

Étude

La transition du troisième au quatrième
âge chez les personnes vulnérables

Agile, puis fragile

Nadja Gasser, Carlo Knöpfel, Kurt Seifert

Avec la série « Edition Pro Senectute », Pro Senectute Suisse veut apporter une contribution, dans ses domaines d'activité, aux débats et à la compréhension. Les textes reflètent l'opinion personnelle des auteurs et ne coïncident pas nécessairement avec le point de vue de Pro Senectute Suisse.

Auteurs

Nadja Gasser (1987), titulaire d'un bachelor en travail social, assistante scientifique, Haute école spécialisée de la Suisse du Nord-Ouest, Haute école de travail social, Institut de planification sociale et de développement urbain, étudiante en master de travail social FHNW.

Carlo Knöpfel (1959), docteur en sciences politiques et sociologue, a dirigé durant près de deux décennies le secteur Etudes et, par la suite, le secteur Suisse et Réseau chez Caritas Suisse. Depuis juin 2012, il est titulaire d'une chaire de politique sociale et de travail social à l'Institut de planification sociale et de développement urbain à la Haute école de travail social FHNW de Bâle.

Kurt Seifert (1949), diplômé en pédagogie, sociologue. Activités professionnelles dans divers domaines en Allemagne et en Suisse. Il travaille depuis 1999 au Centre national de Pro Senectute Suisse, où il assume la responsabilité du domaine Recherche et travail de base.

Impressum

Première édition 2015 : 200 exemplaires

© 2015 Pro Senectute Suisse

Lavaterstrasse 60, Case postale,
8027 Zurich, www.prosenectute.ch

Conception/composition : Sihldruck AG

Traduction : Christophe Hauser (roestibruecke.ch) /
Antonietta Scottino (Segretariato Svizzera Italiana)

Révision : Katja Herren (Pro Senectute Suisse)

ISBN: 978-3-9523476-9-0

Ce livre est aussi disponible en allemand.

L'ouvrage ainsi que toutes ses parties sont protégés par le droit d'auteur. Toute reproduction sans le consentement écrit de l'éditeur est interdite. Cela s'applique aussi à tout procédé électronique.

Contact et commande

Pro Senectute Suisse

Lavaterstrasse 60, Case postale, 8027 Zurich

Tél. 044 283 89 89, Mail: info@prosenectute.ch,

www.prosenectute.ch

Agile, puis fragile

La transition du troisième au quatrième
âge chez les personnes vulnérables

Avant-propos

Vivre longtemps et en bonne santé est un vieux rêve de l'humanité qui, du moins dans les sociétés les plus prospères, devient toujours un peu plus réalité. Ce progrès de civilisation de notre époque est, hélas, beaucoup trop rarement apprécié à sa juste valeur. Trop souvent, la vieillesse est vue comme un « poids » : un fardeau aussi bien pour les personnes concernées elles-mêmes que pour la collectivité qui doit supporter les coûts de cette longévité. Cette vision réductrice des choses, Pro Senectute s'y oppose autant qu'elle peut.

En l'espèce, il ne s'agit pas de passer sous silence les déficits et le déclin des forces qui font partie d'une longue vie. Au troisième âge, après le départ à la retraite, lequel ressemble à bien des égards au deuxième âge, riche en diverses activités, succède dans la plupart des cas une fragilisation croissante. Bien souvent, celle-ci rend les femmes et les hommes très âgés dépendants d'autrui pour continuer à gérer leur vie quotidienne.

Comment se passe la transition du troisième au quatrième âge, de quel soutien les personnes concernées ont-elles besoin, et où existe-t-il des lacunes dans l'offre de services conçus pour accompagner les personnes tributaires de l'aide de tiers ? Le présent rapport répond, au moins en partie, à ces questions. Celui-ci est le fruit du travail d'un groupe de recherche, composé de Carlo Knöpfel, docteur en sciences politiques et professeur à l'Institut de planification sociale et de développement urbain à la Haute école de travail social de Bâle, de Nadja Gasser, titulaire d'un bachelors en travail social, assistante scientifique à la Haute école de travail social, ainsi que de Kurt Seifert, diplômé en pédagogie et représentant de Pro Senectute Suisse. L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), auquel nous exprimons notre reconnaissance, a offert son soutien financier.

La présente étude fournit d'importantes indications et suggestions, qui permettent d'élargir le regard porté sur les conditions de vie des personnes très âgées. Elle appelle aussi à se pencher sur les services existants aux personnes très âgées pour savoir s'ils répondent bel et bien aux besoins et aux souhaits de ces personnes. L'étude prête une attention particulière à la situation des personnes les plus vulnérables. La transition du troisième au quatrième âge rend les individus plus fragiles face à des situations éprouvantes : ils deviennent vulnérables, parce que leurs ressources diminuent. Une mission importante de Pro Senectute consiste à atténuer ces répercussions éprouvantes, tant dans la vie quotidienne des personnes concernées que sur le plan politique.

Werner Schärer

Directeur de Pro Senectute Suisse

Condensé

La vieillesse est aujourd'hui caractérisée par une longévité croissante et toujours davantage de facettes. C'est pourquoi il est de plus en plus question d'un troisième et d'un quatrième âge. La présente étude aborde deux thèmes en particulier. D'une part, elle s'intéresse à la transition entre ces deux périodes de la vie. Comment les individus passent-ils du troisième au quatrième âge et de quel soutien ont-ils besoin dans ce contexte ? Vu que la vieillesse constitue la phase de la vie où les disparités sociales se révèlent les plus marquées, tous ne disposent pas des mêmes moyens pour obtenir du soutien. Le deuxième thème de cette enquête porte donc sur la notion de vulnérabilité. Quelles personnes sont vulnérables ? Par vulnérabilité, il faut entendre le fait d'éprouver des difficultés particulières à réagir à des changements dans la vie. En s'appuyant sur la théorie du sociologue français Pierre Bourdieu, ce travail développe un modèle pour décrire les conditions de vie des personnes vulnérables.

La transition du troisième au quatrième âge

D'un point de vue sociopolitique, c'est le départ à la retraite qui marque le début de la vieillesse. Depuis l'introduction de l'âge légal de la retraite, la vieillesse est devenue une phase de vie toujours plus étendue et peut prendre des formes toujours plus diverses. Cette diversité appelle une distinction ultérieure entre le troisième et le quatrième âge. Dans ce contexte, l'âge chronologique ne représente pas un critère déterminant, ce sont ici les capacités physiques d'un individu qui jouent un rôle significatif. En raison de prédispositions génétiques diverses et des parcours de vie individuels, les situations de vie de deux personnes âgées nées la même année peuvent varier sensiblement. Si la distinction établie permet de tenir compte de la diversité de la vieillesse, elle comporte cependant aussi le risque d'une stigmatisation. Les descriptions des deux âges de la vie peuvent devenir des abstractions connotées de jugements de valeur. De manière très schématique, il existe, d'une part, les seniors « actifs » et performants dans leur troisième âge et, de l'autre, des vieillards dépendants dans le quatrième âge. Afin de contrer ce risque de distinction fondée sur des jugements de valeur, l'étude propose une analyse circonstanciée de la classification courante. L'exploration de travaux menés en gérontologie et dans d'autres disciplines permet de conclure que le quatrième âge de la vie n'est pas perçu de manière aussi négative qu'on le croit habituellement. Il débute

par une phase assez longue de fragilisation et aboutit dans la majorité des cas, si tant est que cela arrive, à une courte phase de dépendance et de besoins de soins.

Comme dans chacune des phases précédentes, des événements capables de bouleverser la vie peuvent survenir durant la vieillesse. Ils secouent les personnes concernées et exigent d'elles de développer des nouvelles stratégies d'action et d'adapter leur vie quotidienne. Le risque de vivre des événements de vie critiques augmente avec l'avance en âge. Ainsi, les individus sont davantage confrontés au décès de personnes proches ayant le même âge. Le déclin des capacités physiques provoqué par le vieillissement accroît le risque de chutes aux conséquences tragiques. Des événements de ce type peuvent influencer le processus de fragilisation.

Chaque individu dispose de ressources différentes pour concevoir la transition vers la phase suivante de la vie et gérer des événements de vie critiques. C'est à partir de ce constat que l'étude abordera sa deuxième thématique centrale, à savoir la notion de vulnérabilité.

Les personnes âgées vulnérables

Quelles sont les personnes vulnérables ou, en d'autres termes, celles qui éprouvent-elles des difficultés particulières à réagir à des changements dans la vie ? Sur la base de la théorie de l'habitus du sociologue français Pierre Bourdieu, ce travail développe un modèle permettant de décrire les conditions de vie des personnes vulnérables. Compte tenu du rôle décisif que joue le corps dans le processus de fragilisation, les formes de capital décrites par Bourdieu – capital économique, capital social et capital culturel – seront complétées d'une quatrième forme : le capital physique. Les conditions de vie d'un individu se caractérisent par ses propres ressources matérielles, des relations sociales apportant du soutien, le savoir acquis ou la situation professionnelle (antérieure), ainsi que l'état de santé et les capacités physiques. Il existe une étroite corrélation biographique et sociale entre tous ces capitaux. Ils se transmettent au sein de la famille et se renforcent mutuellement. Les différences de capital de chaque individu s'accroissent avec l'avance en âge.

Par conséquent, la vulnérabilité se caractérise par un déficit grandissant des différentes formes de capital. Dans la plupart des cas, non seulement les personnes

âgées vulnérables manquent d'argent, mais elles vivent aussi dans l'isolement, se trouvent aux prises avec des difficultés de langue et de compréhension et doivent composer avec une mobilité réduite. L'étude décrit ce à quoi peuvent ressembler des conditions de vie de ce type et quels groupes d'individus présentent un risque important de devenir vulnérables.

L'argent, les relations sociales ou le savoir servent à atteindre des buts ou à résoudre des problèmes. Les individus qui ne disposent que de maigres ressources dépendent souvent du soutien fourni par des offres d'aide.

Quel soutien proposent les offres de conseil, d'aide et de soins et où existe-t-il encore des lacunes? Le présent travail examine la situation en s'appuyant sur des entretiens menés avec des spécialistes du domaine.

Les observations de ceux-ci montrent que la fragilisation avance de manière très individuelle. Chez un grand nombre d'individus, elle se manifeste par une perte de l'énergie vitale et des troubles croissants de la vision. Outre les changements physiques, les spécialistes évoquent aussi les difficultés psychiques. Lorsque les capacités physiques diminuent et ne permettent plus d'accomplir certains actes soi-même, il faut faire appel au soutien d'autrui. Les seniors se retrouvent alors dans une situation ambivalente, déchirés entre autonomie et dépendance. Accepter de l'aide est plus facile pour certains que pour d'autres.

Si quelqu'un a besoin d'aide et ne peut ou ne veut pas s'appuyer sur des membres de la famille, les organisations de Pro Senectute et d'autres institutions de l'action sociale gérontologique proposent des formes de soutien très variées. Pour que celles-ci soient efficaces, il faut réussir à atteindre des personnes vulnérables. Il se dégage des entretiens menés que la difficulté à atteindre ces individus tient non seulement aux personnes âgées vulnérables elles-mêmes, mais aussi aux offres. Parmi les facteurs spécifiques qui peuvent empêcher les bénéficiaires d'avoir recours à une offre, il convient de mentionner des connaissances linguistiques lacunaires ou la réticence totale à faire appel à des prestations de l'Etat. Du côté des offres, le lieu et l'absence de transports pour s'y rendre constituent des facteurs rédhitoires.

Lors de la synthèse des démarches théoriques et empiriques, un modèle est développé pour considérer les offres sous l'angle de la vulnérabilité. Cela contribue aussi à identifier les améliorations potentielles d'un service dans l'optique de telle ou telle forme de capital, ce qui contribue aussi à identifier les améliorations potentielles d'un service dans l'optique de telle ou telle forme de capital.

Etant donné que les services d'une organisation font toujours partie intégrante d'un système global, le champ d'étude est élargi à l'ensemble du réseau des services à la personne âgée. Ici, de grandes différences sont visibles d'un canton à l'autre. Elles concernent surtout les services et les tarifs de l'aide à domicile. En particulier dans le cas de personnes vulnérables, cette inégalité rend difficile l'accès aux offres de soutien permettant de mener une vie autonome chez soi.

Certes, selon l'article 112c de la Constitution fédérale, les cantons sont tenus de pourvoir « à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées ». Pourtant, c'est précisément cette distinction entre soins et assistance qui fait apparaître des problèmes. Les deux domaines vont de pair, mais leur financement provient de sources différentes. L'assurance-maladie obligatoire supporte les frais des soins jusqu'à concurrence d'un certain montant, tandis que les « frais résiduels » sont à la charge des cantons. Quant aux frais des prestations d'aide ménagère et de prise en charge ambulatoire ou hospitalière, en revanche, ils sont à la charge des personnes ayant besoin d'aide. Si elles ont droit à des prestations complémentaires, celles-ci contribuent à faire face aux dépenses. Jusqu'à ce jour, la législation suisse ne prévoit pas quelles sont les prestations d'assistance prises en charge et comment garantir à tout le monde l'accès à cette aide.

Dans la perspective de cette étude, il est indispensable d'adopter une vision holistique de l'assistance et des soins. Afin de mieux en garantir cette vision d'ensemble et, ce faisant, améliorer également la situation des personnes âgées vulnérables, une loi-cadre de la Confédération pourrait poser les bases à l'application de l'article constitutionnel et, partant, placer les cantons devant leurs obligations.

Permessa

Una lunga vita in condizioni di salute relativamente buone è un vecchio sogno dell'umanità, che perlomeno nelle benestanti società occidentali ha sempre più probabilità d'avverarsi. Purtroppo questo acquisito della moderna civiltà riceve solo raramente i dovuti riconoscimenti. Troppo spesso si parla invece dell'anzianità come di un «peso», gravoso per chi è in età molto avanzata, oneroso per la società civile che ne deve sostenere i costi. Pro Senectute si oppone con tutti i suoi mezzi a questa visione unilaterale dell'anzianità.

Tuttavia non si può negare che una lunga vita comporta anche delle perdite e il declino delle forze. Nella maggior parte dei casi, a una «terza» età che inizia con il pensionamento e che per molti versi è simile alla precedente «seconda» età, e come essa è caratterizzata da attività e impegni di ogni genere, fa seguito una crescente fragilità. E allora, per riuscire a gestire la propria vita, la donna o l'uomo molto attempati si trovano a dipendere da altre persone.

Come avviene il passaggio dalla «terza» alla «quarta» età, di quali sostegni hanno bisogno le persone e quali sono le lacune in fatto di prestazioni e servizi atti a accompagnare le persone anzianissime bisognose d'aiuto? Il presente studio si propone di rispondere almeno parzialmente a queste domande. Le tematiche sono state approfondite da un gruppo di ricerca composto dal professor Carlo Knöpfel, docente presso l'Istituto di pianificazione sociale e sviluppo urbano dell'Alta Scuola del lavoro sociale di Basilea, da Nadja Gasser, B.A. in lavoro sociale, assistente scientifica presso l'Alta Scuola e da Kurt Seifert, pedagogista diplomato, rappresentante di Pro Senectute Svizzera. Lo studio è stato realizzato con il sostegno finanziario dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).

La presente ricerca offre importanti indicazioni e suggerimenti che ampliano ulteriormente la prospettiva sulle condizioni di vita nella grande anzianità. La ricerca invita inoltre a analizzare l'attuale offerta di prestazioni e servizi a favore delle persone anzianissime per verificare se sanno effettivamente rispondere alle esigenze e ai bisogni del pubblico-obiettivo. Questo riservando particolare attenzione alla situazione delle persone più vulnerabili. Il passaggio dalla «terza» alla «quarta» età rende le persone più a rischio in momenti e situazioni difficili: diventano fragili perché le loro risorse diminuiscono progressivamente. Uno dei compiti prioritari di Pro Senectute è di rendere meno pesanti gli effetti dell'invecchiamento – sia nella vita quotidiana delle persone anzianissime sia sul piano politico.

Werner Schärer

Direttore di Pro Senectute Svizzera

Abstract

La fase di vita definita anzianità si sta allungando e diventa più variegata. Per questo motivo si parla sempre più spesso di «terza» e di «quarta» età. Il presente studio affronta due questioni in particolare. Una è quella della transizione da una fase all'altra: come riescono le persone a gestire il passaggio dalla «terza» alla «quarta» età e di quali aiuti hanno bisogno? La vecchiaia è anche la fase della vita caratterizzata dalle maggiori disparità sociali. Infatti non tutte le persone anziane dispongono delle stesse possibilità d'accesso agli aiuti necessari. Il secondo tema studiato ruota perciò attorno al concetto di vulnerabilità. Quali persone sono vulnerabili, cioè hanno particolari difficoltà nell'adattarsi ai cambiamenti della vita? Basandosi sulla teoria del sociologo francese Pierre Bourdieu, gli autori dello studio hanno elaborato un modello per descrivere le condizioni di vita delle persone vulnerabili.

Il passaggio dalla «terza» alla «quarta» età

Da un punto di vista sociopolitico la vecchiaia ha inizio con il pensionamento. Dai tempi dell'introduzione di un'età legale per il pensionamento, la vecchiaia si è sempre più allungata e differenziata. A causa di questa sua varietà, una suddivisione in «terza» e «quarta» età si impone. E allora non sarà tanto l'età cronologica a essere determinante, quanto piuttosto le capacità fisiche e mentali della persona. A causa delle diverse predisposizioni genetiche e dei trascorsi individuali, le condizioni di vita di due persone anziane della stessa età possono variare fortemente. Tale distinzione può servire per dare la giusta considerazione alla varietà della vita anziana, ma porta in sé anche un rischio di stigmatizzazione. Le descrizioni delle due fasi della vita anziana possono divenire astrazioni che si traducono in giudizi di valore. Schematicamente parlando, agli anziani «attivi» ed efficienti della «terza» età si contrappongono gli anziani «passivi» e non autosufficienti della «quarta» età. Al fine di sfatare questa distinzione, diffusa e ispirata da giudizi di valore, la ricerca approfondisce la tematica. Dall'analisi di studi gerontologici e di altre discipline si può dedurre che la «quarta» età non è percepita così negativamente come solitamente si crede. Essa ha inizio con un periodo abbastanza lungo di crescente fragilità che in molti casi (ma non sempre) culmina in una breve fase di dipendenza e di bisogno di cure e assistenza.

Come in ognuna delle fasi di vita precedenti, anche nell'anzianità si possono verificare situazioni che ne stravolgono repentinamente il corso. Episodi che colpiscono profondamente le persone, obbligandole a trovare nuove strategie d'azione e a adattare la quotidianità alle nuove contingenze. Con l'avanzare dell'età, il rischio di taluni eventi critici aumenta. Le persone si trovano, per esempio, più spesso confrontate con la morte di coetanei a cui sono legate. Il degrado fisico dovuto all'invecchiamento accresce il rischio di cadute dalle gravi conseguenze. Tutti questi eventi possono influenzare il processo di crescente fragilità.

Ogni individuo possiede risorse diverse per gestire il passaggio alla successiva fase della vita e affrontare situazioni critiche. Partendo da questa constatazione, lo studio si china sul secondo tema centrale, vale a dire il concetto di vulnerabilità.

Donne e uomini anziani vulnerabili

Quali persone sono vulnerabili e quindi particolarmente in difficoltà nel reagire prontamente ai cambiamenti della vita? Partendo dalla teoria dell'*habitus* del sociologo Pierre Bourdieu, lo studio propone un modello di descrizione delle condizioni di vita delle persone vulnerabili. Siccome nel processo di fragilizzazione il corpo svolge un ruolo decisivo, le categorie di Bourdieu del capitale economico, sociale e culturale, sono completate da una quarta, quella del capitale fisico. Le condizioni di vita di una persona sono caratterizzate dai suoi beni materiali, dalle relazioni sociali con funzione di sostegno, dalle conoscenze acquisite o dalla posizione professionale (precedente), come pure dalle condizioni di salute e fisiche. Tra tutti questi capitali sussiste una stretta correlazione biografica e sociale. Essi sono trasmessi per via ereditaria nelle famiglie e si potenziano reciprocamente. Con l'avanzare dell'età, tra le diverse persone le differenze in fatto di disponibilità di questi capitali aumentano.

Ne consegue che la vulnerabilità si caratterizza per il crescente deficit nelle diverse forme di capitale. Spesso le persone anziane vulnerabili non solo hanno scarse disponibilità finanziarie, ma vivono anche isolate, hanno difficoltà linguistiche e di comprensione e sono spesso limitate nella mobilità. Lo studio descrive come

si presentano concretamente tali situazioni di vita e quali sono i gruppi di persone a rischio di vulnerabilità.

Nella vita il denaro, le relazioni sociali o le conoscenze si impiegano per raggiungere degli obiettivi o risolvere dei problemi. Le persone dalle risorse limitate hanno spesso bisogno di sostegno e di offerte di aiuto.

Qual è il sostegno offerto dal sistema di consulenze, d'assistenza e cure e dove vi sono ancora delle lacune? A questo interrogativo lo studio cerca delle risposte per mezzo di interviste a esperti del settore.

Secondo le osservazioni degli specialisti, la fragilizzazione ha un decorso oltremodo individuale. In molte persone si manifesta in forma di diminuzione dell'energia vitale e di aumento di problemi visivi. Oltre ai cambiamenti a livello fisico, gli esperti citano anche difficoltà psichiche. Quando le capacità fisiche vengono meno e non si possono più svolgere autonomamente determinate mansioni, si deve fare ricorso all'aiuto di terzi. Allora le persone anziane vengono a trovarsi in un campo di tensione tra autonomia e dipendenza. Saper accettare di essere aiutati è più facile per alcuni, non lo è affatto per altri.

Nel caso in cui una persona bisognosa di aiuto non potesse o non volesse fare affidamento sui propri congiunti, le organizzazioni di Pro Senectute e altre istituzioni dell'azione gerontologica propongono un vasto ventaglio di prestazioni e servizi. Affinché tale supporto possa essere efficace deve tuttavia riuscire a raggiungere le persone vulnerabili. Dalle interviste agli specialisti emerge che il problema dell'approccio dipende, da un lato, dalle persone anziane vulnerabili stesse, dall'altro però anche da ciò che viene loro proposto. Fattori specifici che possono ostacolare la fruizione dell'offerta sono, per esempio, le scarse conoscenze linguistiche dei potenziali utenti o il principio di non volere in nessun caso avvalersi di prestazioni dello Stato. Dalla parte dell'offerta, i fattori che impediscono di beneficiare delle proposte sono invece l'ubicazione o i mezzi di trasporto per arrivarci.

Mediante una sintesi tra teoria e osservazione empirica, la ricerca ha elaborato un modello di valutazione delle

offerte nell'ottica della vulnerabilità. Il modello indica in quali ambiti di quali forme di capitale si possono compensare dei deficit. In tal modo si arriverebbe anche a individuare e riconoscere possibili miglioramenti in prestazioni e servizi di determinate forme di capitale.

Siccome le prestazioni di un'organizzazione devono essere sempre viste nel contesto d'un sistema globale di risposte ai bisogni, abbiamo esteso l'osservazione all'intera rete di prestazioni del settore-anziani. Così facendo abbiamo riscontrato grandi differenze tra i cantoni, soprattutto per quanto attiene ai servizi proposti e alle tariffe degli aiuti a domicilio. Proprio a causa di queste differenze, per le persone vulnerabili/fragili diventa più difficile accedere a offerte di sostegno che permettano loro di vivere autonomamente a casa propria.

L'articolo 112c della Costituzione federale prevede che i cantoni «provvedono all'aiuto e alle cure a domicilio per gli anziani (...)». Ma proprio da questa suddivisione in cure e aiuto/assistenza, nascono evidenti problemi. Infatti, pur essendo strettamente connessi, i due settori sono finanziati tramite fonti diverse. L'assicurazione-malattie obbligatoria assume i costi delle cure fino a un determinato ammontare, mentre la regolamentazione relativa ai «costi restanti» è di competenza dei cantoni. Per contro i costi delle prestazioni d'aiuto domestico e l'assistenza ambulatoriale o stazionaria sono a carico delle persone bisognose d'aiuto stesse. Qualora esse hanno diritto a prestazioni complementari, queste partecipano con dei contributi. A tutt'oggi, la legislazione svizzera non stabilisce quali prestazioni siano considerate d'assistenza e non indica neppure come si possa garantire a tutti l'accesso a tali aiuti.

Nell'ottica del presente studio una visione olistica dell'assistenza e delle cure alle persone anziane si impone. Al fine di meglio implementarla e nel contempo migliorare la situazione delle persone anziane vulnerabili/fragili, una legge-quadro federale potrebbe fungere da base per l'applicazione dell'articolo costituzionale e obbligare i cantoni a far fronte ai propri compiti.

Table des matières

1. A propos de l'âge	16
1.1. Paradigme du parcours de vie	16
2. La transition du troisième au quatrième âge (fragilisation)	24
2.1. De la fragilisation comme notion gériatrique	26
2.2. Atteintes de santé et maladies chez les personnes âgées	29
2.3. Les conséquences de la fragilisation	29
2.4. Les conséquences de la fragilisation : qui a besoin d'aide et en demande ?	31
3. Les événements de vie critiques influençant la fragilisation	34
3.1. Événements soudains affectant le corps	34
3.2. Maladie et besoin de soins de l'autre conjoint	34
3.3. Changer de rôle et se séparer de rôles	35
3.4. La perte de parents et d'amis	36
4. La situation de vie : une résultante de la dotation en capital	38
4.1. Le capital économique	39
4.2. Le capital culturel	40
4.3. Le capital social	41
4.4. Le capital physique	43
4.5. La conversion des formes de capital	44
5. La vulnérabilité	48
5.1. Pauvreté ou faible dotation en capital économique	49
5.2. Manque de formation ou faible dotation en capital culturel	52
5.3. Isolation ou faible dotation en capital social	54
5.4. Fragilité ou faible dotation en capital physique	55
5.5. Les personnes vulnérables dans la vieillesse	56
6. Expériences tirées de la pratique	60
6.1. Démarche méthodique	60
6.2. Le troisième et le quatrième âge du point de vue de spécialistes	61
6.3. La fragilisation du point de vue de spécialistes	63
6.4. Les événements de vie critiques du point de vue de spécialistes	65
6.5. Les personnes âgées vulnérables du point de vue des spécialistes	68
6.6. Les offres destinées aux personnes âgées du point de vue des spécialistes	73
6.7. Accompagnement de la transition par des offres du point de vue des spécialistes	74
6.8. Soutien pour faire face à des événements de vie critiques	79
6.9. Les offres et la vulnérabilité du point de vue des spécialistes	80

7. La vulnérabilité au centre de la pratique	86
7.1. La capacité d'atteinte	86
7.1.1. Les lieux d'accueil initial	87
7.1.2. Les offres extra-muros	88
7.1.3. Les offres de loisirs, de sport et de culture	89
7.2. La compensation de déficits de capital grâce à des offres	89
7.3. Propositions d'optimisation sur le plan de l'organisation	99
7.4. Les lacunes au niveau des offres	101
8. Soins, aide et assistance : distinction	106
8.1. Obstacles au financement de l'assistance et des soins aux personnes âgées	106
8.1.1. Manque de connaissances sur les droits et prestations non remboursées	107
8.1.2. Forte ampleur des formalités administratives	107
8.1.3. Degré élevé de la participation financière assumée par les personnes dépendantes de soins elles-mêmes	108
8.2. La séparation des soins et de l'aide	109
9. Un nouvel agenda politique pour l'aide et l'assistance	112
9.1. Qui prend soin des soins ?	112
9.2. Avons-nous besoin d'une assurance de soins ?	114
9.3. Créer une loi-cadre pour le travail de soin aux personnes âgées	117
Remerciements	122
Annexes	123
Index des abréviations	126
Index des illustrations	127
Bibliographie	128

Introduction

L'allongement croissant de l'espérance de vie a pour conséquence que la vieillesse, qui, selon une définition sociopolitique, commence avec le départ en retraite, représente une phase de la vie qui dure plus longtemps et, en raison de l'évolution des structures sociales, prend des formes toujours plus diverses. Une subdivision supplémentaire de cette phase de la vie s'impose donc. Une distinction fréquente oppose le troisième au quatrième âge. Le **premier chapitre** s'intéresse à la diversité de la phase de la vie qu'est la vieillesse ainsi qu'à cette distinction. Qu'est-ce qui caractérise ces deux périodes de la vie et sur la base de quels critères les individus y sont-ils attribués ? La signification symbolique y afférente du troisième âge *actif* de la vie et du quatrième âge *fragile* de la vie fait l'objet d'une réflexion critique. Le **deuxième chapitre** étudie de plus près la transition entre le troisième et le quatrième âge. Le processus de fragilisation représente une notion essentielle. Il comprend les processus de déclin physique, qui conduisent à des limitations des capacités physiques et cognitives. Le chapitre décrit des indicateurs permettant d'identifier la fragilisation et expose les conséquences de ces processus sur les personnes concernées. Durant la phase de transition, outre le processus physique de fragilisation, d'autres changements se produisent qui sont aussi susceptibles d'avoir des effets sur cette fragilisation. Ceux-ci sont décrits au **troisième chapitre** comme des événements de vie critiques. Il s'agit d'événements perçus de manière négative, comme un divorce, ou aussi de manière ambivalente, comme l'adieu à un rôle. La probabilité de devoir faire face à certains événements de vie critiques, par exemple de perdre des proches et des amis ou de vivre avec un conjoint dépendant de soins, augmente avec l'âge.

Le **quatrième chapitre** élargit le regard à la situation de vie globale des personnes qui se trouvent dans cette transition. En référence au sociologue Pierre Bourdieu, les conditions de vie d'un individu sont comprises comme une dotation en capitaux. Ce chapitre explique les trois formes de capital (économique, culturel et social) selon Bourdieu et décrit leur intensité durant la phase de la vie qu'est la vieillesse. Comme le corps joue un rôle déterminant dans la transition du troisième au quatrième âge, la présente étude propose d'ajouter la dimension de capital physique aux trois formes de ca-

pital décrites par Bourdieu. Les diverses formes de capital sont convertibles en une autre espèce de capital. Ce chapitre explique sous quelles conditions la conversion réussit et quels facteurs l'entravent. Les personnes avec une faible dotation en plusieurs formes de capital sont considérées comme vulnérables. Elles sont défavorisées en matière de conversion de capitaux et ne peuvent pas combler les lacunes de dotation en capital en raison d'une accumulation de déficits. Le **cinquième chapitre** décrit des situations de vie marquées par des déficits de capital durant la vieillesse : quels groupes de personnes présentent un risque accru de pauvreté, de manque de formation, d'isolement et de maladie et pour quelles raisons ?

