaystarz - Fotolia.com

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^e et 3^e a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À Laure, Roxane, Lou et Marie

*Mes remerciements à ceux qui m'ont initié à la gérontologie :
Madame le professeur S. CLAPIER-VALLADON
et Monsieur le Professeur H. CHOUSSAT*

Table des matières

Table des matières	VII
Avant-propos	XI
Chapitre 1 Être vieux : du statut à l'image	1
1. Être vieux	3
2. Démographie	4
3. Difficultés d'approche	10
4. Place des personnes âgées : le regard anthropologique	13
5. Les représentations sociales de la vieillesse	23
6. L'épidémie de vieillesse	42
Chapitre 2 Les coordinations gérontologiques	49
1. Une complexité sectorielle croissante	51
2. Petite histoire de la coordination	53
3. L'analyse chrono-logique : le palimpseste public	57
4. Vocabulaire unique, réalité équivoque : le risque de confusion des genres	59
5. Réseaux et coordinations gérontologiques	61
6. De la définition à l'action stratégique	63

TABLE DES MATIÈRES

7.	Du modèle à la stratégie : sortir de l'illusion	64
8.	Partenariat et coopération	64
9.	Législations, dispositifs	67
Chapitre 3	Institutions et alternatives : accueillir, soigner, soutenir et accompagner	95
1.	Un long processus de construction et de métamorphose	97
2.	Les structures intermédiaires ou alternatives	105
3.	Les établissements	118
4.	Prospectives : la confrontation des idéologies, la bataille des chiffres, les intérêts publics et privés	131
Chapitre 4	Vivre âgé à domicile	135
1.	L'homme et sa demeure	137
2.	Le logement des personnes âgées	141
3.	La montée du secteur professionnel	153
4.	Les services et les actions : l'entourage et les professionnels	161
Chapitre 5	Animation et vie sociale	189
1.	Vie sociale animée, animation de la vie sociale	191
2.	L'évolution du contexte social d'où émerge l'idée d'animation	192
3.	L'animation organisée : une approche moderne	194
Chapitre 6	La qualité de vie au cœur de nos vies quotidiennes .	227
1.	À la recherche de la qualité de vie des personnes âgées	229
2.	qualité de vie, solidarités et intergénération	257
Chapitre 7	Droit au choix, droit au risque	291
1.	Les droits des personnes âgées ?	294

2.	Droits, liberté et choix	295
3.	Le consentement et le discernement	303
4.	Droit au risque	307
5.	Le risque au quotidien en gérontologie	312
6.	La dignité des personnes âgées et des professionnels en question	321
7.	Droit au choix, droit au risque : une question éthique	323
8.	Du sens commun à la philosophie : esquisse d'une interrogation	327
Chapitre 8	La maltraitance : du phénomène à la prévention . . .	333
1.	La maltraitance : une longue histoire	337
2.	Première et fondamentale : la maltraitance sociale	338
3.	Une récente prise de conscience	339
4.	Limites et définitions de la maltraitance	340
5.	La bientraitance, une euphémisation du problème ?	343
6.	Un phénomène silencieux : dans la pénombre des familles et des institutions	345
7.	Les diverses manifestations de la maltraitance	346
8.	De l'indifférence à l'oubli : l'exemple des négligences affectives	347
9.	D'ALMA-France à la fédération 3977 : contribution à la connaissance du phénomène	355
10.	Un exemple de fonctionnement de service : ALMA-Gironde	361
11.	La réalité quotidienne : relations et environnements	364
12.	Les facteurs de risque	368
13.	Prévention et maltraitance	370
14.	L'action des pouvoirs publics	373

TABLE DES MATIÈRES

15.	Le droit et la maltraitance : quelques aspects essentiels	377
16.	Lutter contre les risques toujours présents de laxisme	381
Chapitre 9	Professionnels, métiers et formations	383
1.	Secteur professionnel, emplois, métiers	386
2.	L'image déplorable de la vieillesse	386
3.	Les métiers et les domaines professionnels	387
4.	Métier : c'est quoi au juste ?	388
5.	Le métier : les caractéristiques du sens commun	389
6.	Les professionnels et le secteur gérontologique	390
7.	De nouveaux métiers ? de vrais métiers ?	394
8.	Se former en gérontologie	399
9.	La formation continue au cœur de la transmission des savoirs gérontologiques	403
10.	Travailler en équipe	413
11.	La problématique de l'épuisement professionnel	419
	Bibliographie	427

Avant-propos

La dernière édition de *Travailler auprès des personnes âgées* avait pris de l'âge. Huit ans d'évolution des pratiques et de parcours législatif, réglementaire. Depuis la première édition il y a 22 ans, ce n'est certes pas la période la plus mouvementée. À chaque fois, nous affirmions avec conviction que les évolutions du secteur s'accéléraient, que la complexité s'accroissait, nous invoquions l'essor, le dynamisme, les changements sociaux, les nouvelles lois, les mutations professionnelles.