Le **sixième chapitre** combine les deux éléments développés dans les réflexions précédentes : comment les personnes vulnérables vivent-elles la transition du troisième au quatrième âge ? Les résultats empiriques de cette étude livrent des explications à cette question. Ils proviennent d'interviews réalisées avec des professionnels des organisations de Pro Senectute et d'autres prestataires qui tiennent une place importante dans la transition du troisième au quatrième âge. Des spécialistes expliquent comment des personnes et leur entourage vivent cette transition et quels événements l'accompagnent et l'animent. Les notions développées dans le chapitre théorique sont mises en parallèle avec les résultats des interviews. Les spécialistes emploient-ils les mêmes notions pour décrire la transition du troisième au quatrième âge ? Comment utilisent-ils la notion de vulnérabilité et quelles personnes âgées sont particulièrement vulnérables à leur avis ?

Le **septième chapitre** se concentre sur les types de soutien dont bénéficient les personnes âgées vulnérables et formule des propositions pour les élargir. Les offres de l'action sociale gérontologique sont analysées sous l'angle de leur capacité à compenser les déficits. Si elles sont bien conçues, elles permettent même de réagir à des déficits présents dans plusieurs formes de capital différentes. Ce chapitre donne des exemples d'offres où cela est possible. En outre, il présente un modèle permettant de considérer les services dans la perspective de la vulnérabilité.

Les réflexions théoriques et les expériences acquises dans la pratique montrent que la transition du troisième au quatrième âge génère surtout un besoin de soutien dans la vie quotidienne. Or, il existe justement d'importantes différences en matière d'offres et de coûts pour ces services en Suisse. Le **huitième chapitre** explique comment s'opère la distinction entre soins et aide dans le système de santé en Suisse et quels défis en découlent pour les personnes âgées et leurs familles.

Le **neuvième chapitre** montre que le travail du *care* repose encore dans une large mesure sur les épaules des parents et que notamment le besoin d'aide, qui apparaît lors de la transition vers le quatrième âge, se heurte à un manque de moyens financiers dans de nombreux cas. Afin d'améliorer en particulier la situation des personnes âgées vulnérables, les auteurs estiment qu'il faut dépasser la distinction entre « aide » et « soins ». Il faut adopter une vision holistique. Une loi fédérale permettant de garantir « l'aide à domicile et les soins à domicile en faveur des personnes âgées » mentionnés à l'art. 112c de la Constitution fédérale, représenterait un premier pas dans ce sens.

1. A propos de l'âge

A quel âge devient-on vieux ? Qu'est-ce que la vieillesse et par quoi commence-t-elle ? Répondre à ces questions n'est pas aussi facile qu'il n'y paraît. Ce premier chapitre aborde le thème de l'âge à travers une discussion sur les images de la vieillesse et la subdivision très répandue de cette phase de la vie en un troisième et un quatrième âge.

La question de savoir à partir de quand quelqu'un devient vieux reçoit les réponses les plus diverses. Les limites d'âge diffèrent d'un domaine de la vie à l'autre. Dans le sport, une personne qui approche de la fin de la trentaine est considérée comme « vieille ». En revanche, d'autres limites ont cours dans la famille ou le monde du travail. Des sondés âgés de 30 à 80 ans situent l'âge à partir duquel quelqu'un est vu comme « âgé » à 70 ans dans le domaine de la « famille », mais à 57 ans dans le domaine du travail (cf. Kornadt/Rothermund 2011, p.292). En outre, la frontière de l'âge de l'entrée dans la catégorie des vieux semble repoussée en fonction de l'âge du sujet interrogé (cf. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013, p.32). Pour les adolescents, « être vieux » commence à 60 ans, pour des quinquagénaires à 70 ans.¹

Depuis la plus tendre enfance, tout un chacun porte en soi des images de la vieillesse (du vieillissement) et des personnes âgées. Les images de la vieillesse résultent d'un construit social et évoluent. Elles ont ceci d'intéressant qu'elles concernent aussi le sujet qui les considère. L'exogroupe représenté par « les vieux » deviendra un jour un endogroupe (cf. Kornadt/Rothermund 2011, p.292ss). Les descriptions de la vieillesse présentent donc un lien avec les propres espoirs et craintes d'avenir et influent aussi sur le propre vieillissement. Dans le langage courant, l'expression « une personne âgée » permet d'éviter l'emploi de mots comme « vieux » ou « vieillard », perçus comme crus et impolis.

La préférence de certains termes serait-elle révélatrice de notre relation ambivalente avec la vieillesse et, en particulier, avec notre propre vieillissement ?

Pour mieux cerner les images de la vieillesse, il est intéressant de s'attarder quelques instants sur les termes

« âgé/e » et « vieux/vieille ». Ils dévoilent des différences étonnantes. Dans le cadre de l'étude SWILSOO, les participants, âgés de 86 à 94 ans, se voient poser la question introductive suivante :

Madame, Monsieur, maintenant vous avez [...] ans, vous avez une longue vie derrière vous et on peut dire que vous êtes très âgé/e. J'aimerais vous demander à quelle occasion, dans quelles circonstances, vous avez eu le sentiment d'être entré/e dans la vieillesse, d'être devenu/e vieux/vieille ?

(cf. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013, p.33)

Si toutes les personnes interrogées sont d'accord si l'on affirme qu'elles sont très âgées, elles sont un tiers à récuser énergiquement l'idée d'être « devenu/e vieux/vieille ». Bon nombre d'entre elles associent le fait d'être vieux/vieille au renoncement à certaines activités. D'autres admettent qu'elles doivent composer avec certaines contraintes, mais affirment qu'elles n'ont pas encore le sentiment d'être vieilles, car elles ne sont pas totalement dépendantes d'autrui (cf. Lalive d'Epinay/Cavalli 2013, p.38). En d'autres termes, les sondés refusent de se voir catégorisés comme « vieux/vieille » sur la base de leur âge chronologique et, partant, de probabilités statistiques. Les personnes âgées veulent déterminer elles-mêmes quand elles franchissent ce cap (cf. *ibid.*, p.45). Ce constat, selon lequel il ne suffit pas d'être vieux/vieille en années de vie pour avoir le sentiment d'être devenu/e vieux/vieille, plaide pour un abandon des définitions chronologiques de l'âge. Le chapitre suivant s'intéressera aux autres définitions possibles de la vieillesse que celle donnée à partir de l'âge chronologique.

1.1. Paradigme du parcours de vie

Le paradigme du parcours de vie permet de guider l'analyse des conditions d'existence d'un individu dans la présente étude. Il structure le parcours de vie d'une personne en plusieurs étapes. Celles-ci peuvent s'inscrire dans une dimension biologique liée au développement physique ou dans une dimension sociologique, envisagée au long d'institutions sociales. Un parcours de vie organisé en trois phases, dans lequel le travail rémunéré tient une place essentielle, s'est répandu depuis l'industrialisation. Par conséquent, la vie se décompose, en

¹ Cf. Hummel/Tettamanti 2008, cités dans Lalive d'Epinay/Cavalli 2013, p.32.

gros, en une « période de préparation » avec l'accomplissement du cursus scolaire, une « période d'activité » en son milieu et, enfin, une « période de retraite ». Ces périodes se subdivisent encore en plusieurs séquences, qui sont structurées par un calendrier social. Le début de la scolarisation procède d'une norme, de nombreux jeunes suivent une formation ou une école supérieure, et l'Etat social règlemente l'âge pour prendre sa retraite.

Des transitions ont lieu entre les phases de la vie. Dans l'analyse des parcours de vie, la transition renvoie à un changement d'Etat, marquant la fin d'une phase et le début d'une nouvelle phase, qui se déroule de manière assez abrupte, mais néanmoins graduelle, car elle prend un certain temps à s'opérer (cf. Sackmann/Wingens 2001, p.19ss). Par « Etat », il faut comprendre une option ou, par exemple, une caractéristique (célibataire) (cf. ibid., p.23). Dans l'absolu, les transitions dans le parcours de vie représentent des processus irréversibles, car l'axe temporel ne se dirige que dans une direction.

On considère que le parcours de la vie est marqué par diverses transitions, caractérisées par différents événements. A ce titre, Cavalli (cf. 2012, p.33) relève que le « passage à l'âge adulte », par exemple, est souvent associé à l'achèvement d'une formation, l'emménagement dans un propre appartement ou la naissance du premier enfant. Par analogie, le début de la « grande-parentalité » pourrait aussi marquer l'entrée dans la vieillesse. Or, suivant la configuration familiale, cet événement peut se produire plus tôt ou ne jamais arriver ; il ne s'agit donc pas d'un indicateur pertinent au-delà d'un individu isolé. Les événements caractéristiques d'une transition sont propres à une culture et une époque.

Le paradigme du parcours de vie utilisé dans le présent travail s'inscrit dans une perspective sociopolitique et s'articule autour des institutions qui jalonnent le parcours d'une vie. L'entrée dans la vieillesse ou, plus précisément, dans le troisième âge coïncide avec le départ à la retraite et n'obéit donc pas à des critères individuels, mais à des critères fixés par l'Etat social. L'âge de référence, pour la perception de la rente et les âges minimums pour une rente AVS anticipée ou une retraite anticipée, définit le cadre temporel de cette transition. Ce cadre temporel s'est élargi de force ou de gré au cours des dernières années. Certains choisissent de prendre une retraite anticipée ou décident, au contraire, qu'il est trop tôt pour le faire à 64 ou 65 ans et continuent de travailler. D'autres sont forcés à quitter leur emploi avant terme à cause d'une maladie ou sous la pression de l'employeur.

Les possibilités, pour un individu, d'aménager en toute liberté son entrée dans le troisième âge dépendent aujourd'hui des moyens financiers dont il dispose. Le programme de réforme « Prévoyance vieillesse 2020 » veut offrir davantage de souplesse pour la perception de la rente. La concrétisation de ce projet montrera s'il est effectivement possible de créer des conditions permettant à davantage d'individus d'aménager en toute liberté leur entrée dans le troisième âge.

Le nombre d'échéances sociales imposées semble diminuer au-delà du troisième âge (cf. Amrhein 2008, p.179). Est-ce que cela apporte une plus grande liberté individuelle pour organiser ses vieux jours ? Le présent travail se demandera quelles chances existent en réalité de pouvoir aménager librement son vieillissement. Les premières indications montrent que les contraintes im-

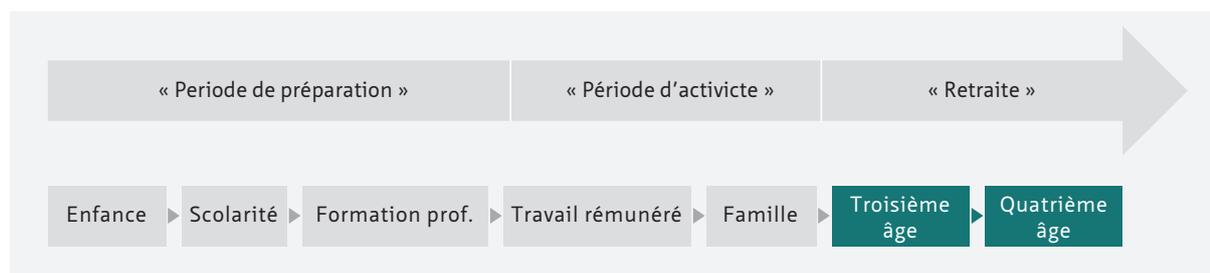


Figure 1 Le paradigme du parcours de vie (illustration représentée par nos soins)

posées par la société s'étendent jusque dans la vieillesse. Un exemple d'échéance imposée par la société ou de limite d'âge en Suisse se trouve dans l'obligation, pour tous les automobilistes ayant plus de 70 ans, de se soumettre à un contrôle médical régulier, effectué par un médecin-conseil (cf. art. 27, let. b OAC). Il est concevable que cette obligation inspire encore la création d'autres règles pour les personnes âgées. Dans le domaine médical, des limites d'âge pourraient devenir plus fréquentes dans le cas de certains traitements ou d'interventions.

D'un point de vue sociopolitique, la vieillesse représente, depuis l'industrialisation, une phase de la vie définie comme la sortie du marché de l'emploi et vécue de manière collective. L'âge choisi comme marqueur du passage à la retraite correspondait, grosso modo, à l'espérance de vie de l'époque (cf. Lalive d'Épinay/Cavalli 2013, p.11). Depuis lors, la période entre le départ en retraite et la fin de la vie n'a cessé de s'allonger. En regard de l'espérance de vie actuelle, un homme de 65 ans vivra encore 19,0 ans en moyenne, une femme 22,5 ans. Outre l'espérance de vie totale, c'est aussi le nombre d'années de vie en bonne santé durant la vieillesse qui augmente. En 2010, il s'élevait à 11,5 ans pour un homme de 65 ans et à 12,2 ans pour une femme de 65 ans en Suisse.²

Comme la phase entre le départ à la retraite et la fin de la vie devient toujours plus longue et plus diverse, il a été proposé à plusieurs reprises de la subdiviser en un troisième et un quatrième âge.³

Le troisième âge

Le troisième âge commence avec le départ en retraite. Il s'agit d'une phase où, selon son « inventeur », l'historien et sociologue Peter Laslett (cf. 1995), les retraités peuvent profiter de leur nouveau temps libre, vivre de nouvelles expériences, s'épanouir et s'engager pour la société. Synonyme d'activité, de santé et d'engagement

pour les autres, le troisième âge est pourvu d'une connotation positive.

Le quatrième âge

Le quatrième âge, en revanche, constitue la dernière phase de la vie qui, selon Laslett (cf. 1995, p.34ss), est marquée par le déclin, le besoin de soins et la dépendance et finit par la mort. Cette image du « quatrième âge » réunit en soi tous les attributs négatifs depuis longtemps liés à la vieillesse (et au vieillissement). Il en résulte une représentation extrême, à la fois négative et tronquée. Le chapitre suivant va montrer que cette dernière phase plus longue de la vie prend en fait une tournure bien différente pour de nombreuses personnes.

Le quatrième âge commence lorsque « l'altération liée à l'âge des capacités physiques ou cognitives contraint à des restrictions et des adaptations radicales dans la vie quotidienne » (Höpflinger 2011, p.59). Il se manifeste par une diminution accrue des ressources physiques et mentales, des risques accrus de besoin de soins et de troubles de démence, ainsi que par la nécessité de vivre dans un environnement sans barrières architecturales.

Ces deux âges de la vie permettent d'esquisser une première image, certes encore vague. Il s'agit, en gros, de l'image d'un processus. Lorsque les attributs du quatrième âge augmentent, ceux du troisième âge diminuent. Dans cette illustration, la diminution est conçue de façon linéaire. Il est nécessaire de voir comment se déroule effectivement cette transition.

C'est à bon escient que le découpage en ces deux phases de la vie s'effectue sur la base des aptitudes et des capacités physiques et mentales d'un individu et non pas en fonction de seuils d'âge chronologiques. Les délimitations chronologiques entre le troisième et le quatrième âge de la vie restent néanmoins fréquentes : en général, elles situent ce cap entre 80 et 85 ans (cf. Amrhein 2013, p.10 et Wahl/Rott 2002, p.26). Comme déjà évoqué au début du chapitre, l'âge chronologique ne constitue pas une caractéristique pertinente pour décrire les personnes âgées. D'une part, les formes d'appréciation subjective et de comportement, les aptitudes et les capacités fonctionnelles physiques et mentales de deux individus

² Cf. communiqué de presse Eurostat du 19 avril 2012 concernant l'espérance de vie à l'âge de 65 ans pour la Suisse en 2010, cité dans Höpflinger 2012, p.43.

³ Subdivisée en trois phases à l'origine, la vie se voit ainsi complétée d'une nouvelle phase. Le « premier » âge de l'enfance et de l'adolescence et le « deuxième » âge adulte sont suivis d'un « troisième », puis d'un « quatrième » âge.

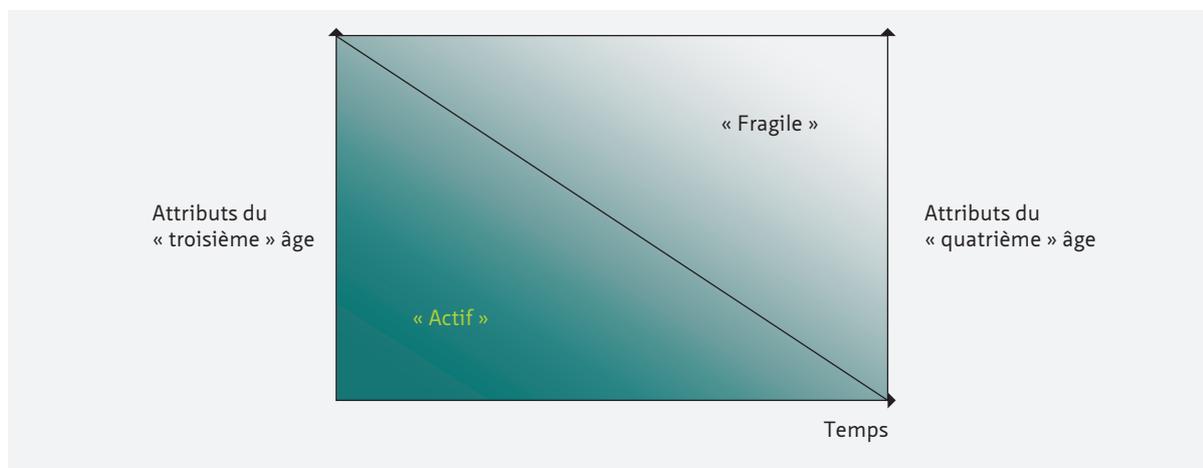


Figure 2 Le processus de fragilisation (propre présentation)

d'âge identique présentent des différences considérables (cf. Backes/Clemens 2013, p.122) et, d'autre part, l'espérance de vie pourrait encore s'allonger et ainsi rendre obsolète toute limite chronologique. C'est pourquoi la gérontologie a écarté depuis longtemps les définitions chronologiques de l'âge au profit de définitions fonctionnelles. Les définitions fonctionnelles classent les individus à partir de leur Etat de santé et de leurs capacités, ce qui permet une meilleure prise en compte des individus et de leurs situations de vie.

Un autre fait en faveur d'un découpage de la vieillesse réside dans l'allongement du troisième âge. Outre l'espérance de vie, c'est aussi le nombre d'années de vie passées sans handicap qui a augmenté ces 30 dernières années (cf. Höpflinger 2012a, p.44). De nombreux retraités utilisent ce temps de manière active, en entreprenant des activités de tout genre et en se cherchant de nouvelles tâches. Les personnes âgées dites « actives » ne se voient pas comme des vieux. Au lieu de se retirer dans l'inactivité, elles saisissent l'opportunité de se réorienter après leur départ en retraite, de vaquer à des activités jamais réalisées ou négligées jusqu'alors, ou de se lancer dans un engagement tout à fait inédit. L'industrie a découvert un nouveau public cible, celui des seniors actifs, qu'elle tente d'attirer à travers de multiples offres de loisirs et de formation continue. La tendance qui voit certains seniors s'inspirer des styles de loisirs des générations plus jeunes est qualifiée de « ra-

jeunissement des personnes âgées » (cf. ibid. p.61). La politique sociale a aussi participé à la visibilité accrue du troisième âge ces dernières années, car le vieillissement démographique devient un enjeu de plus en plus important dans les débats politiques et sociaux, au même titre que le maintien et le financement des soins à la personne âgée constituent une source de préoccupation croissante. Dans ce contexte et au regard des prévisions établies, l'accent est mis sur l'activité des personnes âgées, ainsi que sur sa promotion et son encouragement. C'est ainsi que les notions du « bien vieillir » et du « vieillissement productif » ont fait irruption dans le débat gérontologique. Au centre du « bien vieillir » se trouve la satisfaction individuelle de vivre, laquelle présente un lien étroit avec l'autonomie durant la vieillesse, la longévité, la santé et l'aptitude à gérer des problèmes de vieillesse (cf. Backes/Clemens 2013, p.186). Il est attendu des personnes vieillissantes « productives » qu'elles apportent quelque chose à la société, que ce soit dans un emploi rémunéré, par le travail familial ou dans le cadre du bénévolat.

L'inconvénient de la valorisation symbolique du troisième âge réside dans le fait qu'elle a lieu au détriment du quatrième âge (cf. Amrhein 2013, p.13). Les images des deux âges de la vie deviennent ainsi deux extrêmes connotés de jugements de valeur dans l'opposition entre actif et passif. « Les < vieux en passe de devenir vieux > sont considérés comme des coproducteurs actifs et pleine-

ment responsables de leurs conditions de vie, tandis que les personnes du grand âge sont avant tout perçues comme tributaires d'assistance et de soins et restent dans un statut d'objet » (Gilleard/Higgs 2000, cités par Graefe/van Dyk/Lessenich 2011, p.305).

Les attributs négatifs de la vieillesse utilisés depuis toujours – fragilité, troubles de la mémoire et dépendance – sont mis en opposition avec un troisième âge en bonne santé, actif et utile à la société et, de ce fait, il ne reste guère d'attributs positifs pour le quatrième âge.

Les attentes sociales liées à la productivité et à l'activité sont compréhensibles, et il est évident que le désir du bien vieillir, à savoir de rester en bonne santé le plus longtemps possible, est très répandu. Or, les opportunités de rester en bonne santé et de pouvoir prendre soin de son corps se révèlent inégalement réparties, si bien qu'une attention excessive à l'activité et à la santé se traduit aussi toujours par une pression sociale sur ceux qui n'en ont pas les possibilités.

La sociologue de la vieillesse Silke van Dyk (cf. 2009, p.604ss) suit le débat public en Allemagne, qui appelle à activer et à tirer parti des potentialités des personnes âgées. Elle constate, en particulier dans le domaine de la santé, que le vieillissement est de plus en plus considéré comme une question de choix en raison de l'amélioration des possibilités médicales, en précisant que chaque individu est tenu d'assumer la responsabilité de son propre vieillissement (cf. *ibid.* p.609). Il est demandé à tout un chacun de rester en bonne santé et en pleine forme le plus longtemps possible et de conserver ses propres capacités physiques et mentales afin de ne pas devenir dépendant d'autrui. Ces exigences se voient renforcées par l'image véhiculée dans les médias des caractéristiques de la jeunesse ainsi que par une gamme croissante de prestations *antivieillessement*. Dans ce contexte, une alimentation ciblée, des cosmétiques anti-rides ou même la chirurgie esthétique doivent aider à retarder le processus de sénescence ou, au moins, en réduire les signes visibles.

Le vieillissement productif, c'est-à-dire toutes les activités effectuées par les personnes âgées pour le bien de

la société, revêt une grande importance et doit être encouragé. En effet, le bénévolat constitue un pilier indispensable de la solidarité dans la société. Dans ce contexte, il faut toutefois veiller à ce que l'activité corresponde aux bénévoles, à leur situation de vie et à leurs besoins. L'exigence de productivité correspond toujours aussi à une attente de performance. Par conséquent, le risque existe que le troisième âge soit mesuré à l'aune de critères d'efficacité comme durant la période de la vie active. En particulier lorsque le troisième âge est envisagé dans sa dimension chronologique et que tous les vieux encore jeunes d'un point de vue chronologique sont considérés comme des actifs, les personnes concernées se sentent souvent dépassées par la situation. Une étude allemande a analysé la propension réelle à être actif chez les personnes âgées. À l'aide d'un questionnaire, Kornadt et Rothermund (cf. 2011) ont interrogé des femmes et des hommes âgés de 30 à 80 ans pour savoir si ces personnes souhaitaient rester actives et s'engager pour la société durant leur vieillesse, ou plutôt savourer leur retraite en menant une vie autonome. Il en est ressorti que la propension à être actif et à s'engager durant la vieillesse se révèle beaucoup moins prononcée que l'envie de profiter de la vie. En outre, les réponses montrent de nettes différences en fonction de l'âge. Les sondés plus jeunes ont tendance à adopter une attitude plus positive à l'égard de l'activité durant la vieillesse que les sondés plus âgés (cf. Kornadt/Rothermund 2011, p.249ss). Cela signifie-t-il que l'accent positif mis sur un vieillissement actif aurait déjà porté ses fruits auprès des futures personnes âgées ? L'étude ne permet malheureusement pas d'établir s'il s'agit bel et bien d'un effet de génération et non pas d'un effet d'âge. Une étude de longue durée serait nécessaire à cet effet (cf. *ibid.* p.295).

Le découpage de la vieillesse en un troisième et un quatrième âge reflète aussi des réalités sociales et permet l'expression d'attentes et de craintes. Certes, il aide à rendre compte de la diversité de la vieillesse, mais il faut se garder d'en retirer une définition trop rigide, et encore moins d'en faire une utilisation chronologique. L'étude de Graefe *et al.* tire une conclusion intéressante concernant l'utilité de ce découpage (cf. Graefe *et al.*, 2011). Elle analyse les images que les personnes qui se trouvent dans la seconde moitié de leur vie ont d'elles-

mêmes.⁴ Il en ressort que les personnes interrogées accueillent de façon ambivalente la redéfinition de la vieillesse par un découpage en un âge riche en activités et en un âge marqué par la dépendance à autrui. D'une part, elles refusent d'intégrer des descriptions négatives de la vieillesse dans l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et saluent ainsi la déstigmatisation des années de vie en bonne santé après le départ en retraite. D'autre part, elles n'accordent guère d'importance au construit du « troisième âge » et se perçoivent comme des adultes normaux, et non pas comme un groupe social spécifique aux besoins spéciaux. Par conséquent, les retraités ne semblent pas se définir comme des « jeunes vieux » dans leurs têtes (cf. *ibid.*).

Pour résumer les différentes analyses des phases du vieillissement, force est de constater que ces étapes ne font guère partie de la perception que les aînés ont d'eux-mêmes et s'insèrent davantage dans un schéma appliqué de l'extérieur aux personnes âgées. Cela dit, la pertinence d'une telle répartition apparaît lorsqu'il est question des différences dans les besoins individuels respectifs, au même titre que des attentes de la société. Il est toutefois incontestable que ce découpage en phases présente un risque de stigmatisation. Il est d'autant plus important de ne pas seulement savoir comment décrire et distinguer ces deux phases de la vieillesse, mais aussi de percevoir comment se met en place la transition du troisième au quatrième âge.

⁴ Des sujets de 40 ans et plus.

2. La transition du troisième au quatrième âge (fragilisation)

- 2.1. De la fragilisation comme notion gériatrique
- 2.2. Atteintes de santé et maladies chez les personnes âgées
- 2.3. Les conséquences de la fragilisation
- 2.4. Les conséquences de la fragilisation : qui a besoin d'aide et en demande ?

2. La transition du troisième au quatrième âge (fragilisation)

Après que le premier chapitre a regroupé les enseignements sur les images, les identités et les deux phases de la vieillesse, le présent chapitre décrit les critères qui caractérisent la transition du troisième au quatrième âge.

L'examen des diverses théories de la vieillesse montrent qu'un découpage en un troisième et un quatrième âge prend tout son sens s'il se fonde sur le déclin progressif des capacités physiques.

Ce chapitre décrit les processus physiologiques inhérents à la transition du « troisième âge » actif au quatrième âge « fragile ». Cette transition est décrite comme le processus de fragilisation. Il est reconnu que cette fragilisation est influencée par l'apparition plus fréquente d'événements de vie critiques. Ce chapitre se concentrera toutefois sur les changements physiologiques dans un premier temps. L'interaction de la fragilisation et des événements de vie critiques traversés durant cette phase seront étudiés de près au chapitre 3.

Des connaissances sur la transition du troisième au quatrième âge sont notamment rendues accessibles par les diverses études sur les trajectoires de vie, menées depuis 1979 par Christian Lalive d'Épinay et ses collaborateurs à l'Université de Genève. Dans le cadre de l'étude internationale CEVI, ils ont analysé, entre 2003 et 2004, puis en 2009, les domaines de la vie dans lesquels les adultes vivent des changements. Quatre jeunes adultes sur cinq (de 20 à 24 ans) déclarent avoir vécu des chan-

gements importants au cours des douze derniers mois précédant l'entretien. Cette proportion diminue parmi les trentenaire (60 %) ; elle passe à 50 % avec les quinquagénaires et reste du même ordre dans les groupes plus âgés. Ces résultats montrent que la fréquence des changements importants dans la vie diminue avec l'entrée dans la vieillesse, sans pour autant que les personnes âgées restent épargnées par des changements significatifs dans leur vie.

Pour les domaines de la vie affectés par le changement, Lalive d'Épinay et Cavalli brossent le tableau suivant : les jeunes de 20 à 24 ans mentionnent le plus souvent les changements de formation et de lieu. Certains, par exemple, entament des études et déménagent dans une autre ville à cet effet. Dans les groupes des 35 à 39 ans et des 50 à 54 ans, ce sont les changements d'ordre professionnel et du domaine familial qui dominent. À partir de 65 ans, la santé devient la cause la plus fréquente des changements dans la vie. Chez les octogénaires, le domaine « spatial » s'impose comme le deuxième en importance à l'origine des changements de vie. Selon Lalive d'Épinay et Cavalli (cf. 2013, p.20), les changements qui se produisent dans la vie des octogénaires consistent en un déménagement dans le but de s'installer soit près d'un des siens, soit dans un établissement médico-social.

La santé constitue le point central de la vieillesse. C'est pourquoi l'évolution de la santé des personnes très âgées intéresse toujours davantage la recherche. Dans

20 – 24 ans		35 – 39 ans		50 – 54 ans		65 – 69 ans		80 – 84 ans	
Education	24	Famille	23	Profession	29	Santé	23	Santé	37
Spatial	18	Profession	21	Famille	13	Famille	19	Spatial	16
Famille	15	Spatial	12	Spatial	10	Profession	15	Famille	14
Profession	12	Education	9	Décès	9	Spatial	11	Décès	13
Activités	7	Santé	7	Santé	8	Décès	8	Activités	4
Autres	24	Autres	28	Autres	31	Autres	24	Autres	16
Total	100								

Tableau 1 Les domaines de changement dans la vie les plus fréquents par classe d'âge (pourcentages en colonne).
Source : Lalive d'Épinay/Cavalli 2013, p.20.

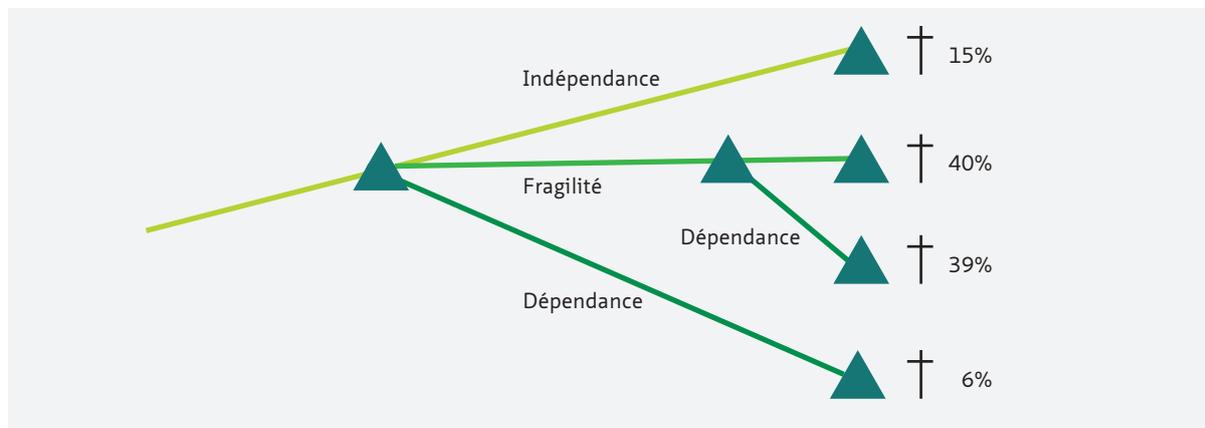


Figure 3 Quatre trajectoires de vie à la fin de la vie. Source : Lalive d'Épinay/Spini et coll. 2008 et Lalive d'Épinay/Cavalli 2013

l'étude longitudinale SWILSOO (*Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old*), Lalive d'Épinay et son équipe ont étudié, entre 1994 et 2004, les changements de l'État de santé d'une cohorte d'octogénaires, lesquels vivaient chez eux au début de l'étude. Ils ont suivi l'évolution individuelle de l'État de santé de 264 personnes durant plusieurs années et jusqu'à la fin de leur vie. Ce faisant, ils ont subdivisé ces personnes en deux catégories : les dépendants et les indépendants. Le statut de dépendance signifie avoir besoin de l'aide d'autrui pour accomplir des activités de la vie quotidienne⁵.

L'examen de l'évolution de l'État de santé montre qu'il est rare que des personnes préservent leur indépendance jusqu'à leur décès (15 %) et encore plus rare que des personnes passent sans transition de l'indépendance à une forme de dépendance de longue durée à un soutien externe (6 %).

Dans leur majorité, les personnes suivies traversent une phase de transition plutôt longue, dite de fragilisation, qui n'entraîne pas encore d'atteintes dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, mais où apparaissent des premiers symptômes de la fragilité, comme une vision diminuée ou une réduction de la capacité de déplacement (cf. Lalive d'Épinay et al. 2008,

p.145 ; Cavalli 2012, p.85 ; Lalive d'Épinay/Cavalli 2013, p.24ss).

Sur la base de leurs résultats, les chercheurs du Centre interfacultaire de gérontologie et d'études des vulnérabilités (CIGEV) ont distingué trois statuts de santé. Un certain nombre de dimensions constitutives de la fragilité permettent de décrire ces trois États. Ils se distinguent, du point de vue des personnes âgées, en fonction de l'ampleur des atteintes dans leur vie quotidienne et de leur besoin d'assistance :

1. L'indépendance

Lorsqu'elles ne connaissent aucune restriction dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et qu'elles ne présentent des atteintes de santé dans aucun ou au maximum dans un seul des domaines entraînant la fragilité, les personnes sont indépendantes et peuvent donc aussi organiser leur quotidien sans l'aide d'autrui.

2. La fragilité

Les personnes sont dites fragiles lorsqu'elles présentent des atteintes dans deux des domaines suivants au moins, tout en restant à même d'accomplir seules les activités de la vie quotidienne : capacités sensorielles, capacités cognitives, métabolisme énergétique ou existence de troubles physiques. Les personnes fragiles peuvent accomplir elles-mêmes les activités de la vie quotidienne, mais elles ont parfois besoin d'aide de la part de tiers.

⁵ Se doucher, se laver, faire une toilette complète, couper et manger ses aliments, s'habiller et se déshabiller, se coucher et se lever, ainsi que se déplacer à l'intérieur de son logement.

Ce sont en général les membres de la famille qui s'en chargent. La fragilité peut se dégrader jusqu'au stade de la dépendance fonctionnelle. Cette évolution est comprise ici comme le processus de fragilisation.

3. La dépendance fonctionnelle

Les personnes qui présentent des atteintes dans plus de deux dimensions de la fragilité et qui ne peuvent plus accomplir sans l'aide d'autrui au moins une activité de la vie quotidienne de base passent à un Etat de dépendance fonctionnelle. Les activités de la vie quotidienne de base comprennent tout d'abord l'hygiène personnelle, comme se doucher, se laver et faire une toilette complète. S'habiller et se déshabiller, se coucher et se lever en font aussi partie. Deux autres activités importantes sont la capacité de se nourrir par soi-même en coupant et en mangeant des aliments, ainsi que la capacité de se déplacer dans son logement. Les personnes considérées comme dépendantes ont besoin de l'aide régulière d'autres personnes pour survivre. Elles ont recours non seulement à l'assistance des membres de la famille, mais aussi à celle prodiguée par certaines organisations et institutions en passe de devenir un système d'aide à part entière (cf. Lalive d'Épinay et al 2008, p.116ss ; Cavalli 2012, p.85 ; Lalive d'Épinay/Cavalli 2013, p.21).

2.1. De la fragilisation comme notion gériatrique

La fragilité, définie comme un stade intermédiaire entre la bonne santé et la dépendance à l'aide chez les personnes âgées, représente aujourd'hui une notion très répandue en gériatrie et en gériatrie (cf. Dapp/Anders/Golger/von Renteln-Kruse/Minder 2012, p.262). La fragilité se retrouve aussi dans le domaine médical qui en distingue plusieurs intensités. Comme la fragilité gagne progressivement en intensité, les autres chapitres de la présente étude la désigneront comme un processus de fragilisation. La fragilité suscite pléthore de publications, qui proposent et discutent diverses grilles de critères.

Ce sous-chapitre propose un éclairage sur le débat gériatrique autour de la fragilité. Il livre des explications plus détaillées de deux définitions de la fragilité et décrit des questions irrésolues du débat sur la fragi-

lité. Il se termine par un résumé des appréciations sur l'opportunité d'appréhender la fragilité.

En suivant Campell et Buchner (cf. 1997, p.315), Lalive d'Épinay et Cavalli décrivent la fragilité comme un syndrome résultant d'une réduction multisystémique des aptitudes et des capacités (d'un individu), à la suite de laquelle plusieurs systèmes physiologiques vont atteindre ou franchir un seuil d'insuffisance. Ce processus de réduction des capacités et de perte des réserves (fragilisation) peut se développer en raison du vieillissement ou être déclenché, voire accéléré, par un style de vie inadéquat ou une maladie. Dès que plusieurs systèmes physiologiques atteignent le seuil dit « d'insuffisance », un individu entre dans un Etat de fragilité (cf. Cavalli 2012, p.85). Comme déjà mentionné, d'après l'étude SWILSOO, une personne franchit ce seuil lorsqu'elle présente des atteintes dans deux des cinq dimensions de la fragilité.

Dans le questionnaire utilisé lors de l'enquête, les cinq dimensions de la fragilisation ont été développées comme suit :

Mobilité

- Pouvez-vous monter et descendre un escalier ?
- Pouvez-vous vous déplacer à l'intérieur de votre logement ?
- Pouvez-vous parcourir 200 mètres à pied ?

Capacités sensorielles

- Pouvez-vous lire un texte dans un journal ?
- Pouvez-vous suivre une conversation à deux ?
- Pouvez-vous suivre une conversation à plus de deux ?

Capacités cognitives

- Votre mémoire vous joue-t-elle parfois des tours ?

Energie

- Vous sentez-vous fatigué(e) ?
- Manquez-vous d'appétit ?

Existence de troubles physiques

Au cours des quatre dernières semaines, avez-vous souffert de... :

- douleurs aux membres inférieurs

- douleurs aux membres supérieurs
- maux de tête
- mal de dos
- irrégularités cardiaques
- difficultés respiratoires
- maux d'estomac
- douleurs des organes génitaux
- douleurs de poitrine
- fièvre ?

Le déficit dans une dimension se caractérise par la difficulté à accomplir au moins une des activités mentionnées ci-dessus (dans le cas de la mobilité et des capacités sensorielles) ou par la fréquence des atteintes (dans le cas des capacités cognitives et de l'énergie) (cf. Lalive d'Epinau/Spini et al. 2008, p.111 et Cavalli 2012, p.85).

Il existe d'étroites corrélations entre ces dimensions. La mobilité, les troubles physiques et l'énergie sont ainsi liés. Des troubles physiques au niveau des membres inférieurs ont un impact immédiat sur la mobilité d'une personne. La mobilité réduite et le manque d'activité physique qui découlent de ces troubles peuvent entraîner une perte d'appétit, voire une dénutrition, ce qui se traduit à son tour par des conséquences négatives sur les muscles et renforce encore l'inactivité (cf. Lalive d'Epinau/Spini et al. 2008, p.113).

Ce modèle porte sur le vécu quotidien des personnes interrogées et peut être utilisé par ces personnes elles-

mêmes. D'autres systèmes basés sur des critères comportent des mesures des aptitudes physiques qui doivent être réalisées par une tierce personne. Prenons l'exemple du phénotype de la fragilité de Fried, sur lequel s'appuient de nombreux systèmes basés sur des critères (cf. Santos-Eggimann/David 2012, p.249ss). Le tableau 2 distingue et décrit les cinq formes d'atteintes physiques.

Phénotype de la fragilité de Fried (2001)

L'écueil auquel se heurtent tous les auteurs qui tentent de décrire et de mesurer la fragilité tient au fait que les atteintes individuelles se manifestent sous des formes très diverses d'une personne à l'autre et que, dès lors, il se révèle très difficile de les faire entrer dans une définition générale. De nombreux points de discussion restent ouverts, comme les liens entre le processus de fragilisation et les maladies chroniques. Des divergences fondamentales apparaissent aussi dans la compréhension de ce que recouvre la fragilité et quels facteurs y participent avec quelle intensité. Un consensus existe au moins parmi les chercheurs pour dire que le processus de fragilisation résulte d'une constellation de facteurs multiples (cf. Lalive d'Epinau/Cavalli 2013, p.27).

Les efforts entrepris pour décrire la fragilité et la mesurer à l'aide d'indicateurs poursuivent un objectif : identifier le plus tôt possible les personnes âgées qui présentent un risque accru de besoin de soins et de mortalité et prendre des mesures afin de réduire leur besoin de soins. Dans la pratique clinique, l'observation

Critères d'évaluation et dimensions du phénotype de la fragilité de Fried

Critère	Mass
Dénutrition	Perte de poids involontaire de plus de 4,5 kg au cours de l'année écoulée
Sensation de fatigue	Sur la base de deux questions tirées d'un questionnaire d'évaluation de la dépression [1]
Troubles locomoteurs	Force de préhension, mesurée à l'aide d'un dynamomètre, 20 ^e centile et inférieur selon le sexe et l'IMC [2]
Marche ralentie	Vitesse normale de 4 secondes pour parcourir 4 mètres, 20 ^e centile et inférieur selon le sexe et la taille [2]
Baisse de l'activité physique	Dépense énergétique estimée sur la base d'un questionnaire, 20 ^e centile et inférieur [2]
[1] Echelle CES-D d'évaluation de la dépression	
[2] Performance observée dans la CHS	
[3] <i>Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire</i>	

Tableau 2 Critères d'évaluation et dimensions de la fragilité proposés par Fried 2001, repris de Santos-Eggimann/David 2012

du processus de fragilisation contribue à reconnaître le groupe de personnes en transition entre le troisième et le quatrième âge et à leur apporter un soutien plus ciblé. Lorsque la santé des personnes âgées est uniquement mesurée à l'aune de la présence ou non de maladies et de la capacité d'un individu à accomplir lui-même les activités de la vie quotidienne, les regards ont tendance à se détourner des personnes en situation de fragilisation. D'après Brigitte Santos-Eggimann et Stéphane David de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne, la fragilisation se caractérise par une progressivité, mais aussi par une éventuelle réversibilité, en particulier à un stade précoce (cf. Santos-Eggimann/David 2013, p.248). Des exercices et des traitements sur mesure permettront-ils un jour d'enrayer, en quelque sorte, les pertes de mobilité et les déficits sensoriels chez les personnes âgées ? Les mesures appropriées demandent encore à être développées et évaluées à large échelle. A l'heure actuelle, les connaissances restent trop lacunaires pour qu'il soit possible d'entreprendre des actions ciblées contre la fragilité. Santos-Eggimann et David plaident pour tirer parti de la détection précoce de fragilités en médecine afin d'entourer les patients à risque d'une vigilance particulière (cf. 2013, p.252). Des projets existent en médecine afin de rendre mesurables les limitations physiques liées au vieillissement et de développer des moyens de détection précoce et de prévention. En cas de succès des tentatives d'améliorer la détection précoce et de développer des thérapies ou des moyens auxiliaires appropriés, elles pourraient contribuer à accroître l'autonomie des personnes âgées et à réduire les situations de dépendance de soins. Cette tâche requiert non seulement le concours de la recherche médicale et de la recherche en matière de prévention, mais aussi celui de techniciennes et de techniciens afin de mettre au point des moyens auxiliaires au prix abordable ou d'améliorer la facilité d'utilisation d'objets utilitaires.

La description et la diminution de la fragilité continue de faire débat. La présente étude utilise la description de la fragilité proposée par Lalive d'Epina y et Cavalli pour caractériser la transition du troisième au quatrième âge. Ce choix s'explique par le fait que leur description se fonde sur plusieurs études longitudinales en

Suisse et qu'elle peut être utilisée au moyen d'un questionnaire qui ne requiert aucun examen médical.

Premier bilan :

trois Etats de santé et deux phases de vie ?

Le tableau dressé de la vieillesse comme la phase de vie du troisième et du quatrième âge est maintenant complet. La question se pose toutefois de savoir si les enseignements sur la fragilité et les trois Etats de santé décrits par Lalive d'Epina y et Cavalli ne se trouvent pas en contradiction avec le découpage de la vieillesse en un troisième et un quatrième âge ?

L'Etat de santé de l'indépendance proposé par Lalive d'Epina y et Cavalli coïncide en grande partie avec la description du troisième âge. Dans ce contexte, il faut néanmoins se garder de comprendre l'indépendance dans son sens absolu. Elle peut tout à fait comporter des atteintes dans une dimension invalidante, comme un mal de dos. Les études longitudinales menées par Lalive d'Epina y et Cavalli sur les parcours de vie individuels à long terme montrent que beaucoup de personnes traversent une phase de fragilisation à l'issue du troisième âge. Cette fragilisation peut – mais ne doit pas nécessairement – déboucher sur une phase de dépendance de longue durée. Dans beaucoup de cas, le trait du dernier âge de la vie n'est pas la dépendance, mais la fragilité. Les enseignements sur le processus de la fragilisation appellent aussi une description plus circonstanciée du quatrième âge. Il faut tenir compte du fait que le quatrième âge commence avec des atteintes dans deux ou plusieurs dimensions de la fragilité, et non à partir du moment où une personne se retrouve dans la dépendance totale à autrui dans la vie quotidienne.

Le sous-chapitre suivant décrit la fragilisation et ses conséquences à partir de résultats empiriques d'autres études. Comme les atteintes physiques jouent un rôle déterminant, la question qui se pose concerne les rapports entre la vieillesse (ou le vieillissement), la santé et la maladie. Cette réalité complexe est représentée à l'aide d'un modèle simplifié. Ce sous-chapitre se conclut par un regroupement des connaissances acquises sur les besoins de soutien réels des personnes âgées en Suisse.

2.2. Atteintes de santé et maladies chez les personnes âgées

Quels sont les rapports entre la vieillesse (ou le vieillissement), la santé et la maladie ? Le vieillissement ne va pas forcément de pair avec la maladie, mais il est vrai que plus une personne avance en âge, plus son risque de tomber malade augmente. L'image d'un équilibre se prête bien à la représentation des rapports entre la santé, la maladie et le vieillissement. En ce sens, la santé est envisagée comme le lien entre l'intégrité physique, la capacité d'adaptation de l'organisme et le bien-être. Les maladies correspondent à des perturbations de ce système, lesquelles provoquent une réaction du corps qui tente de réinstaurer l'équilibre (cf. Backes/Clemens 2013, p.214). Dans ce contexte, le vieillissement est assimilable à un processus venant diminuer la capacité d'adaptation de l'organisme à divers moments et à diverses intensités et aboutissant à l'apparition de risques qui augmentent la probabilité de développer certaines maladies (cf. *ibid.* p.214ss).

Ainsi, les maladies chroniques physiques, cérébrales organiques et vasculaires augmentent à un âge très avancé (cf. *ibid.*, p.109). Dans l'absolu, le risque de polymorbidité, c'est-à-dire de la présence simultanée de plusieurs maladies, augmente avec l'âge. Le risque de maladie est double chez les personnes âgées : d'une part, certaines maladies ne se déclarent que pendant la vieillesse (les maladies liées à l'âge, comme le diabète sucré, l'artériosclérose, les affections dégénératives de l'appareil locomoteur) et, d'autre part, en raison de l'affaiblissement de la capacité d'adaptation provoqué par l'âge, les maladies qui peuvent aussi survenir plus tôt dans la vie sont associées à un plus grand risque de complications pour une personne âgée (cf. *ibid.* p.215). En outre, les maladies présentent en général un risque accru d'évolution plus sévère pour les personnes âgées que pour les plus jeunes et nécessitent aussi un temps de guérison plus long. Parmi les maladies qui entraînent une importante perte d'autonomie, il faut mentionner la démence.

La démence est une maladie liée à l'âge. Le risque de démence augmente de façon exponentielle à un âge avancé (cf. *ibid.* p.109). Il ne s'agit toutefois pas d'un trouble normal de la vieillesse (cf. Perrig-Chiello 2012, p.126). Au début de la démence, au premier stade, les

individus peuvent encore mener une vie autonome dans la plupart des cas, mais ils rencontrent des difficultés à réaliser certaines activités. Ils peinent de plus en plus à assimiler de nouvelles informations et à s'orienter dans des lieux inconnus. Ces altérations sont perçues par les personnes touchées et leur entourage (cf. *ibid.*). Lorsque la démence prend de l'ampleur, elle constitue la cause isolée la plus fréquente de la dépendance aux soins durant la vieillesse (cf. *ibid.*).

2.3. Les conséquences de la fragilisation

Parmi les dimensions de la fragilité figurent des atteintes sensorielles et des troubles physiques, qui entraînent une réduction de la capacité de déplacement. Dans quelle mesure les retraités en Suisse sont-ils touchés et de quels handicaps souffrent-ils ?

Les personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile seraient 7 % à souffrir de légers troubles de la vue et 2 % à être atteintes de fortes déficiences visuelles (cf. Höpflinger 2012b, p.82). Celles âgées de 65 à 69 ans seraient 7 % à connaître des difficultés mineures à importantes à suivre une conversation avec deux autres personnes, et ce même avec un appareil auditif (cf. *ibid.*). Un mal de dos ou l'arthrose peuvent réduire la capacité de déplacement. Les personnes concernées ont du mal à monter des escaliers et ne parviennent plus à faire des gestes de la main nécessitant de la force, comme saisir des objets pesants dans une étagère. De par leurs effets invalidants, les maladies de l'appareil locomoteur sont perçues comme une atteinte subjective importante (cf. Backes/Clemens 2013, p.115). Des problèmes sensoriels et une capacité de déplacement entravée les contraignent à demander davantage de soutien pour accomplir toutes sortes d'activités. En outre, il devient difficile de participer à des activités sociales. Lorsque sa mobilité se réduit et que l'interaction avec son environnement se détériore en raison de troubles de la vue et de l'audition ou des douleurs, un individu se trouve limité dans ses moyens. Cet Etat peut provoquer un sentiment d'incertitude ; la personne ne sait plus si elle pourra encore compter sur son propre corps dans une situation de risque.

Ces nouvelles réflexions sur la transition entre le troisième et le quatrième âge permettent d'élargir comme

suit le tableau brossé jusqu'ici : l'augmentation des atteintes sensorielles, physiques et cognitives provoqué par la fragilisation entraîne une diminution de l'autonomie de la personne concernée. Toutefois, le besoin de rester autonome subsiste.

Plus l'autonomie diminue, plus l'écart devient grand entre l'autonomie réelle et le désir personnel d'autonomie et de sécurité. Il s'agit d'un décalage douloureux. Les possibilités de combler le fossé entre autonomie réelle et autonomie souhaitée seront abordées par la suite. Il sera aussi question des inégalités qui marquent les possibilités de combler ce fossé.

Une étude actuelle, qui souligne l'importance que revêt l'autonomie en faisant l'expérience de la transition du troisième au quatrième âge, est celle réalisée par Graefe et son équipe en 2011. Dans leur analyse sur les normes de la vieillesse et les images que les personnes âgées ont d'elles-mêmes, les auteurs ont constaté que les sondés anticipent tous de façon très similaire le futur passage vers le grand âge, dominé par la dépendance. « La survenance (possible) du besoin de soins, de la décrépitude et de la dépendance est qualifiée, presque sans exception et quelles que soient les variables sociodémographiques retenues, de « fin de la vie », moment sur lequel il n'y a plus grand-chose à dire, si ce n'est qu'on espère qu'il se produira le plus tard possible et que « ce sera vite fini ». Le besoin de soins et une vie dé-

pendante apparaissent comme la fin du soi dans sa représentation valable jusqu'ici. » (Graefe et al. 2011, p.304). Quant aux personnes très âgées, qui bénéficient déjà d'un soutien ambulatoire pour des soins ou vivent dans un établissement médico-social, leurs témoignages portent surtout sur les possibilités qui leur restent d'organiser leur vie de façon autonome. Tant que ces possibilités existent, quelle qu'en soit l'étendue, les personnes interrogées ne se sentent pas encore « vraiment » vieilles (cf. ibid.). Il faut en déduire que l'autonomie et le libre arbitre conservent une grande importance jusqu'à un quatrième âge avancé. En marge de son analyse des trajectoires de vie d'octogénaires, Cavalli (cf. 2012) décrit l'insistance avec laquelle les personnes qui sont entrées dans un établissement médico-social durant la réalisation de l'étude soulignent leur « rôle actif » joué dans la décision de s'installer en institution. Même si, dans ces cas, ce sont principalement l'entourage, le médecin traitant ou les proches qui ont pris la décision de l'entrée en institution, les personnes interrogées affirment avoir pris cette décision tout seules (cf. Cavalli 2012, p.140ss). La partie empirique du présent travail (chapitre 6) exposera comment cette contradiction entre autonomie et recours à l'aide est vécue par des professionnels.

Le prochain sous-chapitre décrira les atteintes dont souffrent les personnes âgées et les formes de soutien auquel elles ont recours.

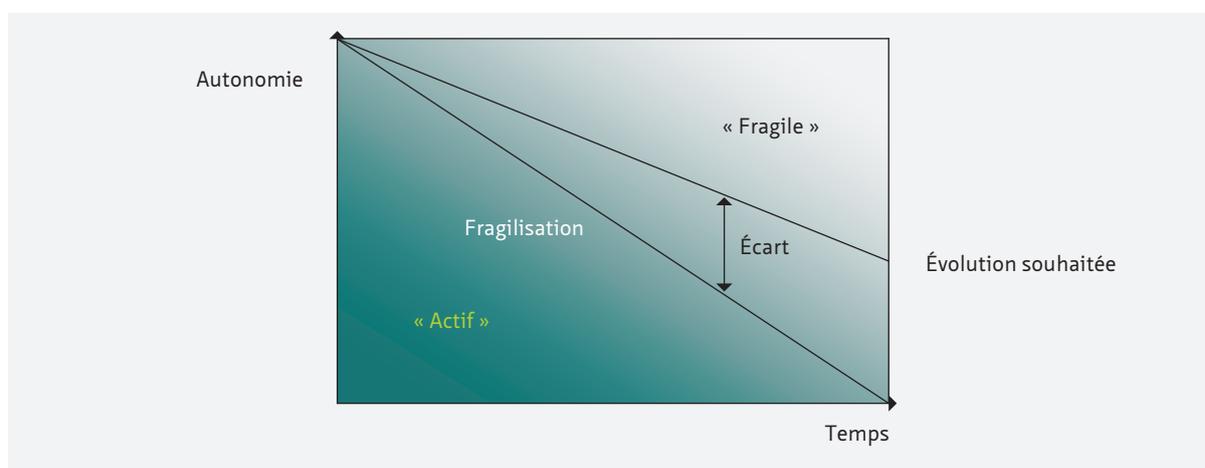


Figure 4 Le processus de fragilisation (propre présentation)

2.4. Les conséquences de la fragilisation : qui a besoin d'aide et en demande ?

L'Enquête suisse sur la santé de 2007 étudie dans quelles activités les personnes âgées de plus de 65 ans qui vivent chez elles sont confrontées à des difficultés et ont recours à de l'aide. Les limitations fonctionnelles et le besoin d'aide sont analysés par rapport aux activités de la vie quotidienne. Les activités de base de la vie quotidienne (ADL, pour *Activities of Daily Living*) englobent, comme déjà mentionné pour l'Etat de dépendance par Lalive d'Épinay et al. : manger, se coucher, s'habiller ou se déshabiller, aller aux toilettes, prendre un bain ou une douche. Parmi les personnes qui vivent dans leur propre ménage, seule une petite minorité dépend de l'aide d'autrui pour accomplir les activités de la vie quotidienne de base (cf. Höpflinger 2012b, p.84). Lorsque des personnes ont besoin d'aide, c'est le plus souvent pour prendre une douche ou un bain : 2,6 % des personnes âgées de plus de 65 ans et 12,1 % des personnes âgées de plus de 85 ans ne peuvent plus le faire seules (cf. *ibid.*). Des difficultés plus importantes que dans les activités de base de la vie quotidienne se manifestent dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL, pour *Instrumental Activities of Daily Living*). Celles-ci comprennent des activités telles que faire des achats et des petits travaux ménagers, préparer des repas ou s'occuper des tâches administratives). En particulier dans le cas d'activités astreignantes, comme faire des achats et des travaux ménagers pénibles ou utiliser les transports publics, les personnes âgées qui vivent dans leur propre ménage dépendent de l'aide d'autrui. Plus d'une personne sur cinq âgée de plus de 65 ans qui vit dans son propre ménage rencontre des difficultés dans une activité instrumentale au moins, ou ne peut plus effectuer cette activité tout seule. Le besoin d'assistance augmente avec l'âge ; dans le groupe des personnes âgées de plus de 85 ans qui vivent dans leur propre ménage, une sur deux ne peut plus effectuer seule au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (cf. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011, p.9 ; Höpflinger 2012, p.87).

Dans la plupart des cas, les personnes âgées ont besoin d'aide dans des domaines étroitement liés à la tenue du ménage, par exemple pour des activités physiques exigeantes, comme la lessive, les travaux de jardinage, le

nettoyage du logement ou les courses (cf. Fluder/Bennett/Riedel/Schwarze 2012, p.68). Il s'agit de prestations qui ne reçoivent aucun financement de la part de l'Etat. A la différence des prestations de soins, les prestations ménagères ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire (cf. Höpflinger et al. 2011, p.99 ; Fluder 2012, p.45). Par conséquent, la transition du troisième au quatrième âge est marquée par un besoin de prestations d'assistance qui, pour un grand nombre d'entre elles, ne sont pas financées par l'Etat. Force est de constater que la qualité de vie durant cette phase de transition dépend dans une très large mesure du revenu et de la fortune à disposition des personnes âgées. En revanche, pour les prestations d'assistance dans les activités de base de la vie quotidienne, comme les soins de base, dont le besoin apparaît en général plus tardivement, tout un chacun bénéficie de la couverture de l'assurance de base obligatoire.

Concernant les difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, Höpflinger, Bayer-Oglesby et Zumbrunn (cf. 2011, p.45) relèvent qu'elles sont corrélées avec le niveau de formation. Les difficultés se révèlent plus prononcées chez les personnes qui n'ont suivi que l'école obligatoire que chez les titulaires d'une formation intermédiaire ou tertiaire. « La capacité de s'acquitter d'activités instrumentales durant la vieillesse dépend de la formation ou des capacités cognitives. C'est le cas dans une très large mesure pour les questions financières, mais aussi quant il s'agit de faire des achats soi-même » (Höpflinger et al. 2011, p.45). Aucune explication n'est donnée pour savoir si cela tient au fait que les personnes mieux formées peuvent bel et bien mieux remplir la déclaration d'impôt ou sont plus enclines à déléguer cette tâche. Cette observation permet d'introduire les prochains chapitres du présent travail. En effet, il n'y a pas que l'âge qui influence l'Etat physique, psychique et mental d'un individu : sa position sociale tient aussi une importance majeure dans ce contexte. Un gradient social se retrouve même chez les personnes âgées. Les personnes âgées qui occupent une position sociale plus favorable présentent un risque moindre de maladie et une espérance de vie plus élevée que les personnes défavorisées (cf. von dem Knesebeck/Schäfer 2009, p.260 ; Backes/Clemens 2013, p.110).

Outre les inégalités sociales dans l'Etat de santé, l'argumentation n'a pas pris en compte jusqu'ici les disparités quant aux possibilités d'organiser sa vie. Les facteurs physiques ne déterminent pas à eux seuls si quelqu'un peut mener un style de vie actif. Il existe ainsi des « jeunes » vieux, certes en pleine forme, mais qui ne peuvent se permettre un style de vie actif que dans une mesure limitée en raison de leurs moyens financiers très restreints. Lorsque les difficultés à concilier éducation des enfants et vie professionnelle deviennent si grandes qu'elles ne permettent pas de se constituer une prévoyance vieillesse suffisante, la cause de cette situation pénible a une origine sociale. C'est pourquoi cette étude veut mettre en lumière les facteurs qui influencent les inégalités sociales durant la vieillesse.

Il est important qu'un modèle théorique permettant d'expliquer les inégalités sociales durant la vieillesse intègre la perspective des parcours de vie, couvre de manière adéquate les différentes dimensions de l'inégalité et puisse établir un lien entre le domaine structurel et le domaine conatif (cf. Clemens 2008, p.27). La notion théorique des conditions d'existence est utilisée pour décrire la situation d'une personne. Les conditions d'existence d'une personne résultent du rapport entre « comportement » et « conditions » (cf. *ibid.*). Ce sont d'une part les actions et les décisions personnelles et, d'autre part, les conditions sociales qui déterminent les conditions d'existence.

En outre, les conditions d'existence d'une personne sont l'expression de l'inégalité sociale qui se développe au fil de tout le parcours de vie d'une personne (cf. Backes/Clemens 2013, p.18). Dans le parcours de vie d'une personne, la situation familiale durant la jeunesse, par exemple, peut ou non ouvrir la voie à une formation et préfigure la position professionnelle atteinte par un individu. Cette position s'accompagne de privilèges et exerce, via le revenu, des effets sur la prévoyance vieillesse qui, un jour, influera sur les conditions de vie durant la vieillesse.