Depuis 2008, l'actualité gérontologique a été portée par les évaluations externes, les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM), la longue attente de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement dont certains articles liés aux thématiques traitées dans cet ouvrage ont été pris en compte, l'aide aux aidants qui est devenue une thématique omniprésente sans pour autant devenir un dispositif concret, suffisant et clairement identifiable par les intéressés. Il ne s'est donc pas rien passé, loin s'en faut. Ces éléments sont venus participer à la lente métamorphose des organisations et de l'accompagnement.

Comme tous les autres secteurs, l'action gérontologique est mue par des forces contraires. L'argent roi et l'humanisme, la bureaucratie et la créativité, les croyances et les savoirs, la technique et l'humain, bref, ces axes majeurs qui aimantent nos actions et produisent des transformations. Que nous en fassions une lecture positive ou négative, nous devons les comprendre dans leur environnement immédiat, contemporain, mais également saisir les filiations, le sens et l'histoire. C'est le seul moyen de pouvoir combattre des aspects nocifs et des effets pervers qui pourraient s'enkyster.

Un simple retraitage de *Travailler auprès des personnes âgées* n'aurait donc pas répondu aux besoins de compréhension et d'information actualisée des professionnels. Il s'est avéré utile d'envisager une nouvelle édition. L'architecture du livre ayant fait ses preuves, les chapitres thématiques ont été conservés.

Les deux premiers chapitres ont légèrement évolué en fonction des interventions et des cours que nous avons assurés et qui ont donné lieu à des interrogations que nous avons souhaité prendre en compte ici. La coordination gérontologique n'a pas été l'objet de nouveaux dispositifs et elle est entrée, peut-être de ce fait, dans une phase qui génère peu d'écrits et de réflexion, hors les MAIA et le dispositif PAERPA, parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie, dont l'expérimentation est en cours.

Le chapitre 3, « Institutions et alternatives : accueillir, soigner, soutenir et accompagner », avait besoin d'une mise à jour pour prendre en compte le plan Alzheimer et intégrer la création de services spécialisés (PASA, UHR), les évolutions des résidences services, les nouvelles règles de fonctionnement des accueils de jour, et bien évidemment les études statistiques qui mettent en lumière des variations de populations, d'usages et de pratiques, témoins des transitions en cours.

Le chapitre 4, « Vivre âgé à domicile » a subi moins de modifications, le secteur du soutien à domicile ayant finalement peu bénéficié d'innovations, trop préoccupé par sa survie. On y trouve des adaptations, mais le paysage reste proche de ce qu'il était en 2008 lors de la précédente édition. Nous avons néanmoins remis à jour les données et tenté de tracer l'actualité de ce domaine puis de proposer quelques éléments prospectifs.

Si le chapitre 5, « Animation et vie sociale », n'a pas subi de variantes essentielles, le suivant, consacré à la qualité de vie a dû être largement amendé. Nous y avons introduit un questionnaire sur la médicalisation (l'équation vieillesse = maladie) et nous avons ouvert une réflexion sur la vulnérabilité et la problématique de la solitude qui entretiennent un lien profond et évident avec la qualité de vie. Dans le même chapitre, la deuxième partie consacrée aux solidarités et à l'intergénération a été augmentée d'un apport sur les aidants de proximité et leur soutien.

La réflexion qui constitue le chapitre 7 sur les droits fondamentaux des personnes âgées ne nécessitait pas d'être remanié, mais nous avons remis à jour certaines notions et références. En lien direct avec ce dernier, le chapitre 8 sur la maltraitance a dû être réactualisé, tant pour tous les aspects statistiques que pour le dispositif ALMA de lutte et de prévention devenu depuis 2014 la Fédération 3977. Les politiques publiques, la prévention et les facteurs de risque, les procédures de signalement et le rôle de la justice viennent compléter l'état des lieux.

Dans le dernier chapitre, la part consacrée à la formation a été allégée, pour laisser l'espace nécessaire au développement d'une réflexion sur les métiers, le travail en équipe, complétée par une analyse de l'épuisement professionnel et des enjeux de la santé au travail.

Travailler auprès des personnes âgées est une carte d'orientation qui permet le cabotage, de thème en thème, de question en question, balisant ainsi un territoire professionnel très diversifié qui mérite d'être exploré et sur lequel nombreux sont ceux qui ont élu domicile.