3. Les événements de vie critiques influençant la fragilisation

- 3.1. Événements soudains affectant le corps
- 3.2. Maladie et besoin de soins de l'autre conjoint
- 3.3. Changer de rôle et se séparer de rôles
- 3.4. La perte de parents et d'amis

3. Les événements de vie critiques influençant la fragilisation

La transition du troisième au quatrième âge de la vie est comprise comme un processus de fragilisation qui requiert souvent une adaptation des conditions d'existence et le recours à de l'assistance. Durant la phase de transition, outre le processus physique de fragilisation, d'autres changements surviennent qui sont aussi susceptibles d'avoir des effets sur cette fragilisation. Les ouvrages spécialisés décrivent ces changements significatifs comme des événements de vie critiques. Les événements de vie critiques surviennent souvent à l'improviste et ne concernent que quelques personnes en même temps dans la plupart des cas (cf. Montada 2002, p.42). Ils viennent interrompre le déroulement familier des gestes quotidiens et requièrent des changements dans les schémas de comportement adoptés jusqu'ici. C'est pour cette raison que les événements de vie critiques sont considérés par principe comme une source majeure de stress, qu'il s'agisse d'un événement en général positif, comme la naissance de petits-enfants, ou d'un événement « négatif » venant bouleverser l'existence d'un individu, comme un divorce ou le décès d'une personne proche (cf. Filipp 1995, p.23ss, cité d'après Fauser 2012, p.89). Tous ces événements de vie critiques ne présentent pas de lien direct avec le processus de fragilisation, mais la probabilité de faire face à des événements de vie critiques spécifiques augmente durant la vieillesse. Le présent chapitre décrit des événements dont la probabilité d'occurrence se révèle élevée pour une personne qui se trouve dans la phase de transition du troisième au quatrième âge. En outre, des hypothèses seront formulées sur l'influence qu'exercent ces événements de vie critiques sur le processus de fragilisation.

3.1. Événements soudains affectant le corps

Les accidents se trouvent souvent à l'origine de changements radicaux de la situation de vie des personnes âgées. Ils représentent une cause d'hospitalisation importante (cf. OFS 2012b, p.59). Des événements soudains affectant le corps, comme une chute, se révèlent étroitement liés avec le processus de fragilisation. Les facteurs de risque des chutes sont, d'une part, les problèmes de santé souvent corrélés avec l'âge, comme les difficultés de vision ou des troubles de l'équilibre (résultant de la prise de médicaments, cf. Kickbusch/Ospelt-Niepelt/Seematter 2009, p.127) et, d'autre part,

des conditions d'habitat mal adaptées, avec des seuils et des escaliers dans le logement. En 2012, les chutes étaient la cause de plus de 85 % des accidents chez des personnes de 65 ans et plus (cf. OFS 2012b, p.59). Le risque de chutes et de blessures provoquées par des chutes augmente avec l'avancée en âge. Selon les Statistiques de la santé 2012 de l'Office fédéral de la statistique (cf. 2012b, p.67), 25 % des personnes âgées vivant en ménage privé sont tombées au cours d'une année, près d'un tiers des 25 % même à plusieurs reprises. Environ 10 % des chutes provoquent des blessures (cf. Kickbusch et al. 2009, p.127). En particulier les femmes âgées présentent un risque accru de blessures graves suite à une chute. D'un point de vue médical, les fractures, comme celle du col du fémur qui se révèle fréquente lors de chutes, sont étroitement liées avec l'ostéoporose. L'apparition de celle-ci est favorisée par la dénutrition, le manque d'activité physique et, chez les femmes, par les conséquences de la ménopause. Les femmes très âgées et en situation d'isolement social constituent le principal groupe à risque pour cette combinaison de facteurs (cf. *ibid.*, p.131).

Une chute peut briser l'équilibre fragile de la vie menée jusqu'alors. Après l'accident, le sentiment d'insécurité envahit les victimes à un tel point que l'installation en EMS est envisagée (cf. Lalive d'Epina/Cavalli 2013, p.96). Les chutes ne conduisent pas forcément à l'entrée dans un EMS, mais de nombreux résidents racontent être tombés à plusieurs reprises avant de décider de s'installer en EMS (cf. Lalive d'Epina/Cavalli 2013, p.96). De par le besoin d'assistance qu'elle engendre, une chute peut précipiter le passage vers le quatrième âge.

3.2. Maladie et besoin de soins de l'autre conjoint

Une maladie inattendue ou un besoin de soins croissant chez l'autre conjoint bouleverse la vie de couple. Il faut réduire ou abandonner des activités pratiquées jusqu'alors, le quotidien du couple étant désormais marqué par de nouveaux rendez-vous liés à la maladie, comme des thérapies. Lorsqu'un conjoint tombe malade, les proches apportent souvent leur soutien. Dans la moitié des cas, c'est l'autre conjoint qui se charge des soins (cf. Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010, p.24).

De nombreux proches aidants sont eux-mêmes âgés. « L'âge moyen du conjoint aidant est de 74,5 ans chez les femmes et de 78 ans chez les hommes » (Perrig-Chiello et al. 2010, p.23). Pour les proches soignants, donner des soins au conjoint peut se révéler très éprouvant : cela leur demande beaucoup de temps et d'énergie, a des répercussions négatives sur leur propre santé et les amène, dans de nombreux cas, à faire passer les besoins du conjoint avant les leurs et, par exemple, à négliger leur entourage social (cf. Perrig-Chiello 2012, p.113). Les proches aidants souffrent souvent eux-mêmes de troubles physiques et psychiques et courent un risque accru de tomber malade. Ils présentent aussi davantage de symptômes dépressifs que le reste de la population (cf. ibid. p.150). Dans l'étude *Swiss Age Care*, les proches aidants⁶ jugent leur Etat de santé subjectif moins bon que le reste de la population suisse de référence. Le personnel des services de l'aide et des soins à domicile en contact avec des proches aidants estime aussi que la santé de ces personnes est atteinte (cf. ibid. p.135ss).

Dans les soins donnés aux personnes âgées par des proches (pas seulement par l'autre conjoint), une nette différence apparaît entre les sexes concernant la fréquence des soins. Les femmes représentent deux tiers des soignants, les hommes un tiers (cf. ibid. p.128).

Les conjoints aidants investissent beaucoup de temps et d'énergie dans l'assistance et les soins. Lorsque le besoin de soins prend toujours plus d'ampleur, l'entrée en institution médico-sociale s'impose dans la plupart des cas. Ce changement entraîne une rupture radicale dans la situation de vie des proches soignants. D'une part, ils doivent gérer le placement du conjoint en institution et, d'autre part, réorganiser leur propre quotidien en remplissant le temps libre retrouvé.

3.3. Changer de rôle et se séparer de rôles

Un rôle reconnu dans la société contribue à bâtir sa propre identité, permet de nouer des contacts, amène à structurer ses journées et confère de la reconnaissance à la personne en question. La séparation d'un rôle constitue un événement de vie critique. Si elle peut ap-

porter un soulagement, elle s'accompagne cependant aussi de pertes.

Le temps libre retrouvé après le départ à la retraite offre la possibilité de s'investir dans de nouveaux rôles ou d'intensifier un engagement déjà pris auparavant – comme une fonction dans le cadre d'une activité bénévole post-professionnelle ou l'exercice d'un mandat politique. Toutefois, il faut relativiser ce point de vue dans la mesure où, la plupart du temps, les personnes qui se lancent dans de nouvelles activités bénévoles s'engageaient déjà de façon similaire auparavant. Le chapitre 4.3 s'intéresse de plus près aux conditions sociales requises pour le travail bénévole. Suivant les capacités physiques ou cognitives et la souplesse que requiert un rôle, la transition vers le quatrième âge amène (ou elle force) les individus à se séparer de leurs rôles. La partie empirique du présent travail (chapitre 6.4) analyse plus en détail la manière dont les spécialistes perçoivent et accompagnent la séparation de rôles ou l'installation dans de nouveaux rôles.

Pour de nombreux seniors, la transition vers le quatrième âge induit un changement radical des rôles, par exemple pour les usagers de la route, jusqu'alors autonomes grâce à leur propre véhicule, qui deviennent usagers des transports publics. Suivant le lieu de domicile et sa desserte en transports publics, l'arrêt de la conduite se révèle lourd de conséquences sur la vie quotidienne. Tout d'un coup, les anciens automobilistes ne disposent plus d'un véhicule pour se déplacer tout le temps et partout. Ils doivent utiliser les transports publics, qui ne circulent que sur un réseau bien défini et dont l'arrêt le plus proche n'est accessible qu'à pied. En particulier pour les personnes qui n'ont aucune expérience des trams, des bus ainsi que des horaires et automatismes à billets y afférents, l'utilisation des transports en commun peut susciter des appréhensions. Aux restrictions subies dans la liberté de déplacement s'ajoute, pour certains, la perte du signe extérieur de richesse que représente l'automobile. Un autre changement de rôle, moins perceptible de l'extérieur, revêt surtout de l'importance pour le psychisme. Lorsque les personnes âgées ont soudainement besoin de soutien, ce sont dans la plupart des cas leurs enfants qui s'en chargent. Or, le fait d'avoir besoin, du jour au lendemain, de l'aide

⁶ Outre les conjoint-e-s, ceux-ci comprennent les enfants et les belles-filles.

de son enfant, après l'avoir élevé soi-même et l'avoir soutenu des années durant, peut représenter une véritable rupture. Il s'agit, en quelque sorte, de l'inversion de la relation parent-enfant. Avant même de le réaliser, les parents deviennent ceux qui reçoivent de l'aide de leurs enfants. Suivant les conceptions individuelles des rôles dans la famille, il peut s'avérer très difficile d'accepter du soutien.

3.4. La perte de parents et d'amis

Sur le plan statistique, le risque d'être confronté au décès d'une personne proche, par exemple de son conjoint, augmente avec l'âge. En Suisse, l'âge moyen du veuvage s'élève à 70 ans (69,4 ans pour les femmes et 72,6 ans pour les hommes).⁷ L'épreuve du veuvage touche davantage les femmes que les hommes (cf. Engstler/Tesch-Römer 2010, p.169). Cela tient à l'espérance de vie plus longue des femmes et à la différence d'âge entre les conjoints, fréquente dans la société.

Une nette différence apparaît entre les sexes s'agissant de l'adaptation à la perte du conjoint durant la vieillesse. Les hommes âgés se remarient plus souvent que les femmes après le veuvage ou un divorce. Ils épousent alors souvent une femme plus jeune. Cela signifie que les modes de vie des femmes et des hommes ont tendance à diverger à un âge très avancé. En 2010, 46 % des hommes de plus de 90 ans vivaient en couple, contre 6 % seulement des femmes du même âge (cf. Höpflinger 2013, p.73). Les ménages formés de deux personnes dominent chez les hommes âgés, ceux formés d'une seule personne chez les femmes (cf. Backes/Clemens 2013, p.93).

Outre l'impact émotionnel de la perte, le décès d'une personne proche bouleverse la situation de vie d'un individu. Il n'y a plus d'activités partagées avec son conjoint ; le veuf ou la veuve doit désormais s'occuper de toutes les tâches qui étaient effectuées ensemble ou par le conjoint décédé. En outre, lorsque la personne veuve souffre de premières limitations physiques, elle ne peut plus compter sur le soutien de son conjoint décédé. Des personnes âgées peuvent ainsi devenir dé-

pendantes, en très peu de temps, d'une assistance externe payante. La perte du conjoint va aussi souvent de pair avec une perte de relations avec des connaissances. En particulier lorsque les contacts communs du couple étaient noués ou soignés par le conjoint décédé, le cercle social se rétrécit alors considérablement. La perte de contacts sociaux se traduit par une diminution des activités qui sollicitent aussi une dépense physique. Le manque d'exercice a un effet négatif sur la forme physique et peut, par conséquent, accélérer le processus de fragilisation.

Tout comme le processus de fragilisation, les événements de vie critiques présentent un rapport étroit avec les conditions d'existence des personnes âgées. Un logement adapté permet de réduire dans une très large mesure le risque de chute, et un entourage social intact peut offrir un immense soutien pour surmonter le décès d'une personne proche ou faire face à d'autres événements de vie critiques. Outre les inégalités sociales dans l'Etat de santé, l'argumentation n'a guère pris en compte, jusqu'ici, les disparités quant aux possibilités d'organiser sa vie. Les facteurs physiques ne déterminent pas à eux seuls si quelqu'un peut mener un style de vie actif. Il existe ainsi des « jeunes » vieux, certes en pleine forme, mais qui ne peuvent se permettre un style de vie actif que dans une mesure limitée en raison de leurs moyens financiers très restreints. La présente étude veut à présent mettre en lumière les facteurs qui influencent les inégalités sociales durant la vieillesse. A cet effet, un modèle sera élaboré pour décrire les conditions d'existence d'un individu dans son contexte social et permettre de définir la vulnérabilité comme une condition d'existence particulièrement défavorisée.

⁷ Les données se réfèrent au nombre de veuves et de veufs lors du recensement fédéral de la population de 2000 (cf. Office fédéral de la statistique, Atlas de la vie après 50 ans, veuvage).

4. La situation de vie : une résultante de la dotation en capital

- 4.1. Le capital économique
- 4.2. Le capital culturel
- 4.3. Le capital social
- 4.4. Le capital physique
- 4.5. La conversion des formes de capital

4. La situation de vie : une résultante de la dotation en capital

Un modèle théorique permettant d'expliquer les inégalités sociales durant la vieillesse doit intégrer la perspective des parcours de vie, couvrir de manière adéquate les différentes dimensions de l'inégalité et établir un lien entre le domaine structurel et le domaine conatif (cf. Clemens 2008, p.27). La notion théorique de « conditions d'existence » est souvent utilisée pour décrire la situation et les moyens d'un individu. Les conditions d'existence d'une personne résultent du rapport entre « comportement » individuel et « conditions » sociales (cf. *ibid.*). Ce sont, d'une part, les actions et les décisions personnelles qui déterminent les conditions d'existence et, d'autre part, les conditions sociales qui délimitent la marge de manœuvre dont un individu dispose. Lorsque les difficultés à concilier éducation des enfants et vie professionnelle deviennent si grandes qu'elles ne permettent pas de se constituer une prévoyance vieillesse suffisante, cette situation pénible ne tient pas simplement à une incapacité personnelle, mais elle trouve son origine dans la société. En outre, les conditions d'existence d'une personne sont aussi la conséquence d'une inégalité sociale permanente, qui peut déployer ses effets au fil de tout le parcours de vie d'une personne (cf. Backes/Clemens 2013, p.18). Dans le parcours de vie d'une personne, la situation familiale durant la jeunesse, par exemple, peut ou non ouvrir la voie à une formation et préfigure la position professionnelle atteinte par un individu. Cette position peut s'accompagner de privilèges et exerce, via le revenu, des effets sur la prévoyance vieillesse qui, un jour, influera sur les conditions de vie durant la vieillesse. Il devient ainsi évident que les conditions d'existence des personnes âgées représentent le reflet de leur parcours de vie, la somme de leurs comportements et des conditions dans lesquelles elles ont vécu jusqu'alors.

La théorie des formes de capital, formulée par Pierre Bourdieu, constitue un modèle permettant de considérer l'individu dans sa position sociale et de décrire ses moyens. Elle décrit les conditions d'existence d'une personne comme l'effet de sa dotation en capitaux. C'est grâce à leur dotation en capital que les individus se positionnent dans l'espace social.

Pierre Bourdieu

Pierre Bourdieu (1930–2002) figure parmi les sociologues les plus éminents du 20^e siècle. Fils d'un ouvrier agricole qui deviendra facteur et d'une femme au foyer, il grandit et fréquente l'école dans un petit village du midi de la France, à l'orée des Pyrénées. À l'âge de 18 ans, il s'en va à Paris et intègre le prestigieux lycée Louis-le-Grand. Il fait ensuite des études de philosophie à l'École Normale Supérieure. Après avoir enseigné la philosophie dans un lycée pendant une brève période, Bourdieu est appelé à ses obligations militaires en 1955. Ayant osé critiquer la politique coloniale de la France devant des officiers de haut rang, il est muté en Algérie pour des raisons disciplinaires peu de temps plus tard. L'expérience bouleversante de la guerre d'Algérie provoque chez Bourdieu un basculement de la philosophie vers la sociologie. La situation des Algériens, qui souffrent de la « modernisation capitaliste précipitée et forcée » par la France, ressemble à celle de son village natal reculé (Lempert 2012, p.41). Bourdieu parvient à nouer des contacts avec les autochtones, les soutient comme il peut et dresse le tableau des humiliations subies dans une enquête sociologique de terrain. En 1958, son rapport sur la situation en Algérie devient son premier livre. Lorsqu'il regagne Paris, Bourdieu se consacre en autodidacte à la sociologie, mais il renonce à préparer une thèse ou à obtenir un diplôme. Malgré son ascension dans les principales universités, Bourdieu garde ses distances durant toute sa vie et critique les élites traditionnelles et politiques de son pays (cf. *ibid.* p.27). La recherche de Bourdieu porte sur la vie quotidienne. Il analyse et décrit, parfois de façon très méticuleuse, le style de vie et la position sociale correspondante des individus. Bourdieu explore le rapport entre l'individualité et les paradigmes collectifs (cf. von Thadden o.J.). Il constate que le comportement et le goût d'un individu, ainsi que les attributs choisis en conséquence, comme les vêtements, l'apparence ou les sports pratiqués, sont liés à la situation sociale dont est issue un individu. Le choix des attributs n'est pas seulement déterminé par les moyens financiers dans ce contexte. La formation d'une personne et ses contacts sociaux exercent aussi une grande influence.

Selon Bourdieu, très tôt dans la vie, les individus acquièrent un habitus : une manière de se comporter et

d'interpréter le monde, qui comprend aussi les préférences et le goût propre à une classe mentionné auparavant. L'habitus structure les actes et la perception d'un individu, mais l'habitus lui-même est aussi structuré. Il est conditionné par la situation de vie d'une personne ou, plus précisément, par les trois formes de capital dont elle dispose. Ainsi, le cadre de vie familial depuis toujours se reflète dans le goût d'un individu. Bourdieu en conclut que beaucoup d'individus conservent leur situation sociale, car ils ont inconsciemment tendance à s'entourer de ce qu'ils connaissent depuis toujours (cf. Bourdieu 1979, p.190ss).

Ces trois formes de capital, qui décrivent les conditions d'existence d'un individu et aident à comprendre pourquoi et comment les individus se comportent, constituent le legs scientifique de Bourdieu. Mais qu'est-ce que sont des formes de capital selon Bourdieu ? La notion de capital, empruntée des sciences économiques, se révèle omniprésente. La notion de capital en sciences économiques réduit les rapports sociaux d'échange aux échanges de marchandises dans une intention intéressée et un but de profit. Dans cette logique, même les individus deviennent une marchandise comme « main-d'œuvre » dotée de capital humain.

Pour Bourdieu, il s'agit d'une vision trop étroite (cf. Bourdieu 1983, p.184). Certes, il conserve la notion de capital, mais il lui donne une compréhension plus large que les sciences économiques, telle qu'elle se retrouve dans la tradition classique et marxiste. La dotation économique d'un individu ne détermine pas, à elle seule et en définitive, sa position et ses opportunités dans la société. Dans la lutte pour des positions sociales, la formation et les contacts sociaux d'un individu jouent aussi un rôle important. Avec sa notion de capital qui recouvre le capital économique, culturel et social d'une personne, Bourdieu tente de décrire toutes les formes de l'échange social (cf. *ibid.* p.183ss). Dans ce contexte, Bourdieu (cf. *ibid.*) considère toujours le capital comme un « travail accumulé, dans sa forme matérialisée ou sa forme incorporée ». Du temps ou d'autres investissements permettent d'accumuler du capital. Le capital d'une personne peut se reproduire lui-même, croître et produire des profits (cf. *ibid.* p.184ss). Il marque la position sociale et explique en même temps l'inégalité sociale dans

son intégralité. Les chapitres suivants décrivent les trois formes de capital selon leur définition bourdieusienne, montrent leur développement au fil du parcours de vie et expliquent l'impact de leur intensité durant la vieillesse.

4.1. Le capital économique

Le capital économique constitue la forme de capital la plus familière et comprise en ce sens de la notion depuis longtemps. Dans la pensée de Bourdieu, le capital économique englobe la propriété privée et le patrimoine et s'avère, en principe, facilement convertible en argent (cf. Bourdieu 1983, p.185). Le capital économique s'hérite et se transmet en héritage, mais il s'accroît aussi grâce au propre travail. Plus une personne dispose de capital au départ, meilleures sont les conditions en vue de l'accroître. Il est fréquent que le capital économique constitue la base des autres formes de capital, lorsqu'il est, par exemple, investi dans des relations sociales ou la formation.

Durant la vieillesse, le capital économique provient de trois sources. Le premier revenu, garanti à tous les retraités, est la rente AVS.⁸ Pour les anciens actifs, l'épargne constituée dans la prévoyance professionnelle (« le deuxième pilier ») représente la deuxième source de revenu. La prévoyance professionnelle offre un revenu après le départ à la retraite, que ce soit sous la forme d'une rente, d'un versement partiel ou encore, après avoir prélevé l'avoir épargné auprès de la caisse de pension, sous la forme de fortune. En outre, les retraités aisés disposent du capital acquis, hérité et accumulé avec le temps et touchent un revenu provenant de la troisième source : le rendement de la fortune. Dans la perspective du parcours de vie, le revenu sous forme de rente se révèle stable par rapport au revenu gagné pendant la vie active, dont le montant est sujet à des variations en cas de changement d'emploi ou de chômage. En général, les revenus durant la vieillesse sont inférieurs au revenu gagné pendant la vie active. A la différence des per-

⁸ Le contrat de génération sur lequel elle s'appuie constitue un acquis social et se traduit par une caractéristique particulière du revenu dans la vieillesse. Un individu reçoit de la société un revenu régulier en raison de son âge et de sa sortie du monde du travail rémunéré. Sur le plan historique, la création de la rente de vieillesse a permis de libérer les vieillards des pensions, des aumônes et de l'assistance publique (cf. Pilgram/Seifert 2009, p.12ss).

sonnes plus jeunes, qui peuvent espérer une amélioration de leur situation financière, par exemple après une formation continue ou le départ des enfants du foyer parental, les retraités n'ont guère l'occasion de bénéficier d'une amélioration substantielle de leur situation financière (cf. Pilgram/Seifert 2009, p.79ss).

Il existe une répartition très inégale du revenu et de la fortune chez les personnes âgées. Le découpage en cinq groupes de revenus (quintiles), effectué pour tous les ménages de retraités sous revue dans l'Enquête sur le budget des ménages 2012⁹, permet de mieux rendre compte de ces écarts. Tous les ménages y sont répartis en quintiles en fonction de leur revenu brut. Dans le quintile inférieur, c'est-à-dire le cinquième des ménages aux revenus les plus bas, les rentes représentent 94,6 % du revenu brut. Dans le quintile supérieur, où les revenus sont les plus élevés, les rentes ne constituent que 73,8 % du revenu. La fortune ou la location génèrent 21,5 % du revenu. En chiffres absolus, les revenus bruts moyens s'élèvent à CHF 2'808.– dans le quintile inférieur, contre CHF 11'321.– dans le quintile supérieur.

Le capital économique apporte de nombreux avantages aux personnes aisées. Il leur permet de profiter du temps libre retrouvé après le départ à la retraite et de financer des activités récréatives, de nouvelles expériences et, si nécessaire, des moments de détente. Utilisable des façons les plus diverses, le capital économique leur offre une plus grande liberté de choix en matière d'habitat, de mobilité, de loisirs et de santé. Les avantages de cette liberté de choix se manifestent surtout avec l'apparition des premières atteintes physiques. Les individus possédant peu de capital économique n'ont guère de liberté de choix et dépendent du soutien assuré par leurs relations sociales ou des offres gratuites de soutien.

4.2. Le capital culturel

Le capital culturel désigne le savoir, les aptitudes culturelles et les biens culturels d'une personne. Selon Bourdieu, le capital culturel peut exister sous trois formes :

- Le capital culturel incorporé, donc intériorisé, englobe toute la formation possédée par un individu. Il

présente un lien étroit avec la personne, la distingue et contribue à son identité. La formation est à la fois transmise dans la famille et acquise à l'école. A la différence d'autres formes de capital, il n'est pas possible d'offrir ou de vendre immédiatement un capital culturel incorporé (cf. Bourdieu 1983, p.187). La durée de la formation représente la façon la plus adéquate de mesurer le capital culturel incorporé (cf. *ibid.*).

- Le capital culturel institutionnalisé désigne les titres scolaires ou les diplômes. Grâce à un diplôme, la formation d'un individu peut obtenir une reconnaissance institutionnelle. En tant que capital culturel institutionnalisé, celle-ci prend de la valeur par rapport au capital culturel non institutionnalisé (cf. *ibid.* p.190ss). La valeur d'un diplôme présente un lien étroit avec le gain monétaire qu'elle permet de retirer sur le marché du travail. Sur la forme, les titres sont valables indépendamment de leur titulaire et, dans certains cas, du capital culturel réel de leur titulaire (cf. *ibid.*). Une transmission intergénérationnelle est possible.
- Le capital culturel objectivé représente la troisième forme possible et désigne des biens culturels, livres, tableaux ou instruments, qu'un individu peut posséder ou vendre. Leur propriétaire ne peut les utiliser qu'en lien avec un capital culturel incorporé dans la plupart des cas, c'est-à-dire la capacité de jouer d'un instrument ou de connaître la signification et la valeur d'un tableau.

Le capital culturel d'un individu provient d'une part d'un héritage social. Très tôt et souvent sans s'en rendre compte, des valeurs et des connaissances sont transmises au sein de la famille. Les enfants apprennent à connaître les biens culturels disponibles dans un ménage, par exemple des machines, et se les approprient ainsi de façon symbolique. Plus tard, les appareils ou les instruments seront peut-être aussi transmis dans leur matérialité. Une autre voie pour acquérir du capital culturel mène par des formations plus ou moins établies, ce qui demande d'investir du temps, de l'énergie et aussi de l'argent. La famille et sa dotation en capital jouent un rôle important dans la formation familiale et scolaire. Elle investit son capital culturel et économique dans la formation de l'enfant. Par conséquent, de grandes différences sociales apparaissent lors de la formation post-

⁹ Cf. OFS 2012a, p.10.

obligatoire d'enfants issus de diverses classes sociales. Les familles aux revenus plus élevés et les plus aisées peuvent investir davantage de temps et d'argent dans la formation de leurs enfants et disposent, peut-être, de relations importantes pour améliorer les chances scolaires de l'enfant par rapport aux familles qui n'ont pas assez d'argent ni de temps. Des ressources importantes en capital économique permettent de financer des formations initiales ou continues de qualité et de renom : celles-ci apportent une légitimité institutionnelle à la formation et la possibilité de la mettre à profit sur le marché du travail. Il est ainsi possible de convertir un capital culturel en capital économique.

Plus tard, à la fin de la vie active, il est fréquent que le capital culturel ne déploie plus cet effet. En outre, nombreux sont les cas où le savoir-faire professionnel ne présente plus la même utilité que par le passé et, en conséquence, son détenteur ou sa détentrice ne rencontre peut-être plus la même reconnaissance. Ce n'est qu'en s'engageant dans une nouvelle activité, par exemple dans le bénévolat, qu'un individu pourra encore utiliser son savoir-faire professionnel et recevoir de la reconnaissance. La fin de la vie active peut aussi ouvrir de nouvelles possibilités d'acquérir davantage de capital culturel. Des offres de formation continue invitent les retraités à découvrir de nouveaux centres d'intérêt, ou leur proposent même de retourner à l'université pendant leur vieillesse. La participation à ces formations contribue toutefois à reproduire les inégalités de dotation en capital. Outre le temps disponible et l'argent requis à cet effet, accomplir une formation continue suppose aussi la possession d'un certain capital culturel et des affinités pour l'apprentissage. La participation à des formations continues révèle aussi les différences entre les niveaux de formation dans la société dans son ensemble (cf. OFS 2013a, p.6), et ce, aussi chez les personnes âgées. Une analyse de l'utilisation des offres destinées aux seniors dans 50 hautes écoles en Allemagne a montré que « l'orientation biographique détermine le processus de formation » pour la très grande majorité des participants (Backes/Clemens 2013, p.229).

Le capital culturel d'une personne détermine non seulement ses propres activités de formation, mais aussi

des possibilités de participation sociale en général. Le capital culturel délimite le cadre culturel, et partant social, dans lequel un individu évolue. A titre d'exemple, la fréquentation de manifestations culturelles permet de nouer de nouveaux contacts sociaux, desquels les individus qui ne peuvent pas y participer pour des raisons les plus diverses se trouvent exclus.

Outre ses répercussions sur le capital social, le capital culturel exerce un impact décisif sur l'état de santé. Les comportements favorisant la santé, comme une alimentation saine, les loisirs aux effets bénéfiques sur la santé, ainsi que le recours sélectif à des prestations médicales¹⁰, présentent un lien étroit avec le niveau de connaissances sur les comportements bénéfiques pour la santé, la faculté de comprendre et de mettre en application des informations importantes en matière de santé, ainsi que l'attitude personnelle face à l'activité physique, à l'alimentation et à la santé. D'une part, ces facultés et ces attitudes revêtent une portée préventive en contribuant à améliorer l'état de santé des personnes âgées et, d'autre part, elles aident à composer avec des atteintes de santé et à surmonter des événements de vie critiques. D'après Höpflinger (2005, p.64), les personnes au niveau de formation plus élevé possèdent « davantage de ressources socio-psychiques pour gérer des événements de vie critiques » et sont « mieux placées pour s'adapter activement à des mutations sociales et technologiques rapides ». Ces attitudes et valeurs intériorisées font partie intégrante du capital culturel incorporé d'un individu. A lui seul, l'accès à un savoir théorique spécialisé ne suffit pas pour agir de manière bénéfique pour la santé. Des connaissances pratiques se révèlent souvent indispensables en matière de santé et de maladie, or ce savoir se transmet au sein de réseaux de relations sociales.¹¹ Par conséquent, le capital social représente un facteur d'influence important pour la santé.

4.3. Le capital social

Le capital social désigne « l'ensemble des ressources actuelles et potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institu-

¹⁰ Cf. Abel/Abraham/Sommerhalder 2009, p.191.

¹¹ Cf. Soom Ammann/Salis Gross 2011, p.3.

tionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance » (Bourdieu 1983, p.191). Tôt ou tard, les relations présenteront une utilité immédiate (cf. *ibid.* 193). Les avantages que comporte le réseau de relations sont, d'une part, les expériences agréables et les émotions positives résultant de l'échange social et, d'autre part, la possibilité de tirer parti du capital culturel, social et économique des personnes à l'intérieur du propre réseau. Dans ce contexte, le capital social exerce un effet multiplicateur sur les autres formes de capital disponibles (cf. *ibid.* 194). Devenir membre d'une organisation, par exemple d'une société de gymnastique ou d'une chorale, permet d'entrer en contact avec des personnes exerçant d'autres métiers et offre ainsi la possibilité d'accroître également d'autres formes de capital. C'est l'ami jardinier qui donne quelques conseils pour les roses au détour d'une conversation, aidant ainsi son interlocuteur à préserver son capital économique. Ou les entrées à un spectacle offertes par une comédienne amateur qui contribuent à enrichir ses connaissances culturelles.

Créer ou entretenir un réseau de relations suppose un investissement permanent. Il faut investir du temps et de l'argent, sous forme de visites, de petits services et de cadeaux mutuels, dans l'entretien des relations (cf. *ibid.* p.198). Etant donné que les individus mettent en commun leur capital avec les autres membres de leur réseau, ils attendent une contrepartie. Les nouveaux membres doivent apporter des capitaux attrayants au sein du groupe. Les personnes qui ont beaucoup voyagé peuvent ainsi enrichir une conversation de leurs expériences et récits et devenir un membre intéressant de leur réseau. Selon Bourdieu, ces relations d'échanges échappent à une logique du calcul et des garanties. Elles comportent toujours un certain risque d'ingratitude : le danger existe que l'obligation qui résulte de cette relation d'échanges ne soit pas reconnue (cf. *ibid.* p.198).

En principe, le capital social des personnes âgées ne diffère pas de celui des personnes plus jeunes. Toutefois, la sortie du monde du travail peut entraîner d'importants changements dans les relations sociales. Les contacts quotidiens avec des collègues, autrefois noués de façon aléatoire lors de la prise d'un emploi, se font rares. Dans l'idéal, l'entretien d'autres relations après

le départ à la retraite permet de compenser cette réduction du réseau de relations. La participation à des offres de loisirs ou un engagement en tant que bénévole constituent des moyens efficaces pour nouer et entretenir de nouvelles relations. Grâce au bénévolat, un individu peut acquérir de nouvelles compétences et accroître des capitaux.

A la différence du travail salarié, le bénévolat obéit moins à des formes et se révèle plus ouvert en termes d'accessibilité et plus perméable sur le plan hiérarchique (cf. Nadai 1996, p.68). Par conséquent, des personnes sans diplôme ad hoc, ni capital culturel objectif peuvent aussi y assumer certaines fonctions. Cette ouverture ne doit toutefois pas masquer le fait que le bénévolat ne peut pas non plus garantir l'égalité des chances d'accès à tout le monde. Celles-ci dépendent de la propre dotation en capital. Les fonctions honorifiques, par exemple, reviennent en majorité à des personnes possédant un important capital social, c'est-à-dire un vaste réseau de relations utiles et influentes. Ils disposent d'un carnet d'adresses garni, peut-être de bailleurs de fonds potentiels ou de preneurs de décision du monde politique. Quant au recrutement des bénévoles par l'intermédiaire de contacts personnels informels, il se base aussi sur des critères sociaux très sélectifs. « Tant dans le travail de la base que pour les fonctions honorifiques, les bénévoles tendent à recruter des personnes dans des couches et des milieux sociaux similaires » (*ibid.* p.242).

Les moyens financiers, le temps et l'espace représentent un pré-requis, pourtant souvent négligé, dans de nombreux secteurs d'activités du bénévolat. Beaucoup de bénévoles effectuent des travaux administratifs chez eux, dans leur propre bureau avec leur ordinateur privé, ou ils utilisent leur propre véhicule pour assurer des services de transports (cf. *ibid.* p.61). Au niveau de l'emploi du temps, bon nombre de tâches du bénévolat, comme les services de visite ou de transport, coïncident avec leurs horaires de travail. Cela demande de la disponibilité et de la souplesse de la part des bénévoles. Le départ à la retraite peut procurer cette souplesse, mais pour les retraités comme pour les autres, la disponibilité en temps dépend dans une large mesure de leur situation de vie et de leurs préférences subjectives.

D'un point de vue historique et pas seulement, le bénévolat se trouve entre les mains de la classe moyenne et supérieure et sert aussi à consolider un statut social (cf. *ibid*). En regroupant des études européennes sur le bénévolat (Braun/Röhrig 1987 et 1989 en Allemagne ; Badelt 1985 en Autriche ; Fischler 1990 et Wallimann 1993 en Suisse), Nadai a montré que les bénévoles sont principalement des personnes aux revenus plus élevés, avec un niveau de formation de degré secondaire ou tertiaire, qui vivent en grande majorité dans un ménage familial et ont déjà un certain âge (cf. Nadai 1996, p.19).

Avec l'avance en âge et la fragilisation croissante, ce sont les possibilités d'entretenir des contacts sociaux qui diminuent d'une part, alors que de l'autre, les contacts sociaux gagnent en importance comme soutiens. Les relations sociales sont sollicitées de façon inégale. Fluder et al. (cf. 2012, p.144) ont étudié le réseau de relations de personnes âgées de plus de 70 ans qui vivent encore chez elles, dans les cantons de Berne, d'Argovie ou de Zurich, et qui ont recours à des prestations formelles ou informelles de soins et d'assistance. Les personnes interrogées entretiennent en majorité des contacts avec la famille et des parents et établissent une nette distinction entre les contacts avec des parents, des amis ou des voisins. En particulier lorsqu'il s'agit de discuter d'affaires privées ou de demander de l'aide, les sondés semblent particulièrement sensibles à ces distinctions. Alors qu'une personne sur deux indique pouvoir discuter d'affaires privées avec au moins trois membres de sa famille, seuls 9 % des sondés déclarent en faire de même avec trois voisines ou voisins au moins. Près de deux tiers des personnes sondées ne discutent pas d'affaires privées avec des voisins (cf. Fluder et al. 2012, p.144). Les voisins ne revêtent donc pas la même importance que les conjoints ou les enfants dans le réseau de relations sociales, bien que les seniors entretiennent de bons contacts de voisinage dans la plupart des cas (cf. Höpflinger 2012, p.71). Certains reçoivent du soutien dans la vie quotidienne, par exemple pour effectuer des travaux de jardinage ou faire les courses (cf. Fluder et al. 2012, p.96). Le plus souvent, ce sont des personnes âgées divorcées ou séparées qui demandent de l'aide à leurs voisins pour des actes de la vie quotidienne (cf. *ibid*).

Un changement qui concerne le capital social, en particulier chez les personnes très âgées, en est sa diminution. La perte d'amis intimes, souvent du même âge, touche beaucoup plus souvent des personnes très âgées que des personnes plus jeunes (cf. Höpflinger 2012, p.71).

4.4. Le capital physique

A tout âge, le corps constitue un instrument important pour entrer en contact avec son environnement et pouvoir se servir des autres formes de capital. L'augmentation des atteintes physiques impacte les conditions d'existence d'un individu dans leur ensemble. La transition du troisième au quatrième âge se caractérise par des transformations physiques, le corps devenant chez la personne âgée la dimension qui connaît les changements les plus importants et les plus radicaux (cf. Lalive d'Epina/Cavalli 2013, p.20). Jusqu'à la transition vers le quatrième âge, le corps n'exerce en général qu'une influence faible sur les conditions d'existence. Pour les individus qui n'ont pas été atteints d'une maladie grave plus tôt dans la vie, le quatrième âge marque pour beaucoup de personnes le moment à partir duquel le corps dicte ce qui est encore faisable et avec quelle intensité. Pour ces raisons, les trois formes de capital permettant d'examiner les conditions d'existence d'un individu et décrites par Bourdieu sont complétées du capital physique.

Bourdieu s'intéresse aussi au corps dans la description des styles de vie. Il analyse l'utilisation de la beauté physique (cf. Bourdieu 1979, p.227) et constate que l'appartenance à une classe sociale conditionne le type de rapport qu'un individu entretient avec son corps et détermine les usages, notamment sportifs, qu'il en fait (cf. *ibid*. 222ss). Bourdieu désigne le corps comme le moyen de distinction sociale, mais il ne parle pas explicitement de capital physique (cf. Schroeter 2009, p.164).

Dans ce travail consacré à la vieillesse, le capital physique représente une forme de capital à part entière qui, comme les autres formes de capital, détermine les conditions d'existence d'un individu. Le capital physique correspond à une ressource physique, psychique et cognitive. Il désigne à la fois les jambes encore aguerries, la vision intacte, la souplesse mentale et la santé psy-

chique. Le corps participe à déterminer les possibilités d'un individu et la position sociale. Au sens de la théorie de l'habitus de Bourdieu, il est possible d'utiliser le corps comme capital physique afin de réaliser des gains. Un gain possible consiste en l'appartenance à un groupe intéressant. Comme dans le cas d'autres formes de capital, il faut souvent investir du temps et d'autres moyens à cet effet. Par exemple, l'exercice physique ou des traitements cosmétiques permettent d'investir dans le corps. C'est à travers son corps qu'un individu s'exprime ; son corps dénote la forme de vie qu'il recèle (cf. Reich 2013, p.276), et les personnes sont perçues comme « jeunes » ou « vieilles ». Plus le propre capital physique se rapproche des conventions sociales, plus il permet de réaliser des gains.

Aujourd'hui, la pratique d'activité (physique) durant la vieillesse est très valorisée et correspond à une attente de la société. Les retraités qui pratiquent encore une activité physique suscitent l'admiration. A la suite de cette revalorisation de l'activité, les individus investissent davantage dans leur corps qu'auparavant. Cela signifie aussi que les attentes à l'égard du corps sont plus élevées (cf. ibid. 259). Plus le corps vieillit, plus il est probable qu'un décalage apparaisse entre ce que le corps semble signaler à l'extérieur et l'Etat de santé d'un individu. Klaus Schroeter aborde le thème du corps durant la vieillesse et le risque d'exclusion sociale qui peut découler de la diminution du capital physique. En raison de l'idéal très répandu du « bien vieillir » et de l'obligation y afférente de pratiquer une activité, de se détendre et de rester en forme, les individus souhaitant échapper à ces contraintes ou ne pouvant pas (ou plus) y faire face courent le risque d'être exclus (cf. Schroeter 2007, p.142ss).

4.5. La conversion des formes de capital

Le capital peut être accumulé et converti. Dans chaque cas, il faut prendre en compte à la fois le temps de travail accumulé sous forme de capital et le temps de travail nécessaire pour le transformer d'une sorte en une autre sorte (cf. Bourdieu 1983, p.196). Selon Bourdieu, le capital culturel ou social s'appuie sur le capital économique. Le capital culturel ou social ne peut déployer son effet qu'en dissimulant son origine économique. Les relations, par exemple, sont produites et reproduites

par des cadeaux mutuels, des petits services et des visites et excluent catégoriquement la logique du calcul et des garanties. Les investissements dans la relation sont dissimulés par les acteurs. Cette dissimulation comporte aussi toujours un risque d'érosion, par exemple le risque d'ingratitude dans les relations : le danger existe que l'obligation qui résulte de cette relation d'échanges ne soit pas reconnue (cf. ibid. p.198). La répartition inégale du capital, que Bourdieu appelle la « structure du champ entier », détermine la valeur des formes de capital respectives. Un titre scolaire, par exemple, est le produit de la transformation de capital économique en capital culturel. La valeur culturelle du titre dépend de la valeur monétaire contre laquelle il peut être échangé sur le marché du travail (cf. ibid. p.191). Dans l'optique de la théorie du capital, l'investissement dans la formation n'est pertinent que si la conversion inverse de la transformation initiale de capital économique en capital culturel est garantie au moins en partie (cf. ibid.).

La conversion des formes de capital obéit à des conditions diverses. L'argent provenant du capital économique sert à un investissement unique, par exemple dans un moyen auxiliaire comme une canne, et reste ensuite lié à cette forme. Le propre savoir, c'est-à-dire le capital culturel incorporé, est en quelque sorte enregistré et peut être utilisé de manière répétée, par exemple comme des connaissances sur les comportements bénéfiques à la santé.

Des liens étroits existent entre les différentes formes de capital. A titre d'exemple, une bonne dotation économique a un effet direct sur le capital physique d'un individu. En plus d'accroître la satisfaction de vivre, il est prouvé qu'un capital économique important prolonge l'espérance de vie d'une personne. Plusieurs études ont démontré que les personnes aisées vivent plus longtemps que les plus pauvres. « Les inégalités sociales en matière d'espérance de vie se sont plutôt accrues que réduites au cours des dernières décennies » (Höpflinger 2005, p.67). Le capital économique ne peut être converti directement en santé, mais il existe des offres variées pour utiliser le capital économique de manière bénéfique pour la santé. Grâce à des exercices de fitness, des appareils de sport, des massages ou des week-ends de

remise en forme, il peut procurer davantage de bien-être et un meilleur Etat physique. Le capital économique permet de compenser les déficits qui apparaissent avec le déclin des capacités physiques. En cas de troubles de l'audition, l'argent investi dans un appareil auditif peut atténuer une détérioration des capacités auditives. En l'espèce, le capital économique compense un déficit apparaissant au niveau du capital physique. Toutefois, il est rare qu'une conversion puisse remplacer entièrement une autre forme de capital.

Le capital culturel est aussi utilisé pour promouvoir la santé. Des connaissances sur une alimentation saine exercent un effet positif sur la santé – mais, hélas, seulement à condition de disposer d'un capital économique suffisant sous forme d'argent et de temps afin de mettre en pratique ces connaissances. Il en va de même pour la pratique d'activités physiques bénéfiques pour la santé. Les relations sociales représentent un facteur favorisant. Il est plus agréable de se promener à deux que tout seul, et lorsque d'autres amis attachent aussi de l'importance à une alimentation équilibrée, il est en général plus facile de tenir ses bonnes résolutions.

Une personne utilise en permanence son capital culturel pour s'orienter au quotidien. La communication permet de cimenter des relations et d'obtenir des informations. En connaissant bien les possibilités existantes dans une société, il est plus facile de les utiliser.

Le présent travail s'intéresse aux possibilités de transformer une forme de capital existante afin de compenser des déficits dans une autre forme de capital. Une bonne dotation en capitaux durant la vieillesse correspond à des conditions d'existence caractérisées par une bonne prévoyance vieillesse, résultant d'une formation de qualité, puis d'une situation professionnelle stable et bien rémunérée, ainsi que par un réseau solide de relations sociales et une bonne santé physique et psychique. La bonne dotation en capitaux permet, surtout en présence d'un capital économique suffisant, d'élargir les possibilités de retarder le processus de fragilisation par la prévention d'une part, et, d'autre part, de réagir à ce processus en cas d'atteintes et de financer des moyens auxiliaires compensatoires et des soutiens.

A quoi ressemble la situation des personnes moins aisées et confrontées à des conditions de vie plus difficiles ? Plus la dotation en capital d'un individu présente des lacunes, moins celui-ci a de moyens de réagir à des événements imprévus sans en subir de dommages. Cette fragilité est décrite par le terme de vulnérabilité.

5. La vulnérabilité

- 5.1. Pauvreté ou faible dotation en capital économique
- 5.2. Manque de formation ou faible dotation en capital culturel
- 5.3. Isolation ou faible dotation en capital social
- 5.4. Fragilité ou faible dotation en capital physique
- 5.5. Les personnes vulnérables dans la vieillesse

5. La vulnérabilité

Au sens premier, le terme de vulnérabilité désigne le fait d'être exposé aux blessures. En médecine, il est utilisé pour décrire la fragilité face à certaines maladies. Dans le présent travail, la notion de vulnérabilité est comprise dans un sens plus large. Elle comprend non seulement la fragilité physique et psychique d'un individu, mais aussi sa vulnérabilité économique et sociale.

Les individus sont, par définition, vulnérables à maints égards. La vulnérabilité se manifeste à des degrés divers suivant la personne et la situation de vie. La difficulté consiste à définir avec précision la vulnérabilité d'un individu. Des individus peuvent être considérés comme vulnérables lorsqu'ils présentent un risque important de se retrouver dans des conditions d'existence difficiles et qu'ils ne sont pas en mesure d'y réagir de manière adéquate.

Face à des conditions d'existence difficiles, un individu répond en faisant appel à ses ressources. Il peut s'agir de ressources tant internes qu'externes. Par conséquent, il est aussi possible de voir la difficulté de réagir à des inégalités comme un déficit des capacités de mobiliser les ressources nécessaires en quantité suffisante. C'est pourquoi la notion de vulnérabilité en œuvre dans le cadre du présent travail s'appuie sur la théorie des formes de capital de Pierre Bourdieu. Les ressources dont sont dotés les individus sont interprétées comme diverses formes de capital dans cette théorie. En conséquence, des conditions d'existence difficiles se caractérisent par une faible dotation en formes de capital. Une situation financière précaire (peu de capital économique), l'absence de relations apportant leur soutien (peu de capital social), un bas niveau de formation, le manque de compétences culturelles et des stratégies peu efficaces pour faire face à la situation (peu de capital culturel), ainsi que des atteintes physiques importantes (peu de capital physique) représentent des causes des conditions d'existence difficiles, qui risquent de s'additionner entre elles. Dans le présent travail, la vulnérabilité est comprise comme le cumul d'une faible dotation en capital. Pour limiter et éliminer la vulnérabilité, l'accent est mis ici sur le renforcement des formes de capital existantes et la compensation de lacunes dans une forme de capital par une autre.

La théorie de Bourdieu aide à intégrer la vulnérabilité d'une personne dans un contexte social. D'une part, il est possible de considérer la situation d'un individu avec sa dotation en capital et, de l'autre, le capital se trouve toujours dans une interaction sociale et constitue l'expression de conditions structurelles. Le capital économique d'une personne âgée dépend des régimes de l'Etat social, comme du système de rentes. Quant au système de formation, il contribue à façonner le capital culturel. Les contacts sociaux se créent dans un cadre produit par la société, comme les quartiers, les communes ou des activités de loisirs. La santé des individus présente aussi un lien étroit avec la société. D'une part, il existe un besoin d'infrastructures de prévention et de soins. D'autre part, la société, elle aussi, se trouve à l'origine des facteurs environnementaux nuisibles, comme la pollution de l'air, le bruit ou l'eau potable impure. Ce sont en particulier les personnes disposant d'une faible

Pro Senectute et la vulnérabilité

La commanditaire de cette étude, Pro Senectute Suisse, dispose d'une longue tradition dans l'action sociale gérontologique et est un acteur important dans la lutte pour l'amélioration de la situation des personnes âgées. Afin de mettre l'accent sur les personnes ayant un important besoin d'assistance et d'aide, la fondation a décidé d'axer (encore davantage) ses activités sur les personnes vulnérables. Le contrat de prestations entre l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et Pro Senectute Suisse pour les années 2010 à 2013 demandait pour la première fois à la fondation de fournir toutes ses prestations « en tenant particulièrement compte des groupes cibles vulnérables », tels que les personnes âgées touchées par la pauvreté, les personnes âgées isolées, les migrantes et les migrants âgés, les personnes très âgées, les personnes en transition entre leur propre logement et un home pour personnes âgées (cf. CDF 2012, p.6). Cette orientation est aussi retenue dans le contrat de prestations actuel, pour les années 2014 à 2017.

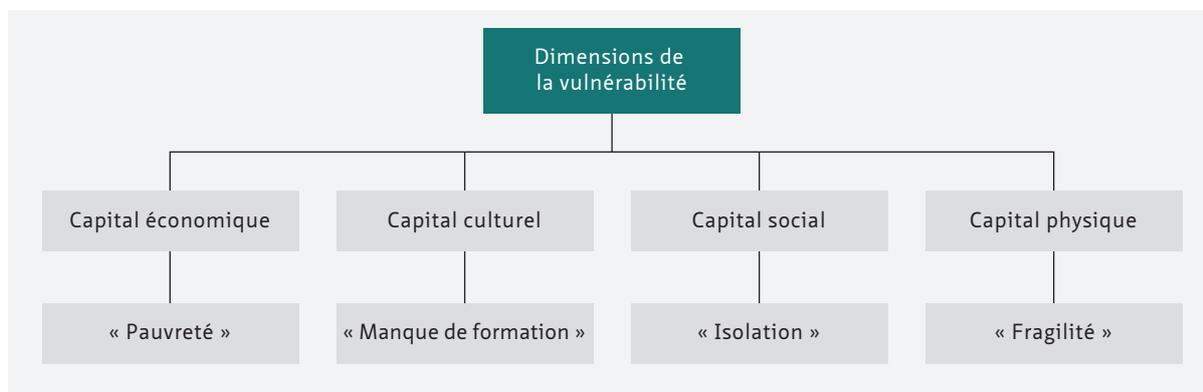


Figure 5 Graphique en référence à la théorie des formes de capital de Pierre Bourdieu

dotation en capital qui dépendent des réglementations Etatiques.

Les dimensions de la vulnérabilité peuvent s'accumuler et, si ce n'est pas le cas, elles sont souvent étroitement liées. Les personnes possédant peu de capital économique doivent se replier sur des logements moins bien pourvus, ce qui, conjugué aux atteintes physiques, restreint la qualité de vie et les possibilités de participation sociale. Une faible dotation en capital culturel augmente l'appréhension à participer à des manifestations culturelles ou des formations et réduit ainsi une possibilité d'acquérir du capital social. Dans le modèle présenté ci-dessus, les déficits sont décrits au moyen de substantifs. Ils sont mis entre guillemets, car ces mots-clés ne permettent pas de décrire toute la complexité du déficit en capital. Le déficit en capital culturel ne se borne pas à un manque de formation dans son acceptation générale. Les quatre sous-chapitres suivants décrivent quels sont les facteurs qui caractérisent ces déficits en capital et leurs effets sur l'existence d'un individu. A l'aide d'autres études, le présent travail regroupe les catégories de personnes qui présentent un risque accru de déficits dans les différentes formes de capital durant la vieillesse.

5.1. Pauvreté ou faible dotation en capital économique

La situation économique durant la vieillesse est étroitement liée au parcours professionnel d'un individu. La durée de la vie active et la hauteur du revenu déter-

minent le revenu et la fortune disponibles durant la vieillesse. Le capital économique durant la vieillesse provient de trois sources : la rente de vieillesse de l'AVS, la prévoyance professionnelle et, pour les personnes plus aisées, du rendement de la fortune. Afin de mieux comprendre les incidences économiques, la partie suivante décrit ces trois sources dans le détail, en sachant que l'épithète « pauvre » désigne, dans la plupart des cas, l'absence des deux dernières sources en question.

15,3 % des retraités ne peuvent compter sur les deux dernières sources de revenu : pour eux, l'AVS représente même, avec d'éventuelles prestations complémentaires ou allocations pour impotents, l'unique source de revenu (cf. OFS 2014, p.10). Une nette différence entre les sexes apparaît dans ce contexte, car cette situation concerne 21,8 % des femmes, contre 8 % des hommes. L'AVS ne suffit pas à couvrir le minimum vital (cf. Balmer 2011, p.282ss). Lorsque le revenu déterminant se révèle inférieur au montant donnant droit à une rente maximale ou que le nombre requis d'années de cotisation n'est pas atteint, la personne concernée ne perçoit qu'une rente AVS « réduite » par rapport à la rente maximale.

La **prévoyance professionnelle obligatoire**, aussi appelée deuxième pilier, représente une source de revenu pour 42,6 % des retraités (cf. ibid.). Seules les personnes qui gagnent un salaire correspondant à deux tiers au moins de la rente AVS maximale sont assurées dans la prévoyance professionnelle. « Les personnes qui, soit ont dû travailler dans un secteur à bas salaires le plus clair

de leur vie active, soit n'ont pas pu exercer une activité lucrative pendant une période prolongée pour cause de chômage, de travail familial, de maladie ou d'invalidité, ne disposent que de possibilités de prévoyance très limitées » (Balmer 2011, p.287ss).

Il n'existe que peu de données statistiques sur la **fortune** des personnes âgées (cf. OFS 2012a, p.10 ; OFS 2014, p.5). Ce qui est établi, c'est que la vieillesse représente la phase de la vie durant laquelle le fossé entre riches et pauvres se creuse le plus. Les inégalités déjà existantes dans la dotation financière et la position sociale se multiplient au fil de la vie et s'accroissent après le départ à la retraite. Les revenus de la fortune ou de la location présentent une répartition beaucoup plus inégalitaire parmi les ménages des rentiers que parmi ceux des personnes actives (cf. OFS 2012a, p.26). Le coefficient de Gini, qui rend compte des inégalités, affiche des valeurs très élevées pour le revenu primaire (la somme des revenus du travail et des revenus de la location et de la fortune de tous les membres d'un ménage) des ménages des rentiers (de 69 à 78,3 %, contre 29,7 à 33,7 % pour les personnes vivant dans un ménage actif ; cf. OFS 2012a, p.26). En d'autres termes : rares sont ceux qui tirent un revenu de leur fortune mais, le cas échéant, il s'agit de montants considérables. Les successions viennent encore accroître le rendement de la fortune. C'est à partir d'un âge de 50 ans et plus que la probabilité de recevoir un héritage se révèle la plus élevée. Sur l'ensemble des successions en l'an 2000, les retraités en ont reçu près d'un tiers (28 %) et le groupe des 50 à 64 ans plus d'un tiers (37 %) (cf. Stutz/Bauer/Schmugge 2007, p.242).

Lorsque le revenu se révèle insuffisant à cause d'une rente trop maigre et faute de recettes supplémentaires, il est possible de demander des **prestations complémentaires (PC)**. En 2012, la proportion de bénéficiaires de prestations complémentaires parmi les rentiers AVS s'élevait à 12 % (cf. OFAS 2013a, p.2). Les prestations complémentaires aident à combler les lacunes financières occasionnées par des rentes qui, souvent, ne suffisent pas à couvrir les besoins vitaux. Pour environ un huitième des rentiers AVS, les prestations complémentaires revêtent une importance essentielle : sinon, ces personnes seraient dépendantes de l'aide sociale (cf. Bal-

mer 2011, p.288). Le besoin de prestations complémentaires varie beaucoup en fonction de l'âge. La proportion de bénéficiaires de PC augmente avec l'âge. Alors que 9,7% des « jeunes » rentiers (de 65 à 79 ans) touchent des PC à l'AVS, la proportion de bénéficiaires de PC passe à 18,9 % parmi les octogénaires et à 25 % parmi les nonagénaires (cf. OFAS 2013b). Cela tient au besoin croissant de soins et d'assistance et à la probabilité grandissante d'une entrée dans un home, ce qui conduit à une forte hausse des dépenses. De nombreuses personnes ne peuvent plus assumer les taxes de home par leurs propres moyens (cf. OFAS 2013a). « Au prix de l'hébergement, il faut souvent ajouter les frais de soins et d'encadrement. Une partie de ces dépenses est remboursée par les caisses-maladie, mais plus de la moitié des résidents ont besoin des PC pour couvrir la partie qui ne l'est pas. » (OFAS 2013a, p.15). Le montant moyen des PC versées varie selon la situation de logement : alors que les bénéficiaires seuls vivant à domicile touchaient en moyenne CHF 901.- de PC à l'AVS par mois en 2012, les personnes vivant dans un home avaient besoin de CHF 3'100.- francs en moyenne, soit trois fois plus (cf. OFAS 2013a, p.15).

Comme déjà indiqué, la moitié des résidents des homes est tributaire de prestations complémentaires : celles-ci permettent de financer leur séjour dans un EMS. A quoi ressemble la situation des personnes en transition entre le troisième et le quatrième âge, lorsqu'elles dépendent de soutien mais veulent et peuvent encore vivre à domicile ? L'assurance-maladie prend en charge les soins de traitement et de base ordonnés par un médecin. Par contre, l'assistance, la surveillance et l'aide ménagère nécessaires qui dépassent ce cadre doivent être financées avec d'autres ressources. Si les propres moyens ne suffisent pas à cet effet, les prestations complémentaires remboursent aussi les dépenses liées à la maladie et au handicap. Elles couvrent, entre autres, les dépenses occasionnées par les soins et l'assistance à domicile. Ces frais ne sont pris en charge que jusqu'à concurrence de CHF 25'000.- par an pour une personne seule vivant à domicile et de CHF 50'000.- par an pour un couple. Cela correspond à CHF 2'080.- par mois pour une personne seule. Cela permet de financer une aide ménagère de temps à autre en plus des frais de soins médicaux. Par contre, dès qu'une personne a besoin

d'assistance pendant plusieurs heures par jour en plus des soins médicaux, cette prise en charge des frais ne suffit plus. En outre, la personne doit aussi payer d'autres prestations par ses propres moyens, comme les repas livrés ou les services de transport pour faire les courses ou se rendre à des rendez-vous.

Les PC couvrent non seulement des recettes manquantes, mais aussi des dépenses importantes. Outre les dépenses considérables pour l'assistance et les soins, des situations individuelles peuvent engendrer des frais qui ne sont pas couverts par les prestations complémentaires standardisées en raison du système. Cela concerne par exemple l'achat de moyens auxiliaires, comme des lunettes ou des moteurs de fauteuils roulants, ou le coût des mesures de réaménagement du logement (cf. Pilgram/Seifert 2009, p.59ss). Outre la charge financière toujours plus lourde résultant des frais de maladie, c'est le risque de décès d'un des conjoints qui augmente pour les couples âgés. La charge financière repose alors sur les épaules d'une seule personne, et celle-ci ne pouvant plus compter sur le soutien de son conjoint. Cela se retrouve aussi dans les statistiques : 5,7 des personnes mariées touchaient des prestations complémentaires à la rente AVS en 2012. Par contre, 27,5 % des personnes divorcées ou séparées et 17,8 % des personnes veuves bénéficiaient de prestations complémentaires à la rente AVS (cf. OFAS 2013b, p.5).

Pour finir, la partie ci-après s'attache à déterminer les groupes plus défavorisés sur le plan financier. Dans la prévoyance professionnelle, ce sont les personnes appartenant à une catégorie socioprofessionnelle basse, exerçant des petits temps partiels ou présentant des interruptions de carrière qui sont défavorisées. A cet égard, les femmes se trouvent souvent dans une position défavorisée. Elles travaillent davantage dans des secteurs à bas salaires, comme le commerce de détail ou le système de santé. En raison de la maternité ou de soins prodigués à des parents, elles travaillent à temps partiel ou présentent des interruptions de carrière. Elles sont donc surreprésentées dans le groupe de personnes qui ne disposent pas de prévoyance professionnelle ou qui ne reçoivent qu'une petite rente AVS. Les femmes touchent en moyenne deux fois moins d'argent du deuxième pilier que les hommes (cf. OFS 2013b, p.32).