Chapitre 1

Être vieux : du statut à l'image

PLAN DU CHAPITRE

1.	Être vieux	3
2.	Démographie	4
	Projections	6
	Espérance de vie sans incapacités	6
	Vieillessement et territoires, vieillissement différentiel individuel	7
3.	Difficultés d'approche	10
4.	Place des personnes âgées : le regard anthropologique	13
5.	Les représentations sociales de la vieillesse	23
	La force des représentations	28
	L'évolution des représentations sociales	29
	Une représentation bipolaire puissamment ambivalente	33
	Entre succès et rancœur : une autre expression de l'ambivalence	36
	Les conséquences d'une représentation dévalorisée de la vieillesse	36
	Quelques explications à propos des causes	40
	Interdits et interdépendances	41
6.	L'épidémie de vieillesse	42
	Innommable	44
	Innombrables	46
	De la peur à l'éthique	47

« Je serais le plus heureux des hommes
si je pouvais faire que les hommes
puissent se guérir de leurs préjugés. »
Montesquieu

1. ÊTRE VIEUX

Notre société post-industrielle subit aujourd'hui d'une manière originale, les conséquences de processus sociaux et de mouvements économiques qui ont façonné insensiblement pendant plus de deux siècles, avec une influence non négligeable de la révolution démographique, un réagencement des âges de la vie. Comme le note Neugarten, les groupes d'âges ont connu, surtout depuis le XVII^e siècle, la naissance et la prise en compte de nouvelles périodes. Ainsi en a-t-il été de l'enfance au XVII^e et XVIII^e siècles qui devint une période de la vie perceptible, avec des besoins et des caractéristiques bien déterminés¹ et du concept d'adolescence qui peut être considéré comme une invention du XX^e siècle.

L'apparition de la vieillesse comme phénomène social a été déterminée dans un premier temps par le vieillissement démographique puis par la création d'institutions de prise en charge de la vieillesse et de nouveaux modes de solidarité dont les régimes de retraite sont l'archétype. La retraite a eu ainsi le pouvoir de modifier la signification de la vieillesse qui n'est plus dès lors associée de manière systématique à l'incapacité fonctionnelle². L'analyse psychosociale du passage de l'activité professionnelle à la retraite, considérée le plus souvent comme la première étape de la vieillesse, met en évidence l'apprentissage de nouveaux rôles et l'intériorisation de nouveaux statuts, la nécessité pour l'individu de trouver de nouveaux mécanismes d'intégration, d'identification sociale et de définition. La retraite est un ensemble de ruptures dont les risques sont l'exclusion et la marginalisation³ ; c'est encore une crise de la personnalité tout entière : sentiment de mise à l'écart, d'insécurité quant à la solitude, aux ressources, à la santé⁴. Nous dirions volontiers avec Gérard le Goues : « Nous avons tous besoin de deux sentiments pour exister, l'amour de soi ou narcissisme et l'impression de compter pour les autres ou commerce

1. Neugarten B.L., « Les groupes d'âges... dans la société américaine », trad. de l'américain par Trocard C., *Gérontologie* 74, n° 17, décembre 1974, p. 26 à 32.

2. Guillemand A.M., *La Vieillesse et l'État*, Paris, PUF, coll. « Politiques », 1980.

3. Voir à ce propos : Delage B., *Analyse d'une forme actuelle de marginalité sociale à Bordeaux : la vieillesse*, DEA, Bordeaux, Université de Bordeaux-II, UER Sciences sociales et psychologiques, Sociologie, 1978 et Ennuyer B., *L'Entrée en hospice des personnes âgées : essai de compréhension d'un phénomène d'exclusion*, thèse de 3^e cycle de sociologie, École des Hautes Études, Paris, 1977.

4. Amyot J.-J., « Prolégomènes à toute préparation à la retraite. Réflexion d'un praticien », *BIDIPA, bulletin pour la documentation des informateurs des personnes âgées de la caisse régionale d'assurance-maladie d'Aquitaine*, n° 28, mars 1987, p. 67-69.

d'objet, deux sentiments attaqués par le vieillissement⁵ » et, ajoutons-nous, par la mise à la retraite. Le travail, hypervalorisé, au centre du champ social, participe à la construction de l'identité de l'individu. Dans cette perspective, que l'on se réfère aux différents modèles théoriques des sociologues américains, aux thèses de Simone de Beauvoir ou à l'analyse des conduites et à la typologie des retraites d'A.-M. Guillemand⁶, ces modifications de la sphère psychosociale, du point de vue de l'individu, conduisent de toute évidence à une problématique en termes de socialisation ou plutôt de dé-socialisation analysable sous la forme d'une séquence accélérée de ruptures spatio-temporelles et de pertes de repères psychologiques et sociaux⁷.