Les étrangers constituent un deuxième groupe défavorisé. Beaucoup d'entre eux travaillent dans des secteurs à bas salaires. Leur situation de prévoyance est marquée par un revenu faible et des lacunes de cotisation. Les lacunes de cotisation diminuent le montant de la rente AVS. Il s'avère aussi que la proportion de bénéficiaires de PC à l'AVS est plus importante parmi les retraités étrangers que parmi les retraités suisses. En 2012, celle-ci s'élevait à 23,7 % parmi les retraités étrangers, contre 11 % parmi les retraités suisses (cf. OFAS 2013b). Le taux d'aide sociale dans le groupe d'âge 65 ans et plus apporte aussi un indice sur l'absence de prévoyance vieillesse dans la population étrangère. Selon une enquête de l'Office fédéral de la statistique pour mesurer l'intégration de la population issue de la migration, ce taux s'avère six fois plus élevé dans la population étrangère que dans la population suisse (cf. OFS 2013c).

Les prestations complémentaires ont fait leurs preuves comme moyen d'assurer le minimum vital qui n'est pas garanti par les rentes AVS. Une analyse des demandes d'aides financières individuelles chez Pro Senectute a permis de mettre en évidence des constellations où des retraités se retrouvent dans des situations de détresse en dépit de prestations de transfert versées par l'Etat (cf. Pilgram/Seifert 2009, p.59). Il existe des groupes de rentiers qui sont exclus du droit à des prestations en cas de besoin. Les raisons de l'exclusion sont : un revenu tout juste supérieur au seuil, la prise en compte de revenus hypothétiques à cause d'un dessaisissement de fortune et des délais de carence.¹² Les personnes disposant d'un revenu qui dépasse tout juste la limite du droit aux prestations complémentaires sont victimes des effets dits « de seuil » : notamment des revenus provenant des trois piliers l'est. Une rentière qui reçoit des prestations complémentaires ne doit pas les déclarer comme revenu aux impôts. Une autre rentière dispose d'un revenu, composé d'une rente AVS et d'une rente LPP,

¹² Les étrangères et étrangers doivent avoir habité de manière ininterrompue pendant dix ans avant de percevoir des PC (délai de carence). D'autres règles sont applicables aux ressortissantes et ressortissants de pays avec lesquels la Suisse a conclu une convention sur les assurances sociales. Un délai de carence de cinq ans fait foi dans le cas de réfugiés reconnus ou de personnes apatrides (cf. Riemer-Kafka/Ueberschlag/Beeler 2013, p.337).

qui se situe juste au-dessus la limite du droit aux prestations complémentaires. Son revenu provenant de l'AVS et de la LPP est imposable. Dans certaines circonstances, il se peut que son revenu disponible après déduction des impôts soit inférieur à celui de la bénéficiaire de PC (cf. Pilgram/Seifert 2009, p.63). Pour les personnes autour de ce seuil, une petite différence de revenu brut entraîne finalement une grande différence au niveau du revenu disponible.

Un autre groupe à risque comprend les personnes mal informées, qui ne connaissent pas leurs droits et ne peuvent ou ne veulent pas les faire valoir. Comme les PC sont octroyées sur demande, il existe des personnes qui n'en bénéficient pas. Le taux de non-perception désigne le pourcentage des ayants droit potentiels aux PC qui ne font pas valoir leurs droits y relatifs. Ce taux varie très fortement en fonction des diverses estimations existantes. Selon l'étude sur la pauvreté de 1997 menée par Leu et al., les hommes éprouvent plus de difficultés que les femmes à faire valoir leur droit, et les étrangers y renoncent plus souvent que les Suisses (cf. ibid. p.40). « Les raisons de cette non-perception sont complexes et vont au-delà des problèmes d'information et de passivité. Une étude menée en Suisse romande a démontré qu'outre certaines valeurs et conceptions de la vie (comme la frugalité, la responsabilité personnelle ou le sens du devoir), les sentiments de honte, les craintes de stigmatisation et les ressentiments envers les autorités ou les démarches administratives peuvent jouer un rôle. » (Pilgram/Seifert 2009, p.40). Ces conceptions de la vie pourraient provenir d'un effet de cohorte, et il est probable que la prochaine génération de retraités craigne moins de faire valoir son droit. Pourtant, même si ces appréhensions devaient diminuer, le problème du manque d'informations subsistera. Pilgram et Seifert (cf. 2009, p.40) relèvent en particulier le fait que 15 % seulement des dépenses annuelles en PC servent au remboursement de frais de maladie et d'invalidité. De nombreux bénéficiaires de PC ne réclament jamais le remboursement de leurs dépenses de santé. Les personnes qui, en raison de revenus excédentaires, n'ont pas droit à des PC, ont aussi droit au remboursement, par les PC, des frais de maladie et d'invalidité qui dépassent la part des revenus excédentaires (cf. art. 14, al. 6 LPC).

Pour réclamer le remboursement des frais de maladie, il faut collecter les factures payées et les envoyer au service compétent en la matière. Cette tâche peut, dans certains cas, représenter un obstacle de taille pour les personnes concernées ou leurs proches. Tout d'abord, ils doivent être au fait de la possibilité de remboursement et de son déroulement et, ensuite, ils doivent pouvoir suivre toutes les étapes pour ce faire. Ici apparaît une imbrication des formes de capital. Un individu possède-t-il assez de capital culturel pour être capable de renvoyer les justificatifs en question ? Ou peut-il utiliser son capital social et déléguer cette tâche à quelqu'un ? Les importantes différences entre les cantons s'accroissent aussi en matière de remboursement et sur le plan du taux d'utilisation global. Au même titre que l'octroi des prestations complémentaires qui incombe aux cantons, il appartient aussi à ceux-ci d'assumer et de mettre en place leur devoir d'information prévu par la loi (art. 21, al. 3 LPC). Les chances de recevoir des informations de qualité, compréhensibles et accessibles à tous sur les prestations complémentaires et leurs démarches administratives varient donc beaucoup en fonction du canton de domicile d'un individu.

5.2. Manque de formation ou faible dotation en capital culturel

Une faible dotation en capital culturel se distingue par des connaissances restreintes, de faibles compétences linguistiques, un manque de techniques culturelles comme des difficultés de lecture (capital culturel incorporé), ainsi que par une formation peu qualifiante ou non reconnue en Suisse (capital culturel institutionnalisé). La troisième sous-forme de capital culturel, la possession de biens culturels, ne revêt guère d'importance dans le cadre du présent travail et n'est donc pas abordée en particulier dans ce sous-chapitre.

Les conséquences de déficits de capital culturel durant la vieillesse se répercutent sur les domaines de la vie les plus divers. Un manque de capital culturel institutionnalisé se traduit surtout par des conséquences négatives sur les débouchés professionnels, lesquels se reflètent dans le revenu et la prévoyance professionnelle.

La capacité à comprendre une langue et à l'utiliser à bon escient fait partie du capital incorporé. La communica-

tion représente la base pour entrer en relation avec son entourage social et s'orienter dans la vie quotidienne. Outre la communication orale, la communication écrite se révèle indispensable dans tous les domaines de la vie quotidienne en Suisse. La capacité à comprendre l'écrit et à l'utiliser de façon adéquate en interaction avec les membres de la société est indispensable (cf. OFS 2006). Outre pour entretenir des relations sociales, le langage devient essentiel lorsque quelqu'un a besoin de soutien externe. En effet, des connaissances sont nécessaires pour savoir à quel service la personne cherchant de l'aide doit s'adresser. Des compétences culturelles sont aussi requises pour la prise de contact avec des services officiels. La personne doit pouvoir formuler sa demande et comprendre la réponse. Les visites chez le médecin représentent un défi particulier sur le plan de la communication. Le patient est-il en mesure de comprendre le diagnostic posé par le médecin et d'également lui demander des précisions en cas de doutes ? Les personnes allophones, en particulier, peuvent avoir du mal à exprimer leurs attentes et à comprendre les réponses et manquer de courage pour demander des précisions en cas de problèmes de compréhension.

Lorsqu'il s'agit de faire valoir son droit à des prestations financières, par exemple de s'annoncer pour la rente AVS ou des prestations complémentaires, le déficit linguistique ne représente pas le seul obstacle : le manque de connaissances sur le droit à une prestation de soutien en est aussi un. Même si la hauteur du taux de non-perception reste contestée, il est établi que beaucoup de personnes ne disposent que d'informations lacunaires sur les prestations complémentaires et ne réclament pas de prestations de soutien pour cette raison.

Outre les désavantages financiers subis en raison d'un manque de capital culturel, le déficit de capital culturel se répercute aussi sur la santé. La formation constitue un facteur essentiel d'inégalité de santé. Diverses études ont permis de constater des différences éducatives et culturelles dans les connaissances en matière de santé. Dans une enquête menée par Kohn et Tov (cf. Kohn/Tov/Hanetseder/Hungerbühler 2013, p.41), des experts médicaux rapportent que certains patients ont des idées irréalistes sur les maladies chroniques

comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Ils les considèrent comme un corollaire naturel du vieillissement et estiment donc que les symptômes ne requièrent aucun traitement, ne serait-ce que quelques adaptations du régime alimentaire (cf. *ibid.*).

Johanna Kohn et autres donnent un exemple des différences des conceptions de la vie dans leur étude sur l'utilisation du service d'aide et de soins à domicile par des migrants âgés. Il ressort des interviews réalisées avec le personnel du service d'aide et de soins à domicile que ses collaboratrices et collaborateurs constatent des différences culturelles, d'un ménage à l'autre, dans l'importance attachée à l'autonomie et à la liberté de faire ses propres choix. Les auteurs affirment qu'en Suisse, l'autonomie des personnes âgées représente une valeur importante, porteuse d'une connotation positive. Or, en soignant des migrants âgés, le personnel du service d'aide et de soins à domicile observe que ces personnes accordent davantage d'importance aux liens familiaux et que les personnes âgées espèrent surtout être bien entourées après une vie longue et pleine de privations. Cela a pour résultat que les attentes de coopération et d'autonomie posées par le personnel du service d'aide et de soins à domicile (par l'exemple l'invitation à refaire un bandage soi-même) sont perçues comme des effronteries et non pas comme une opportunité de rester autonome (cf. Kohn et al. 2013, p.50). Le manque de formation ne constitue pas le seul défi pour la promotion de la santé en Suisse, les conceptions de l'apprentissage dans les pays d'origine respectifs en sont un autre. En Suisse, la responsabilité personnelle est considérée comme importante dans l'apprentissage et la mise en pratique de comportements bénéfiques pour la santé. Bon nombre d'offres de prévention et d'exercices de changement comportemental, par exemple pour arrêter le tabac,¹³ se fondent là-dessus. Les immigrants en provenance de pays avec une autre compréhension de la formation risquent de ne pas pouvoir profiter autant des offres que les participants nés en Suisse.

Les personnes ayant un faible niveau de formation comptent parmi les plus défavorisés. Dans l'ensemble, le niveau de formation et la situation professionnelle

¹³ Vgl. Salis Gross/Schnotz/Cangatin 2009.

des immigrés en Suisse se révèlent inférieurs à ceux des autochtones (cf. Kohn et al. 2013). Le premier groupe d'immigrés, aujourd'hui à la retraite, qui sont arrivés d'Italie et d'Espagne après la Seconde Guerre mondiale, fait partie de la traditionnelle immigration de main-d'œuvre. Ces travailleurs sont venus parce que la Suisse avait surtout besoin de bras pour accomplir des travaux physiques pénibles. Recrutés comme main-d'œuvre temporaire, tant leur pays d'accueil que les immigrés étaient persuadés qu'ils retourneraient dans leur pays d'origine en atteignant l'âge de la retraite. C'est aussi pourquoi la promotion de l'intégration et de l'acquisition de connaissances linguistiques fut lourdement négligée (cf. Hungerbühler/Bisegger 2012, p.26ss). Beaucoup de personnes dans ce groupe ont de mauvaises connaissances linguistiques en regard de la durée de leur séjour en Suisse. En l'occurrence, l'acquisition de connaissances linguistiques s'est vue influencée dans une large mesure par les conditions sociales de l'époque et le motif d'immigration.

Les répercussions des conditions sociales de l'époque se font aussi sentir au sein de la population suisse. Il existe une nette différence de niveau de formation entre les femmes et les hommes âgés de plus de 75 ans aujourd'hui. 44,3 % des femmes n'ont fréquenté que l'école obligatoire, contre 19,1 % des hommes dans ce groupe d'âge (cf. OFS 2013d). Ces femmes étaient empêchées de suivre une formation post-obligatoire dans leur jeunesse. Lorsqu'elles ont pu accomplir une formation après l'école obligatoire, elles se sont souvent orientées vers l'économie ménagère, l'agriculture ou l'éducation, des domaines bénéficiant d'une moindre reconnaissance institutionnelle. Bien qu'elles gagnent un salaire, il est rare que les cotisations leur assurent une bonne prévoyance vieillesse. En regard du ratio hommes/femmes actuel des titres de formation acquis, cette différence entre les sexes dans la formation devrait s'atténuer à l'avenir. Quant à savoir si cela pourrait changer la répartition des rôles et améliorer les conditions sociales pour concilier vie professionnelle et famille, seul l'avenir le dira. La possibilité de mieux concilier vie professionnelle et famille malgré la garde des enfants ou les soins des proches permettrait aux femmes de se constituer une meilleure prévoyance vieillesse.

5.3. Isolation ou faible dotation en capital social

L'isolement social se caractérise par l'absence ou le peu d'intégration d'un individu dans des réseaux sociaux (cf. OFS 2006, p.12). Trois dimensions sont considérées comme centrales : la taille restreinte des réseaux sociaux, la faiblesse du soutien social et l'expression d'un sentiment de solitude (cf. ibid. p.12).

Un réseau social de taille restreinte signifie peu de contacts avec la famille et la parenté et un petit réseau de relations hors de la famille. Des relations extra-familiales peuvent se construire avec des voisins, pendant le temps libre dans un cercle d'amis ou par un engagement bénévole dans une association, un parti politique ou un mouvement social (cf. Backes/Clemens 2012, p.222). Ce qui montre combien le soutien social peut se révéler faible, c'est lorsqu'un individu possède certes un tel réseau de relations sociales, mais que ces contacts ne lui apporte ni une aide pratique (comme le coup de main d'un voisin pour changer une ampoule), ni un soutien émotionnel (comme l'écoute empathique autour d'un café). Pour décrire une situation de déficit de capital social, il ne faut pas seulement considérer la taille plus ou moins mesurable d'un petit réseau social, mais aussi tenir compte du sentiment subjectif de solitude. « La solitude correspond au sentiment pénible d'abandon, de manque ou de perte de contacts que les individus éprouvent lorsque la taille et la qualité de leur réseau social diffèrent de leurs souhaits et exigences » (Tesch-Römer et al. 2013, p.237).

L'isolement social entraîne des répercussions sur la santé psychique et se manifeste aussi au niveau physique. Il va de pair avec des habitudes néfastes, comme une alimentation peu variée et un manque d'activité physique, compromettant ainsi un vieillissement en bonne santé (cf. Kickbusch/Ospelt-Niepelt/Seematter 2009, p.132). Dans leur analyse des entrées en EMS parmi une cohorte de seniors de plus de 80 ans, Cavalli et autres observent qu'outre les processus de fragilisation, l'isolement social et le sentiment de solitude représentent des facteurs qui rendent probable une installation en EMS (cf. Cavalli 2012, p.204). Dans ce contexte, Cavalli précise la notion d'isolement social. Ce dernier ne pointe pas un Etat d'abandon relationnel,

mais une situation de déséquilibre entre, d'un côté, l'assistance que requiert la personne et, de l'autre, l'appui que peut lui apporter le système d'aide. Selon Cavalli, le sentiment de solitude découle souvent du fait de devoir surmonter des crises, sans trouver d'aide dans son entourage, ni de stratégies personnelles pour y faire face (cf. *ibid.*).

La vieillesse représente-t-elle par principe un risque de raréfaction du capital social? Force est de constater que les ouvrages de gérontologie décrivent la vieillesse comme la phase de la vie où le tissu relationnel se contracte, quelle que soit la position sociale d'un individu. Parmi les raisons mentionnées figure le recul des possibilités d'entretenir des relations, mais d'aucuns suggèrent par ailleurs que cela peut aussi tenir au choix volontaire de se retirer de la vie sociale (cf. Huxhold/Mahne/Naumann 2010, p.229). En Suisse, ce n'est qu'à partir de l'âge de 75 ans qu'un risque accru d'isolement social devient observable (cf. OFS 2006, p.6). En considérant, dans trois cantons suisses, le tissu relationnel de personnes âgées de plus de 70 ans qui ont recours à des prestations formelles ou informelles de soins, Fluder et autres (cf. 2012, p.144) constatent aussi un resserrement du tissu relationnel durant la vieillesse. Dans la population étudiée, ce n'est qu'à partir de 85 ans que ce réseau de relations sociales se contracte nettement par rapport aux liens qu'entretiennent encore les personnes âgées de 80 à 84 ans ou de moins de 80 ans.

Une importance particulière revient à la situation familiale pour l'intégration sociale. Les personnes mariées disposent d'un tissu relationnel plus large que les personnes veuves ou célibataires (cf. Fluder et al. 2012, p.143), il en est de même pour les personnes avec des enfants par rapport à celles sans enfant (cf. Backes/Clemens 2013, p.236ss). Ce sont les personnes âgées divorcées qui présentent les plus petits réseaux sociaux. Dans l'étude berlinoise sur la vieillesse, celles-ci ne mentionnent en moyenne que 7,6 personnes dans leur réseau (cf. *ibid.*).

Dans la seconde moitié de la vie, de nettes différences apparaissent entre les sexes sur le plan des relations sociales. En général, les femmes disposent d'un réseau social plus vaste que les hommes (cf. *vgl.* Huxhold et

al. 2010, p.230). Les femmes vivant en couple dépendent davantage d'un soutien extra-familial que les hommes. Il est plus fréquent qu'elles trouvent un appui émotionnel et cognitif en dehors du couple, tandis que les hommes s'adressent à leur conjointe pour recevoir cet appui (cf. *ibid.*). Comme les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes et ont tendance à épouser un homme plus âgé, elles sont plus souvent confrontées à la perte du partenaire que les hommes (cf. Engstler/Tesch-Römer 2010, p.169) et sont plus nombreuses à vivre seules que les hommes. Cette différence entre les sexes s'accroît avec l'avance en âge. Le fait de vivre seul peut aboutir à l'isolement social.

« En raison de différences de genre, au niveau tant de l'espérance de vie que du comportement au sein du couple, le grand âge représente une période où les formes de vie des femmes (comme majorité démographique) et celles des hommes (comme minorité démographique) se détachent toujours plus. Alors qu'une grande partie des hommes âgés de plus de 80 ans vivant à la maison sont encore en couple ou ont refait leur vie, les femmes âgées sont, pour la plupart, déjà veuves » (Höpflinger 2011a, p.65). En Suisse, deux tiers des femmes de plus de 80 ans forment leur propre ménage vivaient seules en 2007 (cf. Perrig-Chiello 2012, p.122). Des différences apparaissent aussi dans le domaine des soins : « Alors qu'environ deux hommes dépendants sur cinq d'un âge compris entre 65 et 79 ans en Suisse reçoivent des soins de leur conjointe, seule une femme dépendante sur cinq est soignée par son conjoint. » (Höpflinger 2009, sans indication de page, cité dans Perrig-Chiello 2012, p.122). Le fait de dispenser des soins à un proche représente un facteur de risque supplémentaire d'une diminution du capital social. Comme cela demande beaucoup de temps et d'efforts, les proches soignants renoncent dans de nombreux cas à entretenir des contacts sociaux et à s'adonner à leurs passe-temps, ce qui a des effets néfastes sur leur santé.

5.4. Fragilité ou faible dotation en capital physique

Une dotation modeste en capital physique, en d'autres termes « être fragile », désigne non seulement les atteintes au corps liées à l'âge, mais aussi les maladies somatiques et psychiques chroniques qui surviennent du-

rant la vieillesse. Le corps est compris dans sa dimension globale, avec ses facultés physiques, psychiques et cognitives. En conséquence, les processus de déclin physique liés à la sénescence ainsi que les événements de vie critiques, comme des accidents ou des maladies soudaines, entraînent une diminution du capital physique.

Avec son corps, tout un chacun peut écouter les autres, se déplacer, faire du sport, bref, participer à la vie de la société. Lorsque des troubles de l'audition se déclarent, il est tout à coup moins agréable de participer à une conversation avec beaucoup de monde. Lorsque l'acuité visuelle diminue, il n'est plus très divertissant d'aller au cinéma, et il faut renoncer à conduire. Une dépression s'accompagne d'un retrait de la vie sociale et d'une baisse des activités physiques. D'une manière plus générale et plus abstraite, la diminution du capital physique entraîne une restriction des possibilités et du rayon dans lequel une personne peut se déplacer sans le soutien d'aides techniques ou de tiers.

Quels groupes de personnes disposent d'un moindre capital physique ? Le corps obéit en principe aux mêmes mécanismes que les autres formes de capital : le capital physique peut être développé, utilisé et réduit. Les individus qui adoptent un style de vie favorisant la santé resteront bien portants plus longtemps. Ceux qui maltraitent sans cesse leur corps risquent de tomber gravement malades plus tôt. Toutefois, le capital physique n'est pas uniquement le résultat d'un comportement individuel. Les conditions sociales, comme le lieu de domicile ou le poste de travail, agissent aussi sur le capital physique. Le capital physique de personnes habitant près d'une route bruyante et exerçant un métier pénible est davantage en danger que celui de personnes habitant dans un quartier résidentiel et ayant un travail qui leur procure de la satisfaction.

Comme décrit dans les sous-chapitres précédents, les capitaux économique, culturel et social agissent sur le capital physique. Les personnes bénéficiant d'une meilleure dotation en capital sont en général aussi en meilleure santé et présentent un moindre risque de maladie et de décès (cf. von dem Knesebeck/Schäfer 2009, p.260). A l'inverse, l'espérance de vie des personnes avec une faible dotation en capital se révèle moins élevée.

L'Etat de santé des personnes âgées diffère déjà beaucoup d'un individu à l'autre lors du passage de la vie active à la retraite. Les personnes exposées à une grande pénibilité physique au travail risquent de présenter des symptômes d'usure avant la retraite et d'avoir besoin de soutien beaucoup plus tôt que les autres. Pour les travailleuses et travailleurs exerçant des métiers pénibles, la transition vers le quatrième âge se produit souvent plus tôt que chez des personnes du même âge avec une autre profession. Il faut ajouter à cela le risque d'un événement de vie critique : une maladie soudaine ou l'apparition d'une démence. Même un style de vie sain et la possession d'autres formes de capital ne permettent pas d'exclure totalement ces risques. Les possibilités d'y faire face, toutefois, sont déterminées par la dotation individuelle en capital.

5.5. Les personnes vulnérables dans la vieillesse

Quels groupes de personnes âgées sont particulièrement vulnérables ? Les sous-chapitres précédents ont fait apparaître diverses inégalités. Les conditions de vie des hommes et des femmes diffèrent beaucoup durant la vieillesse, au détriment des femmes à certains égards. D'une manière générale, elles sont défavorisées sur le plan financier et, plus elles vieillissent, plus elles sont nombreuses à vivre seules et privées du soutien de leur conjoint. En revanche, les femmes possèdent en général un plus vaste réseau de relations que les hommes. Encore plus que le sexe d'une personne, c'est l'Etat civil qui exerce un impact déterminant sur le tissu relationnel. Les personnes divorcées ou veuves qui vivent seules disposent des plus petits réseaux sociaux.

Les immigrés constituent un autre groupe défavorisé. Leur statut socioprofessionnel souvent inférieur et l'établissement dans une autre aire linguistique contribuent à les placer, la plupart du temps, dans une situation défavorisée sur le plan culturel, sur le plan économique, et sur le plan de la santé.

Il s'agit là d'un résumé très approximatif, car les divers groupes se révèlent rarement homogènes. L'immigration ne va en aucun cas toujours de pair avec une faible dotation en capital. C'est la corrélation entre les facteurs horizontaux (sexe, nationalité) et verticaux (revenu, ni-

veau de formation) qui se montre décisive. Une chercheuse hautement qualifiée à la retraite, qui avait émigré de France en Suisse romande, peut bien utiliser son capital culturel grâce à la langue commune. Un déficit de capital culturel pourrait apparaître parce qu'elle ne connaît pas toutes les particularités du système suisse de sécurité sociale et de santé. Comme elle possède un capital économique suffisant, il est toutefois improbable qu'elle ait besoin du système social. Et si c'était quand même le cas, elle pourrait, par exemple, s'offrir un conseil fiduciaire individuel. Les facteurs horizontaux peuvent renforcer les facteurs verticaux tels que le revenu, la formation et la réputation. Des facteurs comme la nationalité ou le sexe influencent donc la probabilité de faire partie de groupes vulnérables, mais ils ne constituent pas en soi des facteurs déterminants de la vulnérabilité. C'est pourquoi le présent travail se fonde sur la dotation en capital d'un individu et non pas sur des caractéristiques comme le sexe ou l'immigration.

Les sous-chapitres précédents montrent ainsi qu'il existe d'étroites corrélations entre les formes de capital. A titre d'exemple, une bonne dotation économique et culturelle agit sur la santé d'une personne. Le capital physique, lui aussi, influence les autres formes de capital. Il représente, dans la plupart des cas, le pré-requis permettant d'utiliser les autres formes. En effet, le corps permet de faire une promenade à deux, d'aller au théâtre ou de participer à une formation continue. Durant la phase de transition du troisième au quatrième âge, un individu fait face au processus de fragilisation. Cette étape s'accompagne de la réduction des capacités physiques. Les individus compensent tant que possible ces atteintes en utilisant les autres formes de capital. Dans ce qui suit, des exemples montrent de quelle manière ces déficits peuvent être compensés grâce à une autre forme de capital.

Compensation de déficits liés à la fragilité du capital physique grâce à d'autres formes de capital

Les troubles cognitifs représentent une atteinte possible résultant de la fragilisation. En parlant des facultés cognitives, il est fréquent d'établir une distinction entre l'intelligence « fluide » et l'intelligence « cristallisée ». L'intelligence « fluide » désigne la faculté de

résoudre des problèmes cognitifs nouveaux dans des situations où « très peu de connaissances » sont nécessaires (cf. Kruse 2001, p.557 et Baltes/Baltes 1989, p.97) – comme la manipulation d'un nouvel appareil que l'on ne connaissait pas encore, tandis que l'intelligence « cristallisée » renvoie à la faculté de résoudre des problèmes cognitifs familiers, c'est-à-dire à des raisonnements qui s'appuient sur les connaissances en mémoire (cf. Kruse 2001, p.557 et Baltes/Baltes 1989, p.97).

La composante cristallisée reste en principe stable jusqu'à la fin de la vie, tandis que la composante fluide peut décliner dans la vieillesse. Des difficultés peuvent surgir au niveau de la capacité à retenir des informations ou dans la résolution de tâches nouvelles. Une diminution des performances cognitives se manifeste au cours de la seconde moitié de la vie, par exemple lorsqu'il s'agit de comprendre le mode d'emploi d'un nouvel appareil ou d'utiliser des automates dans le domaine public (cf. Voelcker-Rehage et al. 2006, p.561). En revanche, il est rare de constater des déficits lorsqu'un individu résout des tâches quotidiennes où il peut s'appuyer sur une longue expérience. Les personnes qui disposent de capital social, c'est-à-dire des relations sociales proches, peuvent compenser des atteintes cognitives avec une certaine facilité. Elles peuvent compter sur d'autres personnes pour que celles-ci leur rappellent des choses importantes ou pour leur déléguer des tâches qui requièrent une bonne mémoire.

L'entraînement cognitif représente une manière de lutter soi-même contre l'apparition des premières atteintes cognitives. A l'aide d'exercices ciblés, un sujet peut freiner le déclin de l'intelligence fluide provoqué par le vieillissement (cf. Kruse 2001, p.557). Les personnes bien informées sont capables de prendre des mesures à temps, lorsque les premiers troubles de la mémoire ou de résolution de tâches attirent leur attention. Elles peuvent utiliser leur capital culturel, leurs connaissances sur la plasticité du cerveau humain, être créatives et développer elles-mêmes des stratégies ou des moyens mnémotechniques. En outre, elles peuvent consulter un ouvrage spécialisé ou dépenser leur argent pour suivre un cours où les participants entraînent leur mémoire et apprennent des stratégies pour améliorer leur faculté de retenir des informations. L'ampleur du

capital culturel dont elles disposent va les aider à comprendre et à appliquer des stratégies mnémotechniques.

Lorsque les maladies chroniques liées à l'âge augmentent, l'utilisation de capital économique permet de compenser au mieux leurs répercussions. En collaboration avec le spécialiste traitant, il est possible de contrôler plus ou moins la maladie et de minimiser ses effets invalidants sur la vie quotidienne avec le traitement adéquat et des aides techniques.

Une réduction de la capacité de déplacement se traduit par des difficultés dans l'accomplissement des tâches ménagères. Dans le cas de couples, le conjoint ou la conjointe encore ingambe peut prendre le relais. Le fait de vivre en couple représente l'élément principal permettant aux personnes âgées d'encore vivre dans leur propre appartement ou maison. Fluder et autres (cf. 2012) se sont intéressés aux personnes âgées de plus de 70 ans, domiciliées dans les cantons de Berne, d'Argovie ou de Zurich, qui vivent encore chez elles et ont recours à des prestations formelles ou informelles de soins et d'assistance. Ils ont classé les personnes qui vivent chez elles en fonction de leur besoin de soins. Les personnes mariées et les hommes sont surreprésentés dans le groupe des personnes qui ont un grand besoin de soins. Selon Fluder et son équipe (cf. 2012, p.93), ce fait témoigne de l'importance des proches aidants. Les hommes sont plus nombreux à recevoir du soutien, parce qu'ils vivent plus souvent en couple et que les couples mariés ont plus souvent des enfants. Cela permet à ces personnes de continuer à vivre chez elles malgré un important besoin de soins.

Lorsqu'une personne possède un capital économique suffisant, elle peut l'utiliser pour payer quelqu'un qui la soutient dans les activités qu'elle ne peut plus accomplir elle-même et qui l'accompagne hors de chez elle ou la conduit pour faire ses courses.

Le contexte d'habitation est un facteur étroitement lié à la dotation économique. Il gagne en importance avec la diminution de la capacité de déplacement. Les conditions varient en fonction du contexte d'habitation. Certaines formes de logement permettent aussi aux personnes à mobilité réduite de se déplacer. D'autres, en

revanche, présentent des obstacles infranchissables qui imposent des adaptations architecturales ou un déménagement. En cas de difficultés de déplacement, c'est l'absence d'obstacles dans l'appartement et l'ampleur du capital social et économique disponible qui détermine pendant combien de temps une personne âgée peut encore vivre dans son propre appartement ou sa propre maison. Au-delà du logement, l'aménagement du quartier peut aussi restreindre le rayon dans lequel des personnes à mobilité réduite peuvent se déplacer de manière autonome. L'absence de seuils et l'existence d'endroits pour s'asseoir et se reposer quelques instants constituent, entre autres, des facteurs importants.

Comme l'ont exposé ces exemples, les individus possédant assez de capital économique, social et culturel peuvent atténuer le déclin des capacités physiques qui se produit avec la fragilisation. Lorsque les déficits physiques prennent de l'ampleur, les autres formes de capital peuvent aussi en pâtir, au risque d'aboutir à une accumulation des déficits de capitaux. C'est ainsi qu'une vulnérabilité peut apparaître pendant la vieillesse.

Pour les personnes déjà vulnérables depuis longtemps, la transition vers le quatrième âge peut devenir une lourde épreuve qui les pousse jusqu'aux limites de leurs forces. Ces personnes, qui ne peuvent pas amortir les déficits de capital avec leurs propres formes de capital, dépendent d'un soutien extérieur. C'est ici qu'interviennent les offres du système social et sanitaire. Leur mission doit consister à prévenir, tant que possible, l'apparition de vulnérabilités et à aider les personnes déjà vulnérables à compenser les lacunes qui se profilent dans leur dotation en capital.

Ce point marque le passage à la partie empirique du travail. Après avoir exposé les notions théoriques de cette étude, il sera question des enseignements tirés dans la pratique.

6. Expériences tirées de la pratique

- 6.1. Démarche méthodique
- 6.2. Le troisième et le quatrième âge du point de vue de spécialistes
- 6.3. La fragilisation du point de vue de spécialistes
- 6.4. Les événements de vie critiques du point de vue de spécialistes
- 6.5. Les personnes âgées vulnérables du point de vue des spécialistes
- 6.6. Les offres destinées aux personnes âgées du point de vue des spécialistes
- 6.7. Accompagnement de la transition par des offres du point de vue des spécialistes
- 6.8. Soutien pour faire face à des événements de vie critiques
- 6.9. Les offres et la vulnérabilité du point de vue des spécialistes

6. Expériences tirées de la pratique

La partie empirique regroupe les enseignements tirés de la pratique. Ils ont été recueillis dans le cadre d'entretiens menés avec divers spécialistes. Le premier sous-chapitre expose la méthode retenue. Le deuxième sous-chapitre est consacré à la discussion des expériences des spécialistes concernant la transition du troisième au quatrième âge. Les sous-chapitres 6.2 à 6.5 se concentrent sur les clientes et les clients des spécialistes. Comment les spécialistes perçoivent-ils la transition du troisième au quatrième âge ? Quels termes les professionnels utilisent-ils, parlent-ils de « fragilisation » et d'« événements de vie critiques » ? Le sous-chapitre 6.5 est dédié à la vulnérabilité. Quelle compréhension les spécialistes ont-ils de la « vulnérabilité » et quelles sont, selon eux, les personnes particulièrement vulnérables ?

Les sous-chapitres 6.6 à 6.9 s'intéressent aux offres de l'action sociale et du système de santé en Suisse. Quels services existent pour accompagner la transition du troisième au quatrième âge ? Aux yeux des spécialistes, quel soutien les offres apportent-elles en cas d'événements de vie critiques et comment contribuent-elles à réduire la vulnérabilité ?

Au chapitre 7 suivant, il s'agira de confronter les résultats empiriques aux notions théoriques du présent travail. Cela permettra de tirer des conclusions sur les actions à engager au niveau de l'organisation et sur le plan politique.

6.1. Démarche méthodique

Les résultats empiriques de cette étude se fondent sur 13 entretiens semi-directifs avec des spécialistes, dont neuf interviews réalisées avec des collaboratrices et collaborateurs des organisations de Pro Senectute (deux doubles entretiens) et un entretien avec un médecin de famille, avec la responsable des domaines spécialisés d'une organisation de l'Association des services d'aide et de soins à domicile, la responsable d'une association cantonale de la Croix-Rouge suisse et une représentante du Conseil suisse des aînés. Les entretiens avec des spécialistes qui ne travaillent pas pour Pro Senectute ont permis de connaître le regard extérieur de partenaires importants.

Les participantes et participants aux entretiens travaillent dans douze cantons différents (AI, BS, BL, FR, JU,

OW, SG, SO, TG, VD, ZG, ZH). Cette sélection couvre bien tout le territoire suisse. Les questions s'intéressaient à la perception que les professionnels ont de la transition du troisième au quatrième âge et au fait de savoir si les organisations sont en phase avec les besoins des personnes âgées vulnérables. Il a aussi été demandé aux professionnels s'ils estiment que les organisations parviennent à toucher des groupes cibles vulnérables et s'ils ont repéré des lacunes dans les offres actuelles et dans le système social et sanitaire actuel. Le dépouillement des entretiens transcrits s'est effectué à l'aide de l'analyse NCT assistée par ordinateur, proposée par Friese (cf. 2011).

La partie empirique de ce travail regroupe, tout d'abord, les expériences des spécialistes dans divers cantons suisses. Quelles notions utilisent-ils pour décrire la transition du troisième au quatrième âge ? Comment repèrent-ils la vulnérabilité ? Quels groupes de personnes sont particulièrement vulnérables aux yeux des spécialistes ? Les notions ébauchées dans la partie théorique du travail sont appliquées au matériel empirique. Les résultats des entretiens corroborent-ils les raisonnements développés ?

Ensuite, cette partie comprend une description des diverses offres et de leur utilité. Comment contribuent-elles, selon les spécialistes, à bien gérer la transition du troisième au quatrième âge et quel soutien apportent-elles pour faire face à des événements de vie critiques ?

Les sous-chapitres suivants regroupent les appréciations des spécialistes interrogés à propos de huit questions centrales :

- Les spécialistes établissent-ils une distinction entre le troisième et le quatrième âge ? Qu'est-ce qui caractérise, selon eux, ces différences ? (sous-chapitre 6.2)
- Les spécialistes connaissent-ils la notion de « fragilisation », ou comment décrivent-ils cette transition ? (sous-chapitre 6.3)
- Quel rôle jouent les événements de vie critiques ? (sous-chapitre 6.4)
- A quoi les spécialistes reconnaissent-ils des personnes âgées vulnérables ? (sous-chapitre 6.5)
- Quelles offres de soutien existe-t-il pour les personnes âgées ? (sous-chapitre 6.6)

- Quels services permettent d'accompagner la transition du troisième au quatrième âge ? (sous-chapitre 6.7)
- Quel est le soutien qu'apportent ces offres à des personnes confrontées à un événement de vie critique ? (sous-chapitre 6.8)
- Quel rôle joue la vulnérabilité dans les offres des organisations de Pro Senectute ? (sous-chapitre 6.9)

Des citations tirées des entretiens avec les spécialistes illustrent le chapitre 6. Pour des raisons d'intelligibilité, les auteurs ont adapté les citations qui émaillent ce travail. Ils ont supprimé les pauses, les interjections et les répétitions. Dans un souci de lisibilité, ils ont découpé les phrases les plus longues ou alambiquées. Ce faisant, ils ont veillé à conserver le ton original et à ne pas déformer les propos recueillis.¹⁴

6.2. Le troisième et le quatrième âge du point de vue de spécialistes

Le cadre conceptuel de ce travail se fonde sur les deux âges de la vieillesse. Ce sous-chapitre analyse comment les spécialistes interrogés envisagent la vieillesse. Découpent-ils, eux aussi, la vieillesse en un troisième et un quatrième âge ? Utilisent-ils aussi cette distinction dans leur travail quotidien – ou est-ce qu'ils la rejettent ? Sur la base de quels critères distinguent-ils les phases de la vieillesse ?

La moitié des spécialistes interrogés emploie activement la distinction entre un troisième et un quatrième âge. Deux spécialistes interrogées n'utilisent pas les termes renvoyant à ces deux âges de la vie durant les entretiens, mais elles semblent connaître ces notions. Lorsqu'il leur est demandé si les personnes du troisième âge devraient soutenir celles du quatrième âge dans le cadre du bénévolat, elles comprennent la question et y répondent sans critique aucune.

Les spécialistes renvoient une image différenciée de la vieillesse (et du vieillissement). Certains soulignent de

¹⁴ Abréviations utilisées pour les témoignages : « S » introduit les propos d'une spécialiste ou d'un spécialiste, dans les doubles entretiens « Sh » d'un spécialiste et « Sf » d'une spécialiste. « E » désigne l'enquêtrice. (...) marque des omissions et [] comprend des précisions pour apporter une meilleure compréhension.

façon formelle que l'attribution à ces deux âges de la vieillesse est déterminée par la situation de vie d'un individu, et non pas par son âge chronologique. Le découpage effectué en deux âges distincts correspond ainsi à la discussion théorique sur la vieillesse.

Les spécialistes définissent l'appartenance à l'une des catégories à partir des atteintes de la capacité de déplacement, des troubles physiques et des atteintes des capacités sensorielles et cognitives qu'ils observent chez les personnes âgées. Toutefois, c'est précisément en prenant l'exemple de la capacité de déplacement que des voix s'élèvent pour critiquer l'emploi parfois irréflecté de notions d'âges de la vieillesse. Le médecin interrogé considère la répartition en un troisième et un quatrième âge comme désuète. D'après lui, non seulement ces âges ne reflètent aucune réalité, mais cette subdivision fréquente prête surtout à confusion :

S : Je ne suis pas d'accord avec ces transitions. Vous savez, c'est vraiment simple. Il y a ces belles images de cette ferme de l'Emmental avec un toit qui descend très bas. On y voit le berceau, puis la tombe, on peut voir comme la vie passe vite. Mais cela date d'une autre époque, on se croirait vraiment au Ballenberg. (...) Voilà pourquoi on parle de ces transitions, aujourd'hui du troisième au quatrième âge, puis un beau jour du quatrième au « cinquième » âge, cela ne fonctionne pas comme ça. Ensuite, tout le monde parle de la capacité de déplacement. Ceux au troisième âge sont ceux qui partent encore en voyage, ceux au quatrième âge sont ceux qui ne voyagent plus. Et c'est alors qu'on fait ces différences et délimitations. Voyager, c'est une question de moyens financiers. (...) C'est vrai, un voyage en car à Ischia, il y a encore beaucoup de gens qui peuvent se le permettre. Mais que faut-il entendre par voyager ? Je trouve boiteux de faire de la capacité de déplacement le facteur discriminant. Est-ce que ceux qui se déplacent sont dans le troisième âge et ceux qui ne se déplacent plus sont dans le quatrième âge ? Cela dépend aussi d'autres choses, est-ce que les voyages m'intéressaient, est-ce qu'ils m'apportaient quelque chose dans la vie ?

Les critiques très répandues concernant la répartition en un troisième et un quatrième âge mettent en garde

contre un emploi inconsideré du terme de « capacité de déplacement ». Dans la présente étude, il est question de la capacité de déplacement physique d'un individu dans le contexte de la fragilisation. Elle désigne ses capacités de marcher tout seul et, par exemple, de monter des escaliers. Bien entendu, ces capacités revêtent de l'importance si quelqu'un veut partir en voyage. Toutefois, les voyages constituent plutôt l'expression du capital économique et culturel d'un individu et ne décrivent pas que ses capacités physiques.

Les notions d'âges de la vieillesse offrent aux spécialistes un point de repère pour orienter leur travail. Elles leur donnent une idée des thèmes qui pourraient se révéler importants. En même temps, ils travaillent avec ces notions en sachant qu'il s'agit en fait d'une catégorisation artificielle. Cela signifie qu'il faut tenir compte d'un grand nombre de facteurs situationnels dans la relation avec chaque client.

S : Tout cela, ce sont des construits qui peuvent aussi se révéler utiles, pour nous également. Nous avons quand même besoin d'un troisième, d'un quatrième âge (...) on en a alors une idée approximative. (...) Cette idée approximative, nous en avons besoin pour avoir une orientation générale. Cela dit, nous devons malgré tout rester en mesure de considérer chaque cas dans sa singularité. Il y a des différences incroyables, des conditions d'existence aussi, (...) les conditions biologiques, les conditions sociales, (...) toutes sont absolument capitales lorsqu'il faut prendre une quelconque décision.

Pour l'action sociale gérontologique avec des personnes du quatrième âge, il est utile d'avoir une idée des changements qui surviennent à cet âge et des exigences en découlant à l'égard du travail des professionnels. Le directeur d'une organisation Pro Senectute romande décrit les atteintes du quatrième âge et les conséquences de celles-ci sur l'action sociale gérontologique. Selon lui, le déclin de la capacité physique de déplacement et des facultés mentales a pour effet de restreindre les possibilités d'obtenir les bonnes informations et de pouvoir les traiter. Il relève que pour ces personnes, il ne suffit donc pas d'imprimer un prospectus avec une invitation à demander une séance de consultation si nécessaire.

S : Je crois qu'il y a une lacune d'information longitudinale. (...) Mais pour répondre à votre question sur l'information du 4^e âge, (...) il y a des facteurs qui peinent, qui freinent la bonne information quand on est au 4^e âge. Parce qu'il y a une surreprésentation de personnes qui sont isolées, qui ont des difficultés de mobilité et dont l'agilité cérébrale est moins bonne. Ces facteurs entravent l'accès à la bonne information. Si les personnes concernées n'ont pas un entourage attentif et lui-même bien informé, il y a danger. Et ce manque d'informations, enfin ces risques, pour ainsi dire ces vulnérabilités informationnelles augmentent avec l'avance en âge.

Outre les différences physiques qui distinguent le troisième et le quatrième âge, les personnes interrogées évoquent aussi les réflexions sur le vieillissement qu'elles peuvent entendre. Parmi les personnes sondées, la représentante du Conseil suisse des aînés s'avère être celle qui se trouve la plus proche du passage au quatrième âge. A son avis, le quatrième âge amène à se poser des questions nouvelles et à réfléchir sur des thèmes existentiels.

S : Je pense que la transition de l'âge actif à l'âge fragile, c'est en quelque sorte (...) un peu « épeler à rebours » et une réflexion approfondie sur nos valeurs intérieures. Des attentes plus fortes à l'égard de la famille, si tant est qu'on en ait une. Et une réflexion – je le dis exprès maintenant – sur la maladie, la fin de la vie, la mort, peut-être sur la perte d'un conjoint – si tant est qu'on en ait un – et sur le logement. De tout autres thèmes font irruption. Je pense que lors du départ à la retraite, une porte s'ouvre encore une fois, puis se referme – c'est l'impression que cela donne – lorsque l'on passe à l'âge fragile. Mais il faut aussi s'occuper de nouveaux thèmes, pas toujours des plus agréables. (...) Des thèmes comme la maladie. Et pour moi, cela n'aurait rien d'un soulagement de me dire que le moment est venu de quitter notre petite maison familiale à trois étages, parce que je ne peux plus monter les escaliers. Je ne trouve pas ça très chouette. Oui, mais...

Les façons de décrire les deux âges de la vieillesse se ressemblent. Le troisième âge est synonyme d'opportunités, tandis que le quatrième âge est plutôt associé

à des limitations. De nombreux spécialistes constatent que le face-à-face avec le vieillissement plonge leurs clientes et clients dans une incertitude inquiétante. Ils redoutent de ne soudainement plus pouvoir vivre comme jusqu'alors. Après son départ à la retraite, la spécialiste citée ci-dessus a vécu une « phase d'éclosion », c'est-à-dire un élargissement et une multiplication d'opportunités. Pour le quatrième âge, par contre, elle s'attend à une régression de ces possibilités et à une confrontation plus fréquente avec des questions pénibles.

La connotation normative des deux âges de la vieillesse est aussi évoquée. Comme le relève avec pertinence un spécialiste, les personnes du troisième âge sont très attrayantes et, ces dernières années, elles sont même devenues toujours plus attrayantes comme consommatrices et consommateurs. En général, les personnes du troisième âge ont de l'argent, de nombreux besoins et du temps à disposition. C'est pourquoi, en tant que directeur d'une organisation de Pro Senectute, ce spécialiste est souvent courtisé par des entreprises qui cherchent à faire connaître leurs produits aux personnes âgées. Les personnes du quatrième âge, en revanche, n'intéressent plus l'économie, sauf le secteur des prestations médicales, observe le spécialiste. Dans la société, le quatrième âge ne suscite plus guère d'intérêt. D'une manière symbolique, deux univers s'entrechoquent : celui des seniors actifs au fort pouvoir d'achat et aux multiples talents contre celui des autres, qui sont déments ou, en termes plus crus, sont en train de devenir gâteux et ont besoin d'une quantité de soins. Selon ce spécialiste, c'est ici que doivent intervenir les associations caritatives, en offrant du soutien à ces personnes du quatrième âge qui ne présentent plus d'intérêt pour l'économie.

A vrai dire, de nombreuses organisations de Pro Senectute ont tendance à accorder une grande importance au troisième âge. Il se trouve au cœur des offres de sport et de formation ou du bénévolat. Dans certaines organisations de Pro Senectute, il semble qu'il existe deux publics cibles distincts : les personnes du troisième âge, en tant que participants à des offres socio-culturelles et comme prestataires dans le bénévolat, et les personnes du quatrième âge, en tant que bénéficiaires de prestations.

Pour résumer, en ce qui concerne la question du découpage de la vieillesse en différents âges, il ressort que les spécialistes connaissent la distinction entre troisième et quatrième âge. Certains d'entre eux emploient aussi ces termes afin de distinguer les usagères et usagers des diverses offres. Par contre, cette distinction semble revêtir moins d'importance dans le travail social avec les clientes et clients. Dans le cadre d'une consultation, c'est la personne demandant de l'aide, avec ses questions et ses besoins, qui passe au premier plan. Dans ce contexte, il devient secondaire pour les spécialistes de savoir si une personne est attribuable à tel ou tel âge de la vieillesse.

6.3. La fragilisation du point de vue de spécialistes

La partie théorique de ce travail décrit la transition du troisième au quatrième âge comme un processus de fragilisation. Comment les spécialistes perçoivent-ils ce passage de l'activité à la fragilité ? Connaissent-ils le terme de « fragilisation » et comment décrivent-ils cette transition ?

Les personnes interrogées décrivent l'évolution du troisième vers le quatrième âge comme un processus où les facultés physiques et cognitives diminuent peu à peu. Il se manifeste, selon les spécialistes, par un manque d'énergie, des troubles de la vue et des problèmes locomoteurs. Ils estiment que la transition s'amorce lorsqu'une personne perd son indépendance physique et a besoin d'aide pour sortir de chez elle. Lorsque dans un couple, les capacités physiques de l'un des deux conjoints déclinent, il faut repenser la vie quotidienne. Une collaboratrice du service de consultation sociale d'une organisation Pro Senectute romande décrit le début de la fragilisation comme suit :

S : J'aurais tendance à dire que la transition se fait à l'entrée en âge de retraite. Toutefois, après, au moment où la santé de l'un des deux conjoints devient moins bonne, par exemple à cause d'une maladie ou de la réduction de la mobilité, de grands changements surviennent dans les habitudes des couples.

Une représentante du Conseil suisse des aînés restitue sa propre expérience des atteintes physiques qui l'af-

fectent. Du jour au lendemain, les forces lui ont manqué dans le bout des doigts pour utiliser son coupe-ongles. Dans un premier temps, elle a vécu cet événement comme une tragédie.

S : Oui. Il y a ces choses très concrètes. Il existe bien entendu des atteintes tout à fait banales, mais qui peuvent arriver à quiconque sans crier gare. Voilà deux semaines, cela m'est aussi arrivé. Je vais vous dire l'effet que ça fait. C'est un peu banal, vraiment banal. J'avais l'habitude de me couper les ongles avec une de ces pinces. Et là – nom d'une pipe ! (elle tape la main sur la table) – il y a deux semaines, je n'en étais plus capable. Comme ça, d'un coup, je n'avais plus la force de le faire. Pour un moment, c'est quand même un peu la fin du monde. D'abord, on se dit « le coupe-ongles est fichu », alors j'en ai pris un autre, mais il ne marchait pas non plus. La force, quoi (elle soupire). C'est alors le fait de constater qu'on n'a plus de force dans le bout des doigts, que je ne suis plus capable de faire ça. Une chose, c'est d'apprendre à s'y faire, ce n'est plus possible. Une autre, c'est de chercher des alternatives. C'est pour ça que je ne vais pas encore chez la manucure. Mais tiens ! Des petits ciseaux, ça le fait aussi (...). Ça, par contre, c'est justement le côté intéressant. Chercher des alternatives, c'est ce que je trouve intéressant. Mais la frayeur, oh là là, de penser que maintenant je n'en suis plus capable, je ne suis pas prête de l'oublier.

A partir de ses propres expériences, elle voit en la recherche de réactions alternatives à un problème un défi intéressant. Lors de divers entretiens sur la fragilisation, les spécialistes ont évoqué l'antagonisme entre « autonomie » et « soutien ». De nombreux changements physiologiques survenant durant la vieillesse impliquent des pertes, le « pouvoir » faisant place au « ne-plus-pouvoir ». Dans ce contexte, deux perspectives se rencontrent : celle de la personne concernée et celle de son entourage. Dans les relations interpersonnelles, il faut toujours voir où il existe un besoin d'aide, où l'aide est donnée et où elle est aussi acceptée. Cela met en lumière une dynamique de contradiction entre autonomie et dépendance : l'autonomie, tout d'abord comme la capacité d'accomplir tout seul certains actes et, ensuite, comme l'usage de son libre arbitre, de décider

dans quel cadre et de quelle manière faire quelque chose. Lorsque l'autonomie d'une personne diminue et qu'elle doit soudainement demander de l'aide, cela peut affecter le sentiment de soi dans certaines circonstances. La représentante du Conseil suisse des aînés décrit l'ambivalence entre le besoin d'être soutenu et le souhait de tout faire soi-même aussi longtemps que possible. Ce faisant, elle établit un parallèle avec ses petites-filles qui veulent aussi tout faire elles-mêmes.

Donc, à nouveau cette ambivalence entre le soulagement d'être soutenue et le désir de faire quelque chose moi-même le plus longtemps possible, quitte à souvent m'y prendre à deux fois. Et là, je me dis parfois que (...) surtout lorsqu'il faut de l'habileté manuelle, je ressemble tellement à mes petites-filles qui ont six ans et disent : « Je le fais moi-même ! », « Je veux le faire moi-même ! ». Nous nous retrouvons alors au même niveau. Elles veulent déjà le faire, et moi encore. Les motivations sont différentes : mes petites-filles y entrent, elles veulent apprendre, et moi j'en sors. Mais la situation du « faire soi-même », cet instant émotionnel, nous le partageons.

Jusqu'ici, les exemples ont illustré les manières de vivre la fragilisation et les dilemmes qui en résultent pour les personnes concernées et leur entourage. Un dilemme concerne le recours à l'assistance. En plus de l'aide donnée au quotidien par les membres de la famille, l'aide de professionnels peut se révéler indispensable en cas de fragilisation croissante. Comment ce pas vers un soutien professionnel est-il franchi ?

Du point de vue de la spécialiste en soins d'une organisation cantonale des services d'aide et de soins à domicile, c'est le recours à des services d'aide ménagère qui marque souvent le début de l'intervention d'une assistance professionnelle. Elle rapporte en des termes évocateurs la difficulté que posent les travaux de propreté lorsque les forces et la souplesse déclinent. Elle donne d'autres exemples pour montrer comment se développe le besoin de soins et de soutien dans la perspective de son métier. A l'exemple des bas de contention, elle met en lumière un besoin d'aide qui peut sembler tout à fait invraisemblable pour les personnes qui n'en ont jamais eus entre les mains. La perte de force dans les mains,

évoquée plus tôt par la représentante du Conseil des aînés, peut donc aussi se traduire par un besoin d'aide pour enfiler des bas de contention.

E : Quelles observations faites-vous lorsque les personnes âgées deviennent dépendantes d'assistance et de soins ?

S : Nous constatons souvent que cela commence lorsqu'une aide ménagère doit intervenir pour la première fois. Quand j'y pense, il est vrai que je trouve moi-même pénible de devoir mettre des draps à mon lit. Et passer l'aspirateur (...) C'est un de ces moments où la fragilité se trahit. (...) Et ensuite, voilà qu'un autre problème surgit peut-être. (...) Lorsque ce n'est rien de très grave, peut-être une insuffisance veineuse, il faudra se résoudre à enfiler ces fameux bas de contention (elle sourit). Il y a aussi toujours des gens qui n'ont pas besoin de beaucoup d'aide, sauf pour mettre ces bas de contention justement, parce qu'ils sont très rigides et qu'il faut de la force. (...) Oui, et sinon il s'agit parfois d'un processus assez lent, cela peut être de ne plus pouvoir se courber, de ne plus pouvoir couper ses ongles. C'est là que ça commence, puis un incident peut se produire, comme une chute, ce qui peut représenter un tournant brutal (...)

Dans l'ensemble, la description de la transition met en évidence une grande diversité de défis auxquels font face les personnes concernées, leur entourage et le système d'aide. Les mentions les plus fréquentes concernent les changements physiques et cognitifs. Il arrive d'observer certains points communs à diverses personnes, comme leur besoin d'assistance pour des activités physiques pénibles. En même temps, les spécialistes décrivent la fragilisation comme un processus très variable d'une personne à une autre. Des atteintes physiques et mentales permettent de déceler la transition en cours du « troisième » au « quatrième » âge, mais aucun spécialiste n'indique précisément à quel moment ce cap est franchi. Selon un assistant social, il n'existe pas de définition arrêtée de cette transition :

S : Bien entendu se pose la question des signes irréfutables de cette transition. Du troisième au quatrième âge. (...) Moi, je la constate essentiellement au niveau

des atteintes physiques – mais elles peuvent évidemment aussi être mentales. En fait, tout simplement lorsque ces atteintes mettent fin à l'âge actif. Je ne sais pas s'il y a une définition juste. (...) C'est très flou.

Les spécialistes interrogés n'emploient pas la notion de fragilisation telle qu'elle est utilisée dans la présente étude. Les changements dont ils font état recourent cependant les dimensions de la fragilité présentées dans la partie théorique du travail.

L'épithète « fragile », en revanche, revient souvent pour décrire des situations. Les spécialistes parlent de santé fragile ou encore de situations de vie fragiles. Une analyse minutieuse des entretiens montre qu'il existe une forte proximité entre les notions de « fragilité » et de « vulnérabilité ». Des explications détaillées sur cette observation suivent au chapitre 6.5.

Dans ce qui suit, l'analyse porte sur les événements qui ne présentent pas de rapport direct avec la fragilisation, mais qui l'influencent quand même.

6.4. Les événements de vie critiques du point de vue de spécialistes

Quels événements de vie critiques les spécialistes observent-ils en rapport avec la transition du troisième au quatrième âge ? Quels effets ces événements exercent-ils sur le processus de fragilisation ? Comment les personnes concernées réagissent-elles ? A quelles questions et à quels défis les spécialistes doivent-ils répondre dans ce contexte ?

De nombreux spécialistes font état de ruptures biographiques qui surviennent durant la phase de transition. Selon eux, ces ruptures provoquent un changement soudain et, en général, profond de la situation de vie. Concrètement, dans le cadre des consultations, les assistantes et assistants sociaux des organisations de Pro Senectute sont témoins d'événements qui bouleversent de manière radicale la vie des personnes concernées. Le témoignage suivant illustre ces répercussions du point de vue d'un assistant social.

S : Un incident peut provoquer une rupture radicale : une chute (...) ou, sur le plan médical, une quelconque

maladie dont on ne se remet que difficilement. Ou le fait de devoir prendre une décision difficile. Ou le décès du partenaire, parce que cela laisse un trou béant sur le plan émotionnel et plonge tout le système dans le chaos. Cette personne le devient [dépendante d'aide] sans préambule. (...) Avec l'avance en âge et le déclin des forces, on a toujours plus de mal à supporter de tels chocs ou des changements dramatiques. On compense beaucoup moins. Et lorsque l'on supporte moins bien les choses, c'est très souvent assez radical. Le besoin d'aide, jusqu'alors minime, devient énorme d'un coup. D'où ces difficultés. On ne sait jamais ce que la vie nous réserve.

La fragilisation entame les réserves d'une personne, si bien que celle-ci éprouve davantage de difficultés à réagir à des événements de vie critiques. Dans ces situations, une chute peut alors être la goutte qui fait déborder le vase, c'est-à-dire l'incident auquel une personne ne fait plus face et après lequel elle ne peut plus fonctionner comme jusqu'alors au quotidien. Les spécialistes constatent que, plus le processus de fragilisation est avancé, plus le besoin de sécurité devient important après un événement de vie critique. Dans ce contexte, il ne s'agit pas uniquement de résoudre des situations d'insécurité objective, mais aussi de réagir à l'amplification des sentiments d'insécurité. Les mesures pour atténuer ce mal-être peuvent prendre une forme très différente d'une personne à une autre.

S : La sécurité représente un aspect capital pour que ça aille mieux, nettement mieux.

E : Qu'englobe la « sécurité » pour vous ?

S : Il s'agit souvent d'une sécurité subjective. Il existe certaines raisons objectives qui sont réellement de nature médicale. (...) Le risque de chutes, c'est un très gros problème. On sait que la morbidité augmente énormément avec chaque chute. Il s'agit d'un incident lourd de conséquences. (...) Il y a certaines raisons médicales objectives, puis il y a une sécurité subjective. « Je ne me sens plus très à l'aise », « et si j'étais victime d'un cambriolage ? » ou que sais-je encore (sourire). Souvent, ce n'est même pas concret « si j'étais victime d'un cambriolage » – même si certains propos

le sont – mais dans bien des cas, il s'agit d'un ressenti subjectif. C'est lié à l'affaiblissement physique, (...) au fait de ne plus vraiment pouvoir faire face. Le propre corps n'est plus très robuste, on devient attaqué, on est plus vulnérable.

Il est possible de faire un rapprochement entre ce témoignage et le modèle graphique présenté au chapitre 3 de la partie théorique. La fragilisation se traduit par un déclin des propres capacités ainsi que par l'apparition d'un sentiment d'insécurité. Il en résulte un décalage entre l'autonomie réelle et le désir d'autonomie ressenti. Ici, il peut s'avérer utile de rétablir ce sentiment de sécurité grâce à une aide technique ou au soutien par des personnes. Il faut analyser la situation au cas par cas et trouver des moyens individuels pour aider la personne âgée à retrouver un sentiment de sécurité.