2. DÉMOGRAPHIE

L'aspect le plus visible de cette révolution des âges est le vieillissement démographique selon la formule d'Alfred Sauvy. De quoi s'agit-il ? Historiquement, tout a commencé il y a près de trois siècles. En effet, le vieillissement démographique qui se définit comme l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans une population, a débuté au XVIII^e siècle et a évolué en deux grandes phases :

- l'augmentation de la population due au recul de la mortalité (recul de la maladie, amélioration de la distribution des produits alimentaires, amélioration du niveau de vie) ;
- la limitation volontaire des naissances (dénatalité), tout particulièrement en France qui sera le pays le plus vieilli au monde en 1939.

La baisse de la mortalité accroît le nombre des personnes âgées ; la baisse de la natalité accroît leur pourcentage. L'idée qui consiste à croire que les progrès de la médecine ont d'emblée porté sur le grand âge est erronée : les principaux bénéficiaires sont en premier lieu les tous jeunes enfants (moins d'un an), les jeunes enfants (1 à 5 ans), puis les pré-adolescents (6 à 14 ans).

Ainsi, la vieillesse n'est pas un nouvel âge : elle est un phénomène nouveau parce qu'elle concerne une partie toujours plus importante de la population. Les personnes de 60 ans et plus, âge considéré comme un archétype historique de la vieillesse par Patrice Bourdelais dans sa remarquable étude⁸, représentaient 8,9 % de la population française en 1800.

5. Le Goues G., *Travail de mentalisation et vieillissement. Praticiens et 3^e âge*, t. II-II, 1983, p. 137-139.

6. Guillemand A.-M., *Sociologie des conduites*, Paris, Mouton, 1973.

7. Balier C., Ferry Druenne M., Gognalons-Caillard M., *Vieillesse individuelle et vieillissement social*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, 1976.

8. Bourdelais P., *L'Âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob, 1993.

1 • Être vieux : du statut à l'image

Au 1^{er} janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants. Le taux conjoncturel de fécondité s'établissait à 2,01 enfants par femme, le taux le plus élevé d'Europe avec l'Irlande.

On compte, à la même période, 12,6 millions de personnes de 60 ans et plus. Au sein de ce groupe d'âge, les 75 ans et plus étaient 4,9 millions, les 90 ans et plus étaient plus d'un demi-million et les centenaires étaient estimés à plus de 10 000.

Tableau 1.1. Deux siècles de vieillissement démographique (France)

	1800	1900	1985	1 ^{er} janv. 2015
Pourcentage des 60 ans et +	8,9	12,9	18,1	24,5
Pourcentage des 65 ans et +	5,6	8,5	12,8	18,4
Pourcentage des 75 ans et +		2,5	6	9,4

Source : INSEE.

Un autre indicateur de cette révolution démographique est l'espérance de vie. Très souvent utilisée pour donner au phénomène une dimension spectaculaire, elle donne à voir un long processus qui s'accélère considérablement au XX^e siècle.

« L'espérance de vie représente, pour une année donnée, l'âge moyen au décès des individus d'une génération fictive d'âge x qui auraient, à chaque âge, la probabilité de décéder observée cette année-là au même âge. Autrement dit, elle est le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée⁹. »

Cette approche qui permet de calculer le nombre d'année restant à vivre peut être utilisée pour différents âges. Le plus souvent, il s'agit d'espérance de vie à la naissance, mais l'espérance de vie à 60 ans ou à 65 ans, par exemple, peut servir de base de travail pour la population des retraités (tableaux 1.2 et 1.3).

Tableau 1.2. Espérance de vie à la naissance en France (hommes/femmes)

	1740	1820-1822	1900-1902	1920-1922	1950	1970	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016
H	23,8	38	45,1	50,7	63,4	68,4	79,2	78,9
F	25,7	39,2	48,3	54,4	69,2	75,9	85,4	85

Ces éléments confirment bien que nous avons affaire à une situation exceptionnelle qui change profondément notre appréhension du parcours de vie et donne à « l'âge

9. Dictionnaire de l'Insee.

Tableau 1.3. *Espérance de vie à 60 ans en France (hommes/femmes)*

	1830	1880	1900	1920	1950	1970	1 ^{er} janvier 2015	1 ^{er} janvier 2016
H	13,2	13,9	12,7	14,2	15,4	16,2	23,1	22,9
F	13,4	14,7	13,9	15,9	18,3	20,8	27,7	27,3

de la vieillesse » un espace social et un temps individuel considérables. Plus de trente ans de vie ont été arrachés au néant au cours du seul XX^e siècle !

Néanmoins, pour la première fois depuis 1969, l'espérance de vie a baissé en France. La surmortalité de la grippe est-elle la seule responsable ou sommes-nous confrontés aussi à d'autres phénomènes qui affaibliront durablement sa courbe ? Un changement à moyen terme aurait des conséquences non négligeables sur les projections établies en matière de besoins médico-sociaux et de protection sociale (retraite).

Projections

Les tendances démographiques prévoient une France en 2060 de près de 74 millions d'habitants. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En d'autres termes, une personne sur trois aura plus de 60 ans. Il faudra en effet absorber dans ces âges les générations du baby-boom et ce jusqu'en 2035, avec une évolution plus lente ensuite. Ainsi, c'est près de 24 millions de personnes de 60 ans ou plus – soit une hausse de 80 % en 53 ans – qu'il faudra prendre en compte dans le dispositif de protection sociale et qui constituera le gros des aidants de proximité, des bénévoles associatifs. Mais la révolution démographique de cette période concerne aussi les plus âgés : le nombre de personnes de 75 ans ou plus passerait à 11,9 millions et celui des 85 ans et plus à 5,4 millions¹⁰.

Espérance de vie sans incapacités

Dès lors que nous citons ces chiffres, la réplique ne se fait pas attendre : « À quoi cela sert-il ? », « Je préfère mourir plus jeune qu'arriver dans cet état-là ! », « Tout ça pour finir Alzheimer et dépendant ! » Pourtant, nous avons tous constaté que les « vieux » paraissent plus jeunes... Chaque année, au moment de la rentrée de l'université du temps libre de Bordeaux Métropole, de nombreuses personnes ont le sentiment que les nouveaux venus sont plus jeunes, ce que les statistiques

10. Blanpain N., Chardon O., *Projections de population à l'horizon 2060*, Insee Première n° 1320, octobre 2010.

infirmant. Pour confirmer cette observation, il suffit de se pencher sur ses photos de famille et rechercher des personnes de même âge à des périodes différentes. Nous nous apercevons alors qu'avoir soixante ans en 1950, en 1980 et en 2015, outre les aspects vestimentaires ou les artifices de coiffure ou de maquillage, ne donne pas la même impression d'âge. Ce que le sens commun saisit de la sorte est confirmé, d'une certaine manière, par une approche plus objective. En effet, durant les années quatre-vingt, l'INSERM va mettre en évidence que ces années gagnées sont des années plutôt en bonne santé et majoritairement sans incapacité. En d'autres termes, vivre plus vieux nous offre aujourd'hui essentiellement des années sans incapacité.

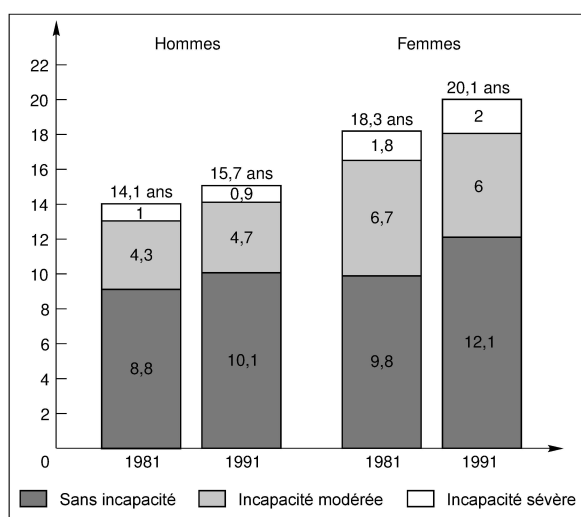


Figure 1.1. Évolution de l'espérance de vie avec et sans incapacité à 5 ans entre 1981 et 1991

Source : INSEE Première 281, octobre 1993

Viellissement et territoires, vieillissement différentiel individuel

Sous ces statistiques, nécessaires pour prendre la mesure de ce phénomène historiquement unique, n'oublions pas que se cachent des disparités géographiques et un vieillissement différentiel individuel.

Il existe en effet un vieillissement différentiel régional dû aux migrations induites par l'activité professionnelle, à celles qui adviennent au moment de la retraite (rapprochement familial, résidence secondaire devenant la résidence principale, héliotropisme...) ainsi qu'à la plus haute fécondité au nord de la France. Les

conséquences directes de ce vieillissement sont la désertification des zones rurales et montagneuses et la surreprésentation des retraités dans des zones très recherchées, notamment côtières : le pourtour méditerranéen, la côte basque, la façade atlantique et tout particulièrement des communes comme La Rochelle ou La Baule. Cependant, au-delà de cet aspect très visible, les conséquences d'un vieillissement localisé doivent être perçues en termes de disparités économiques et de distorsions des besoins socio-sanitaires. La décentralisation, nous le verrons plus loin, a transféré au département les compétences en matière d'action sanitaire et sociale et, tout particulièrement dans le domaine des politiques gérontologiques. Les départements ruraux les plus vieillissants ne bénéficient pas de grandes recettes d'impôts locaux et doivent faire face à des besoins considérables, à leur échelle de population. Quant aux communes qui se frottent les mains devant l'installation des retraités aux revenus stables, présents à l'année, constituant une bonne assise à la création de services, elles doivent tenir compte de l'évolution de cette population venue massivement et qui nécessitera, deux décennies plus tard, une forte croissance de l'action sociale municipale. À ces aspects vient s'ajouter le problème du logement qui, compte tenu de l'évolution vertigineuse de l'immobilier, permettra de moins en moins à une population jeune de s'installer dans les centres ville pour assurer les services dont les personnes ont besoin. La même difficulté se retrouve en milieu rural dispersé où les services de base ne sont plus assurés : le médecin, l'infirmière, la pompe à essence qui proposait également un peu de droguerie et quelques produits alimentaires, l'école et la poste, disparaissent progressivement laissant les personnes âgées en situation d'isolement et de précarité. Le territoire est alors réinvesti par des résidences secondaires, de jeunes retraités, tous ayant la capacité de se déplacer ou d'importer tout ce qui s'avère nécessaire.

Le vieillissement différentiel individuel se réfère à l'inégalité devant la mort, selon une expression de Philippe Ariès. Il prend sa source à de nombreux facteurs qui jouent plus ou moins sensiblement et qui peuvent se regrouper autour de l'héritage génétique, le genre, le travail (catégories socioprofessionnelles), l'état matrimonial, les conditions de vie (écologie). Bien évidemment, d'autres facteurs sont en jeu et c'est d'ailleurs cette complexité qui rend ardue de véritables prévisions et préventions.

L'héritage génétique est un paramètre important. Il existe des familles à lignée longue et d'autres dont les membres ont une espérance de vie moindre. La mise en évidence de ce facteur peut se faire par les études statistiques, des compagnies d'assurance notamment. Il est à noter que ce facteur génétique est mis en évidence par des anomalies telles que la trisomie 21 ou la Progeria, maladie rare qui cause une sorte d'accélération du vieillissement, l'individu mourant aux alentours de vingt ans avec de nombreux symptômes de la grande vieillesse. C'est en particulier à partir de cette pathologie que l'on a pu parler d'horloge biologique, même si la locution est aujourd'hui critiquée.

L'appartenance à l'un des deux sexes a également une forte influence différentielle sur la durée de vie. Les femmes vivent en moyenne 6 ans de plus que les hommes mais cette différence se réduit progressivement (plus de 8 ans en 1980). Cet écart

entre les deux sexes est le plus important en Europe, alors que la France se situe parmi les premiers pays pour la longévité des femmes. L'évolution de la mortalité met en évidence la « surmortalité » des hommes par rapport aux femmes, à tous les âges, mais surtout avant 65 ans. De ce fait, la proportion des femmes ne cesse de croître au fur et à mesure de l'avancée en âge. La surmortalité des hommes a une autre conséquence : les femmes de 75 ans et plus sont souvent veuves. C'est le cas d'une femme sur deux à 75 ans, de deux sur trois après 80 ans, de plus de trois sur quatre après 85 ans. Plusieurs causes jouent en faveur de ce déséquilibre hommes/femmes. Une cause historique (les séquelles des guerres), une cause biologique (la surmortalité masculine est naturelle et s'observe en dehors de tout déterminisme social), les conditions de travail (stress, travaux de force), l'influence de comportements (le tabagisme, la consommation alcoolique), les attitudes face au risque (la conduite automobile, le sida), le suicide, sont des causes de surmortalité des hommes. Rappelons qu'il meurt trois fois plus d'hommes que de femmes entre 20 et 35 ans.

D'autres événements ou conditions de vie ont une influence sur le vieillissement différentiel individuel. Ainsi en est-il de l'état matrimonial (surmortalité des célibataires et des personnes veuves) et du lieu d'habitat (rural/urbain).

Le travail a également une très forte influence sur l'espérance de vie. Sans entrer dans le détail, il y a plus de huit ans de différence d'espérance de vie entre les catégories socioprofessionnelles qui se trouvent avantagées (professions libérales, enseignants, cadres supérieurs...) et les plus défavorisées (manœuvres, salariés agricoles, ouvriers du secteur privé...). Plusieurs facteurs jouent un rôle dans cette inégalité construite : le niveau de revenus, les conditions de travail (accidents, fatigue, stress...), le degré de protection sociale, le niveau d'éducation en matière d'hygiène et de santé, les modes de vie (habitat, alimentation...).

Ces aspects saillants sont incontournables mais ne doivent pas être considérés comme les seules données qui personnalisent la relation à notre durée de vie. Bien d'autres éléments viennent complexifier cette première approche et rendent ardue, sinon risible, toute tentative d'analyse individuelle. À ceci s'ajoute la difficulté à prendre en considération pour des raisons psychologiques, de conditions de vie ou de croyances vis-à-vis de la prévention, des données qui seraient favorables à l'espérance de vie. Le fumeur qui conseille à autrui de s'arrêter de fumer « pour sa santé », le bon vivant qui considère qu'« un tien vaut mieux que deux tu l'auras », les personnes qui affirment qu'il est plus raisonnable d'ajouter de la vie aux années plutôt que des années à la vie, les situations de dépendance vis-à-vis d'attitudes néfastes pour la santé, sont autant de points de résistance à une position purement rationnelle.

3. DIFFICULTÉS D'APPROCHE

Les difficultés d'approche des notions de vieillissement et de vieillesse viennent de prime abord de leur charge affective que l'on pressent d'emblée dans le flou terminologique dont le but latent est de repousser le terme, de poursuivre la fuite en avant, rendant la vieillesse innommable. Au cours d'une action de formation destinée à du personnel travaillant en institutions gériatriques, un formateur avait intégré à son vocabulaire le mot « vieux ». La réaction ne s'est pas fait attendre : l'organisme de formation a subi des pressions pour évincer ce professionnel de l'équipe pédagogique. Lorsque nous intervenons dans des cycles de formations initiales, l'utilisation d'un tel vocable, provocation utile pour pouvoir rebondir sur le statut et la représentation, fait naître de l'hostilité et de la réprobation vis-à-vis de l'enseignant. Il n'y a plus de vieux¹¹. Le troisième âge, appellation inventée par le docteur Huet en 1956 a eu son heure de succès en raison, comme le souligne A.-M. Guillemard, de sa capacité à signifier le renouvellement, un nouveau départ et de dissocier les composants du triptyque vieillesse-hospice-déchéance. Troisième âge, quatrième âge¹² ont été généralement remplacés par les personnes âgées, les gens âgés, les aînés, les vétérans, les retraités, et, plus récemment, les seniors qui sont passés du secteur commercial (cible marketing) à l'appellation courante fortement utilisée dans le cadre des politiques communales.

Fausse équivalence entre vieillesse et retraite, la cessation d'activité professionnelle peut survenir à des âges différents. Nous savons qu'il s'agit d'un changement de statut social et de catégorie administrative. Néanmoins, cette entrée formelle dans un autre âge de la vie ne signe pas, en soi, le début de la vieillesse. Quant à la locution personnes âgées, rendons-lui sa transitivité pour comprendre qu'elle exprime sans signifier : nous sommes tous âgés d'un certain nombre d'années. Il s'agit bien de catégoriser sans autres précisions, sans allusion au terme.

S'il est une autre confusion très généralisée, c'est bien celle qui assimile le vieillissement et la vieillesse. Le vieillissement est un processus ; il se mesure en durée. Il ne commence pas à un âge donné. Nous vieillissons de la naissance à la mort ; d'aucuns diront de la fécondation à la mort. Quatre facteurs en sont à l'origine et impriment au processus des allures différentielles : le temps, l'environnement, l'hérédité et le comportement. Tout en appartenant tous à l'espèce humaine, nous ne sommes pas égaux devant le vieillissement, ni quantitativement (durée de vie), ni qualitativement (pathologies, incapacités, relations sociales...).

Devant de telles difficultés d'approche de la vieillesse, certains pourront considérer que, finalement, l'assise biologique est une sorte de socle qui pourrait permettre

11. Si ce n'est dans la chanson contemporaine où le terme est bien accepté. Il est vrai qu'il est interprété dans un contexte qui se veut le plus souvent poétique et que l'écoute de ces textes engendre plutôt une rêverie qu'un regard sur une réalité sociale.

12. Nous avons même vu une résidence-service se proposer d'accueillir des personnes relevant du cinquième âge...

une vision partagée, « objective » du phénomène. Le vieillissement biologique se définit comme une série de changements cumulatifs, séquentiels, irréversibles qui se produisent successivement dans les organismes vivants, variables selon les espèces mais universellement présents. Le vieillissement du vivant conduit à une fin programmée.

Plusieurs théories biologiques du vieillissement sont en concurrence.

- La théorie de l'erreur catastrophe d'Orgel : quand une erreur survient au niveau de la synthèse des protéines, elle entraîne en chaîne d'autres erreurs, le tout altérant irréversiblement la cellule.
- La théorie des radicaux libres fait état de substances oxydantes libérées par le métabolisme normal de l'organisme qui portent un électron célibataire fortement réactif qui détériore les membranes cellulaires, provoquant des dégâts irréversibles. Les défenses anti-radicalaires (anti-oxydantes) seraient moins performantes avec l'âge.
- La théorie du capital de vie (Pearl, « train de vie »). Chaque individu aurait à sa disposition un capital de réactions biologiques. Certains le dépenseraient rapidement, d'autres s'économiseraient. Les expériences menées sur les animaux (diminution de la ration alimentaire, activité réduite...) confirment que le vieillissement peut être modulé.
- La théorie du soma jetable de Kirkwood repose sur la compétition entre maintenance et reproduction. En raison des besoins de la reproduction, la sélection naturelle favorise une stratégie qui investit moins de ressources énergétiques dans la réparation somatique cellulaire et tissulaire nécessaire à la survie.

Outre le fait que notre connaissance des mécanismes qui sous-tendent le vieillissement biologique est encore largement conditionnée par des hypothèses, nous devons tout de même avoir à l'esprit que la recherche de l'universalité du vieillissement biologique peut impliquer, sous des aspects trop réducteurs, une négation de la spécificité du vieillissement humain. Pour l'être humain, sur le vecteur de son cycle de vie s'insèrent en permanence des rétroactions : les décisions prises par l'individu au cours de son existence vont modifier son propre vieillissement. Nous sommes au cœur du paradoxe du vieillissement : durer et changer. En durant, il faut réinterpréter les changements et tenter de les intégrer en termes de conduites, de projets. La conscience que nous avons de notre vieillissement et notre capacité individuelle et collective à l'influencer, sont déterminants dans la compréhension du phénomène et de son expérience.

La vieillesse qui est un état et se constate. À la différence de l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte qui peuvent se déterminer par rapport à des points de référence physiologiques et biologiques (le début et la fin de la puberté), la vieillesse ne s'ancre pas sur des critères objectifs, reconnus unanimement par convention. Nicolas Zay¹³ parle de « dernière phase du cycle de vie ». Le vieux n'est pas une

13. *Dictionnaire-manuel de gérontologie sociale*, Québec, Les Presses de l'université Laval, 1981.

catégorie biologique mais une catégorie sociale qui prend un sens différent selon les époques précise Henri Bour¹⁴. Selon les époques certes, mais aussi en fonction des sociétés et les groupes sociaux. L'*out group* et l'*in group* se constituent par le sexe, les références aux catégories professionnelles, aux classes sociales, aux familles, aux territoires... et à l'âge. On est vite vieux pour un groupe d'adolescents et, dans une association de retraités, il y a également des jeunes et des vieux. Dans la même journée, nous pouvons ici être considérés comme jeunes, là être traités de vieux. Nos comportements, notre langage, notre aspect physique, l'âge respectif des personnes présentes vont en un instant condenser les représentations de l'âge et la représentativité des âges. Ne dit-on pas que nous sommes toujours le vieux de quelqu'un ?

Nos références sont aussi modifiées, voire bousculées, par l'évolution de l'espérance de vie et la banalisation de l'état de vieillesse. Simone de Beauvoir parle en 1970 de grandes vieillardes et Balzac, plus lointain, s'acharne sur la femme de trente ans. Michel Philibert proposait deux approches définitionnelles de la vieillesse : une personne est âgée parce qu'elle ne peut espérer vivre aussi longtemps que ce qu'elle a déjà vécu ; doit être considéré comme vieux celui qui, dans une collectivité donnée, a vécu davantage que les autres. La première est à rapprocher du sentiment que le temps s'accélère : le calcul du temps à vivre donne à nos projets un caractère d'urgence. La seconde relève de cette relativité des âges dont nous parlions plus haut : ma « catégorie » sera déterminée en rapport avec l'âge des autres présents (groupe) ou en regard d'un univers de référence (espérance de vie). Il fut un temps où atteindre soixante ans était rare : on ne jugeait pas de la vieillesse selon les mêmes critères.

12

Bien sûr, la tentation est grande de définir ces critères sur des bases chronologiques et l'Organisation mondiale de la santé a adopté la classification suivante : personnes d'âge moyen (40-59 ans) ; personnes âgées (60-74 ans) ; vieillards (75-90 ans) ; grands vieillards (plus de 90 ans). Cette approche monolithique à l'échelle du globe n'est-elle pas en contradiction avec une réalité disparate ? Peut-on porter le même regard sur la vieillesse en se tournant ici vers des pays dont l'espérance de vie peine à dépasser cinquante ans et, là, dans des régions du monde où elle dépasse quatre-vingts ans ? Sans se pencher nécessairement sur des comparaisons internationales, nos références ont été très sensiblement modifiées par cet allongement de la vie, avec corrélativement, à âge chronologique égal, nous l'avons vu plus haut, une amélioration de l'état de santé¹⁵.

14. Bour H., Aumont M., *Le troisième âge, prospective de la vie*, Paris, PUF, 1969, p. 13.

15. Au sens de l'OMS (1946) : état de complet bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.