Les sections suivantes portent sur les événements de vie critiques durant la transition du troisième au quatrième âge que les spécialistes ont le plus souvent mentionnés. Cette description montre les difficultés auxquelles les personnes âgées sont confrontées, ainsi que le besoin de soutien qui peut résulter d'un événement de vie critique.

Les séparations de rôles

Admettre que le moment est venu de se séparer d'un rôle constitue un événement de vie critique. Cela peut tenir au déclin des propres facultés, mais se produit aussi sous la contrainte de facteurs extérieurs. Un exemple en est l'exercice de certaines fonctions, limitées dans le temps ou soumises à une limite d'âge. Les spécialistes des organisations de Pro Senectute observent la séparation de rôles chez des personnes âgées qui s'engagent dans le bénévolat. Il s'agit, par exemple, de personnes du troisième âge qui donnent des conseils fiduciaires ou qui se portent volontaires comme chauffeurs dans un service de transport. Lorsqu'elles ne peuvent plus accomplir leur tâche ou que cette activité les surmène, la question se pose de savoir si elles doivent abandonner leur rôle ou passer à une autre tâche. Une situation semblable se présente lorsqu'une personne doit renoncer à une fonction honorifique. Voici les réflexions de la représentante du Conseil suisse des aînés à ce sujet :

S : Si vous renoncez à une fonction lorsque vous êtes plus jeune, (...) vous pouvez dire : « Maintenant je peux passer à autre chose. » Si vous y renoncez à 78 ou à 82 ans, c'était sans doute – même sans aucun doute – la dernière. C'est la fin de la participation politique active,... c'est aussi la séparation de rôles. Que reste-t-il de moi ? Je ne suis plus membre du Conseil des aînés, je ne suis plus membre du conseil de la fondation « Untel ». Les fonctions et les rôles, c'est terminé. Et c'est aussi un aveu : je suis vieille maintenant... et peut-être que je n'intéresse plus les jeunes. Je dois me réorienter. Et cette phase de réorientation, elle n'est pas facile, selon moi. Quand on a occupé des fonctions tellement longtemps, on avait la reconnaissance de l'extérieur...

Les séparations de rôles marquent le vieillissement. Il arrive que le fait de n'avoir plus aucune obligation soit vécu comme quelque chose de positif. Souvent, cette séparation passe toutefois aussi par des moments de souffrance et de doute. Le témoignage illustre bien le lien entre un rôle et la propre identité. Les individus se définissent, dans une certaine mesure, par les rôles qu'ils occupent et les fonctions qu'ils exercent. L'abandon d'un rôle requiert une réorientation : qui suis-je maintenant ? La perte de statut est particulièrement frappante en cas de démission d'une fonction honorifique. Le vide apparu est comblé par d'autres rôles, moins prestigieux. La séparation soudaine d'une dernière fonction ou d'un dernier rôle éminent représente une perte particulièrement lourde. Sur le plan subjectif, l'abandon de la dernière fonction exercée jusqu'alors peut accentuer le début du quatrième âge. Les conditions de vie des personnes vulnérables se distinguent, entre autres, par le fait qu'elles n'ont que peu de rôles influents. La perte provoquée par la démission d'une tâche se révèle d'autant plus douloureuse.

Maladie et besoin de soins de l'autre conjoint

Le diagnostic inattendu d'une maladie grave représente un terrible coup du sort. La maladie contraint à réorganiser la vie quotidienne. Elle s'accompagne d'un besoin de soins qui se révèle aussi très éprouvant pour les proches. Maladie fréquente dans la vieillesse, la démence est donc aussi mentionnée par de nombreux spécialistes. Ils insistent sur la grande difficulté à re-

connaître cette maladie. Elle s'installe de façon insidieuse, déjà bien avant que le diagnostic ne soit posé. Dans pareil cas, c'est l'annonce du diagnostic qui représente l'événement de vie critique. Le moment où une personne apprend qu'elle est malade provoque un choc, mais le diagnostic peut aussi clarifier la situation. Il permet d'interpréter le comportement jusqu'alors incompréhensible d'un proche comme un corollaire de la maladie. Les assistantes et assistants sociaux sont surtout confrontés à la démence en tant qu'observateurs externes. En contact avec les personnes touchées ou leur famille, ils peuvent reconnaître certains symptômes grâce à leur savoir spécialisé et recommander la réalisation d'examen médicaux. Le témoignage suivant d'un assistant social illustre bien cette situation. Dans le cadre d'une consultation, une dame a évoqué les changements de comportement de son mari. Son récit ayant mis la puce à l'oreille de l'assistant social, ce dernier lui a conseillé de faire passer un examen médical à son mari.

S : Mon expérience, par exemple, c'est que le mari devient soudainement étrange (...) la dame raconte : « Il me fait de la peine, il affirme une chose, puis il s'arrange pour passer entre les gouttes d'une manière ou d'une autre. » Là, on peut remarquer, (...) qu'on est en présence des premiers signes d'une démence. Lorsque quelqu'un est un peu confus et essaye aussi de le dissimuler. Puis les choses prennent de l'ampleur, parce qu'il a l'impression que sa femme se « fout » de lui. Il devient de plus en plus confus et, comme il ne veut pas en entendre parler, cela peut l'amener à crier et à montrer un comportement qu'il n'avait jamais eu auparavant. On peut alors dire : « Abordez une fois ce sujet chez le docteur, accompagnez une fois votre mari chez le docteur. » Et puis, elle va souvent lui glisser un mot comme : « Dis donc, tu pourrais demander au médecin à cause de ta mémoire. » S'il se rend seul chez le médecin, alors tout ira pour le mieux. D'abord, il ne va pas lui dire : « Ma femme a l'impression que j'ai un début de démence, je veux en avoir le cœur net maintenant. » De plus, il se peut très bien qu'il n'y pense plus à la consultation. Il rentre à la maison, ses résultats sanguins sont excellents, il a le taux de cholestérol d'un homme de vingt ans et une santé exceptionnelle pour son âge. Un deuxième essai

suivra peut-être plus tard : « Accompagnez-le une fois et adressez-vous directement au docteur et faites-lui part de vos impressions et de vos expériences. »

Le début de la dépendance de soins marque un tournant dans la vie des personnes concernées et de leur famille. Les femmes et les hommes investissent beaucoup de temps et d'énergie dans l'assistance et les soins de leur partenaire. Une installation dans un EMS s'impose dans de nombreux cas lorsque le besoin d'aide devient plus important. Ce changement entraîne une rupture radicale dans la situation de vie des proches de la personne âgée. Ils doivent non seulement se faire au départ de la personne soignée, mais aussi s'habituer au temps dont ils disposent à présent, comme l'expliquent deux assistants sociaux d'une organisation de Pro Senectute en Suisse alémanique. Dans ces situations, la consultation sociale peut leur donner des pistes pour réorganiser leur vie quotidienne.

Sf : Oui, car cette personne qui se retrouve seule à la maison doit aussi nouer de nouveaux contacts. Auparavant, il fallait sacrifier un temps énorme pour les soins du conjoint, puis un jour c'est fini. Ce n'est pas comme un décès, mais c'est tout de même une séparation où il faut retrouver ses marques. Bien sûr, il ou elle peut souvent rendre visite à son partenaire, mais il y a quand même beaucoup de temps libre...

Sh : ... surtout en cas de démence...

Sf : Ces personnes se retrouvent dans une situation de vie entièrement nouvelle. Il n'est pas si facile de faire face à cette rupture. (...) Avant, leur vie avait un sens, et cela [le soutien du conjoint ou de la conjointe] leur apportait une grande reconnaissance. Quelqu'un prend soin de sa femme ou de son mari... et tout d'un coup : « Oui, et maintenant, que faire de mon temps, comment occuper mon temps de manière utile ? »

Sh : Et quand ils [les gens] les voient seuls au village, ils leur demandent aussi : « Ou est... ? ». Il faut encore donner des explications. C'est quand même pénible.

La perte de parents et d'amis

La perte de parents et d'amis est souvent mentionnée comme exemple de rupture biographique durant la vieillesse. Les spécialistes observent la charge psychologique qui pèse sur les survivants, ainsi que les changements qui se produisent dans leur vie quotidienne. Lorsque l'un des membres du couple décède, le conjoint survivant doit soudainement faire face à des problèmes de la vie quotidienne dont il ne s'était jamais occupé auparavant. Lors des entretiens, les spécialistes mentionnent la préparation du repas, la conduite de la voiture ou le règlement de tâches administratives comme nouveaux fardeaux qui peuvent apparaître après le décès du conjoint ou de la conjointe. Quand le défunt était la seule personne qui pouvait conduire une voiture, la personne veuve est accablée par cette limitation soudaine de sa mobilité. C'est donc la perte d'un être cher qui amène beaucoup de personnes à faire appel, pour la première fois, à un soutien professionnel.

6.5. Les personnes âgées vulnérables du point de vue des spécialistes

Ce sous-chapitre met en lumière comment les spécialistes reconnaissent des personnes âgées vulnérables. Qu'est-ce qui caractérise la vulnérabilité et quelles personnes âgées sont perçues comme vulnérables ? Comment les spécialistes emploient-ils le terme de « vulnérabilité » ?

Le résumé de tous les entretiens avec les spécialistes permet de conclure qu'il n'existe pas un groupe homogène de personnes vulnérables. Durant les entretiens, les spécialistes mentionnent des groupes sociaux et évoquent souvent, par exemple, les immigrés. Ils relativisent toutefois la situation et soulignent que l'immigration n'est pas toujours synonyme de vulnérabilité. En effet, même au sein d'un groupe d'immigrés, il existe une grande différence entre, par exemple, l'ouvrier dans la construction venu d'Italie méridionale et l'employé de banque originaire du nord de l'Italie. Par contre, tous les immigrés avec peu de moyens financiers ou sans connaissances de la langue pour se débrouiller au quotidien dans leur société d'accueil sont désignés comme vulnérables. L'évaluation des entretiens montre que tous les spécialistes emploient d'autres dimensions pour décrire les personnes âgées qui requièrent du sou-

tien et sont perçues comme des personnes âgées vulnérables. Les spécialistes mentionnent les dimensions des atteintes physiques, de la situation financière précaire et de l'isolement familial et social. Certains évoquent aussi le niveau de formation ou les connaissances linguistiques comme dimensions révélatrices d'une situation défavorisée.

Le spécialiste cité ci-dessous souligne que les personnes vulnérables représentent un groupe hétéroclite. L'expérience acquise dans le travail quotidien avec des personnes cherchant de l'aide permet toutefois d'affirmer que, parmi les usagères et usagers, correspond le plus au profil d'une personne vulnérable. Il mentionne en particulier les femmes vivant seules, souvent veuves, avec peu de moyens financiers.

S : Eh bien, c'est un grand mélange. Et s'il fallait le quantifier maintenant – mais ce que je dis est hypothétique (...), car il n'existe guère d'études sérieuses qui se sont prononcées là-dessus. Enfin, si on s'appuie sur notre expérience, alors il s'agit pour la plupart de personnes vivant seules. Souvent des femmes veuves. C'est une conséquence de notre forme de société, les femmes vivent simplement plus longtemps. En général, elles disposent aussi de moins de ressources matérielles.

Outre un capital économique insuffisant, les spécialistes évoquent aussi l'absence de contacts sociaux. Les personnes plus aisées ont aussi besoin de soutien lorsqu'elles vivent dans l'isolement. Le témoignage suivant illustre ce fait en décrivant la zone d'intervention d'une organisation de Pro Senectute. L'organisation travaille dans différents quartiers, dans des quartiers d'ouvriers mais aussi dans un quartier de villas. Il n'est pas rare que nous intervenions aussi dans un quartier de villas, explique le spécialiste, et là-bas, nous observons plutôt une détresse immatérielle, des gens qui vivent dans l'isolement total de leurs maisons cossues et qui n'entretiennent que peu contacts sociaux. Bien entendu, il ne s'agit pas de la majorité des clientes et clients.

S : Je ne les exclus pas, il ne faudrait pas que l'on pense qu'une organisation sociale rejette les gens fortunés. La détresse peut aussi les toucher, mais on la trouve

en grande partie à d'autres niveaux sociaux. Ce qui est certain, c'est que les gens aisés ont aussi les moyens de financer un soutien. (...) Là, ils peuvent être beaucoup plus créatifs.

Ces propos mettent aussi en évidence l'idée de compensation. L'exemple d'une dame fortunée permet de décrire un déficit de capital social. En même temps, le spécialiste relativise la situation : les personnes avec une bonne dotation économique peuvent compenser beaucoup de choses, ce qui est impossible pour les personnes sans de telles ressources.

Il est aussi question de la dimension culturelle de la vulnérabilité dans le cas de l'utilisation des offres. En prenant l'exemple de la table des habitués d'un bistrot, un assistant social décrit un groupe de personnes que son organisation a beaucoup de mal à atteindre et dont elle ne connaît donc pas les besoins. Il émet l'hypothèse que ce groupe passe de manière générale à travers les mailles du filet, surtout si l'organisation pratique une « action sociale pour la classe moyenne ». Par là, le spécialiste entend une méthode de travail qui s'appuie principalement sur des structures où le client doit faire le premier pas. Il est parti du principe que la personne recherchant de l'aide est capable de lire une brochure ou de téléphoner pour prendre rendez-vous. Les gens qui passent leur journée au bistrot sont emblématiques des personnes possédant peu de capital culturel, qui ne cherchent guère à nouer des contacts avec leur entourage.

E : Y a-t-il un groupe de personnes que vous aimeriez bien atteindre ?

Sh : Il y en a un, c'est évident pour moi. Il s'agit des personnes que nous avons du mal à atteindre par nos (...) activités de RP, nos relations médias ou nos offres. Ce sont ces gens qui passent leur journée au bistrot. A mon avis, nous devons faire attention à ne pas trop nous concentrer sur la classe moyenne. Celle-ci est aussi fragile, (...) Mais il faut quand même [avoir] certaines compétences socioculturelles pour s'adresser à Pro Senectute. Il en va de même pour nos cours ; d'une manière ou d'une autre, il faut qu'ils soient attrayants.

Outre le bistrot, les spécialistes connaissent encore d'autres lieux où se rendent des personnes âgées vulnérables. Ils mentionnent, par exemple, les restaurants en libre-service ou les petits cafés dans les centres commerciaux. Ces endroits offrent une possibilité d'observer plein de choses, tout en conservant un certain anonymat.

En plus des notions « pauvre », « isolé » et « allophone » ou « peu formé », les spécialistes mentionnent aussi les atteintes de la santé comme dimension de la vulnérabilité. Les professionnels de la santé mettent l'accent sur la vulnérabilité des personnes malades. Ils décrivent les personnes en proie à des problèmes d'addiction et à des maladies psychiques comme particulièrement vulnérables. Du point de vue de la spécialiste en soins, les personnes âgées souffrant de maladies psychiques chroniques forment un groupe avec lequel les contacts se révèlent très difficiles.

S : Cela me fait penser à un groupe de patients. (...) Vous savez, dans notre société, les maladies somatiques bénéficient d'une meilleure prise en charge que les troubles psychiatriques. Nous avons toujours des gens qui n'ont jamais reçu de diagnostic, et cela rend parfois la situation très difficile. Chez les personnes âgées (...) nous constatons parfois que c'est un psychiatre et non plus le médecin de famille qu'il aurait fallu consulter depuis belle lurette, parce qu'il y a vraiment une pathologie. (...) Pour les personnes plus jeunes, c'est encore faisable. Mais quand une personne est âgée et que la maladie est devenue chronique sans jamais avoir été diagnostiquée – et on remarque qu'il ne s'agit pas que de méfiance, mais que ça relève déjà du délire -, alors ces personnes sont très mal servies. Et bien sûr (elle soupire), cela donne lieu à des notes « sympas » dans les rapports : « elle est insupportable », jusqu'à ce que tu constates que la patiente voit des choses que nous ne voyons pas la nuit. Il faut savoir aborder ce genre de personnes. Elles sont tourmentées, mais elles n'arrivent pas à l'exprimer. (...) Donc, quand les choses deviennent chroniques et qu'elles relèvent de la psychiatrie chez les personnes âgées, on ne peut plus les prendre à la légère. Nous ne savons parfois vraiment plus comment les aider, alors on peut juste encore essayer de supporter (elle soupire) (...) et de fixer des petits objectifs.

Les organisations qui travaillent extra-muros entrent aussi en contact avec des personnes qui ne sortent plus guère de chez elles. Le personnel des services d'aide et de soins à domicile, par exemple, ont à faire à des personnes possédant peu de capital social, qui vivent seules depuis longtemps et dont le rayon de déplacement se révèle très limité. Dans pareilles situations, explique la spécialiste en soins, il est possible d'observer chez ces personnes une diminution des compétences sociales en raison du manque de relations interpersonnelles. Parfois, les professionnels des services d'aide et de soins à domicile se retrouveraient même dans un rôle de « partenaires d'entraînement » pour que ces personnes retrouvent certaines compétences sociales.

S : Si nous prenons l'exemple des personnes très âgées qui ne se déplacent que dans un rayon restreint depuis longtemps, alors (...) les compétences sociales diminuent au sens large du terme. (...) En l'occurrence, j'ai parfois l'impression que nous jouons un rôle de « partenaires d'entraînement » « Comment peut-on réagir ? » ou : « Posez la question au lieu de vous fâcher contre une amie si vous ne comprenez pas », c'est-à-dire ces choses qu'il faut de nouveau [exercer], comment se comporter les uns avec les autres ? Et je me demande si, quelquefois, ils n'ont pas un peu peur de sortir de chez eux et de se mêler à la foule. Je pense que beaucoup ont des appréhensions à aller à la rencontre d'un groupe, c'est quand même un sacré défi.

D'après son expérience, la spécialiste estime que les individus qui rencontrent déjà des difficultés à fréquenter d'autres personnes ne vont guère utiliser une offre hors de chez eux. Ils ne sont atteignables que par les offres proposées à leur domicile.

Dans certains entretiens, les assistantes et assistants sociaux déclarent que le flou entourant la notion de « vulnérabilité » leur pose problème. Si celle-ci est réduite à sa signification première, c'est-à-dire au « fait de pouvoir être blessé », cela veut dire que tout un chacun est vulnérable. D'où la grande difficulté, pour les professionnels, à déterminer les personnes considérées comme vulnérables.

Les spécialistes interrogés disposent d'une riche expérience en la matière. Ils sont témoins de diverses situations de vie et des façons de les gérer par les personnes concernées. Une diversité des définitions des problèmes se montre dans ce contexte. Des conditions d'existence très préoccupantes pour certains semblent ne pas inquiéter d'autres personnes. Cela reflète toute la diversité de la vieillesse et le ressenti subjectif. Le témoignage du responsable du bureau de consultation d'une organisation de Pro Senectute en Suisse orientale illustre très bien ce constat.

S : Au fond, la vulnérabilité signifie le fait de pouvoir être blessé (...) non seulement sur le plan physique, mais aussi au sens psychique. Cela veut dire, quand je suis vulnérable et je le ressens également ainsi. (...) voici selon moi le point principal pour la distinction. Je ne suis vulnérable qu'à partir du moment où je le ressens. Si la barrière de la langue représente un problème pour moi, parce que je me rends compte que je suis défavorisé à cause de ça, alors je peux dire que je fais partie d'un groupe cible vulnérable à cause de mon handicap de la langue. Par contre, si cela ne me pose en fait aucun problème, parce que je ne (...) le ressens pas ainsi, alors je ne suis pas vulnérable. Parce que je me débrouille bien comme ça. (...) D'où la difficulté à trouver d'abord une définition claire et, ensuite aussi, des indicateurs pour savoir qui est vulnérable et qui ne l'est pas.

L'expérience du spécialiste favorise la prise de conscience tant de la diversité que de l'individualité des situations de vie. Elle permet d'axer la consultation sur chaque individu et ses besoins. En même temps, il y a lieu de compléter cette perspective d'un regard sociologique sur la réalité. Celui-ci se tourne vers la société et les personnes qui y sont défavorisées. Il contribue à reconnaître des points communs, comme des influences structurelles qui déterminent les conditions d'existence de personnes différentes. Un tel regard s'impose aussi afin de donner des renseignements quantifiables sur les personnes vulnérables. La définition obtenue grâce à cette perspective peut servir de fil conducteur dans la démarche. Le modèle proposé dans la présente étude décrit des dimensions qui doivent se caractériser par des carences pour que quelqu'un soit considéré comme vulnérable. Il

fournit ainsi des points de repère indiquant les dimensions dont il faut tenir compte. L'objectif consiste à soutenir les individus défavorisés en raison d'un cumul de déficits économiques, sociaux, culturels et physiques.

Une organisation en Suisse romande travaille d'ores et déjà avec un modèle de la vulnérabilité qui s'appuie sur les trois formes de capital de Pierre Bourdieu, complétées de la santé physique. Durant l'entretien, le responsable du domaine de l'action sociale présente les dimensions de la vulnérabilité définies dans l'organisation. Cette présentation des formes de capital, dont les déficits entraînent un cumul, correspond au modèle développé dans la partie théorique du présent travail.

E : Les personnes qui ont des difficultés avec les transitions, est-ce que vous pouvez les décrire?

S : Non, je ne peux pas les décrire, parce que je n'ai pas connaissance d'étude qui aborderait cette question. Maintenant, empiriquement, je ne peux pas à faire une distinction, parce que les ruptures peuvent arriver aux riches comme aux pauvres, aux personnes qui sont seules comme aux personnes qui vivent en couple ou en famille. Tout ce que je peux dire, c'est qu'il y a quand même un cumul de risques. On trouve des informations sur les domaines de vulnérabilité classique, c'est-à-dire la vulnérabilité matérielle, la vulnérabilité relationnelle, la vulnérabilité socioculturelle (...) et la santé. Les situations les plus à risque sont celles qui cumulent les vulnérabilités. En général, si on a une vulnérabilité, ça va encore. C'est embêtant, mais ce n'est pas encore catastrophique. Si on en a deux, alors là, ça ne va plus.

Le spécialiste explique aussi que les déficits dans les diverses dimensions de la vulnérabilité se renforcent les uns les autres. Il n'est pas rare que cela mène à la précarité. Tant que d'autres formes de capital existent, elles permettent de compenser les déficits. Des relations sociales vécues comme une source d'épanouissement et de soutien peuvent aussi contribuer à mener une vie heureuse malgré un budget très serré. Dès qu'une forme de capital fait défaut ou que des déficits subsistent dans plusieurs formes de capital, la situation devient précaire.

E : Est-ce qu'on peut compenser une vulnérabilité ?

S : Tout à fait. Justement, les études sociologiques ont montré qu'il y a des compensations possibles. Une personne qui a peu de moyens financiers peut encore jouir d'une certaine qualité de vie, pour autant que elle ait des contacts et que ces contacts lui conviennent, la satisfassent. Elle doit aussi avoir un bon bagage socioculturel pour accepter la situation. Il y a des gens pauvres qui vivent très simplement et qui sont heureux. C'est parce qu'ils ont ces capitaux-là. Pour la santé, c'est un peu plus difficile. Toutefois, une personne dépendante pourra trouver une compensation au travers de ressources sociales et culturelles. En effet, si elle a des ressources mentales pour faire face à la pénibilité de sa maladie, et puis si elle est entourée, ça ira beaucoup mieux. Mais là où ça ne va vraiment pas, c'est lorsqu'il manque l'un de ces capitaux, voire deux. On est alors dans un cumul de vulnérabilité qui amène à la précarité. La vulnérabilité peut donc se compenser ; mais dès le moment où l'on passe un seuil où la compensation ne peut plus se faire, dans ces quatre domaines, on arrive à la précarité.

Plusieurs des personnes interrogées constatent qu'il n'existe guère d'études montrant quels individus sont vulnérables dans la vieillesse. Il s'agit d'une tâche permanente d'observer quelles personnes deviennent vulnérables, quels sont leurs besoins et de quelle manière elles peuvent être atteintes. Une certaine abstraction est toujours de mise afin de trouver une définition de la vulnérabilité utilisable comme fil conducteur.

E : (...) et avoir le courage de définir la détresse ?

S: Oui, sa définition est toujours différente, presque pour chaque génération. Je ne veux pas dire qu'il faut être flexible au point de ne plus être reconnu. On peut tout envisager dans un sens plus large, presque tout est alors justifié. Une fois, Pro Senectute Suisse a fait un travail sur les personnes vulnérables. Mais en le lisant, on a l'impression d'être vulnérable quand on vient au monde, et on n'est plus vulnérable quand on meurt. Ce n'est pas assez spécifique, nous devons avoir le courage d'être plus spécifiques, d'être plus schématiques, en sachant qu'on ne peut pas

tout expliquer ainsi, mais qu'on a une cible. Elle doit être reconnaissable et concrète – en sachant qu'on laisse des choses de côté –, mais résolument tournée vers les gens en détresse. Et la notion de détresse, nous devons sans cesse la redéfinir ensemble et débattre sa signification. Il n'est pas question de l'affaiblir, mais d'en débattre. C'est un thème récurrent : où y a-t-il des besoins et où se situe le système d'aide formel par rapport au système informel ? Toujours et encore.

Fait surprenant, les spécialistes mentionnent rarement le terme de « vulnérabilité » durant les entretiens. Un spécialiste fait part, sans ambages, de son aversion pour ce terme : en raison du radical « *vulnus* » ou « blessure », il trouve ce terme trop « sanglant » et préfère parler de fragilité. Dans deux des organisations de Pro Senectute interrogées, le terme de fragilité est employé dans un sens équivalent à celui de vulnérabilité. Cela sème la confusion. Les différentes organisations cantonales ou intercantionales ont non seulement chacune leur propre conception de la vulnérabilité, mais elles la désignent aussi en utilisant des termes différents.

Dans la perspective de la présente étude, la fragilité et la vulnérabilité se distinguent comme suit. La partie théorique a permis d'établir que la fragilité désigne principalement des atteintes de nature physique. La vulnérabilité possède, certes, aussi une dimension physique, mais elle recouvre davantage d'éléments que la notion de fragilité. Outre l'état physique, la situation sociale contribue aussi à la vulnérabilité d'un individu. La fragilisation restreint les possibilités physiques d'un individu. Il en résulte un besoin de soutien par d'autres personnes. Lorsqu'un individu reçoit ce soutien de ses connaissances ou qu'il est en mesure de le financer lui-même, il jouit d'une situation propice à atténuer une vulnérabilité. Par contre, lorsque la fragilisation empêche un individu d'entretenir ses derniers contacts sociaux, c'est toute son existence qui peut basculer dans une situation précaire.

Dans l'ensemble, il existe une ambivalence dans l'emploi du terme de vulnérabilité. Certains spécialistes utilisent cette notion, tandis que d'autres semblent ne pas la trouver assez spécifique ou peu susceptible de

servir de fil conducteur. Sur le fond, il existe un large consensus sur le fait que les conditions d'existence difficiles se caractérisent par des inégalités dans plusieurs dimensions et qu'un cumul de ces atteintes peut se produire. Dans le cas des groupes de personnes qui sont mentionnés à titre d'exemple et qui présentent un besoin de soutien d'après les personnes interrogées, les dimensions évoquées correspondent à celles qui forment la notion de vulnérabilité proposée ici.

Après avoir traité les conditions d'existence des personnes âgées, l'étude se concentrera, au sous-chapitre suivant, sur les offres censées leur apporter du soutien.

6.6. Les offres destinées aux personnes âgées du point de vue des spécialistes

Afin de préparer les bases de l'analyse empirique, les offres destinées aux personnes âgées ont fait l'objet de recherches sur l'internet. Des domaines de la vie d'une

Domaine de la vie	Offres
Logement	Conseil pour l'aménagement du logement : il montre les possibilités d'adapter le logement d'une personne à mobilité réduite grâce à des mesures architecturales ou l'utilisation d'aides techniques. Services de jardinage : travaux d'entretien du jardin d'une personne âgée. Résidences-services : formule permettant, malgré une mobilité réduite, de mener une vie autonome dans une très large mesure et de recevoir du soutien.
Soutien à domicile	Assistance pour la gestion du quotidien : soutien au domicile des personnes âgées pour le nettoyage, l'hygiène corporelle ou des petits travaux manuels. Services de blanchisserie : récupération du linge sale, lessive et livraison du linge propre. Services de nettoyage : travaux de propreté dans l'appartement.
Repas	Assistance pour la gestion du quotidien : personnes qui aident les personnes âgées à préparer les repas ou se chargent de faire leurs courses. Services de repas : livraison à domicile de repas préparés. Personnes qui aident des personnes âgées à prendre leur repas. Tables de midi
Bien-être	Coiffeur ou coiffeuse qui se déplace à domicile. Podologue qui se déplace à domicile. Offres de détente ou de bien-être, p.ex. des massages. Bouton d'alerte pour avertir ses proches en cas de problème.
Prestations et soins médicaux	Soins médicaux à domicile Traitement médical
Déplacements hors du domicile	Services de transport en voiture : chauffeur qui conduit les personnes âgées chez le médecin, le thérapeute ou à des rendez-vous importants, qui aide le passager à monter et descendre du véhicule et, si nécessaire, l'accompagne jusqu'au rendez-vous.
Contacts sociaux	Groupes sportifs, groupes culturels, associations, offres dans les quartiers, après-midi de jeu, voyages en car (pour handicapés), chaînes téléphoniques. Foyers de jour
Formation/information	Consultation sociale générale Sites informatifs en ligne offrant p.ex. des repères concernant des offres dans le domaine social. Appareils faciles à utiliser (téléphone, télévision, radio)
Affaires administratives	Les services fiduciaires proposent un soutien administratif pour s'occuper de la comptabilité, p.ex. paiements de factures ou demandes de remboursement de prestations à la caisse-maladie. Cours consacrés à des tâches administratives Services de déclaration d'impôt

Tableau 3 Recherches sur les offres destinées aux seniors

personne ont été définis à cet effet, puis des prestations typiques ont été attribuées à chacun de ces domaines. L'objectif était de créer une vue d'ensemble des offres possibles pour les personnes âgées. Le tableau ci-dessous montre qu'il existe, au fond, un choix large et diversifié. Il reste à déterminer quelles offres sont proposées sur l'ensemble du territoire et à quelles conditions elles sont accessibles.

Les sous-chapitres suivants de la partie empirique se concentrent sur les offres dont il a été question durant les entretiens. Il s'agit, d'une part, des services des organisations cantonales ou intercantionales de Pro Senectute, d'une organisation cantonale de la Croix-Rouge suisse, ainsi que de l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. D'autre part, les entretiens portent aussi sur les services d'autres prestataires de l'action sociale et du système de santé en Suisse, dans la mesure où leur domaine d'activité concerne aussi la transition du troisième au quatrième âge. Ainsi, un rôle essentiel qui revient est celui des médecins de famille.

Des différences existent dans la conception des offres. Celles-ci se distinguent par différents degrés de standardisation. Les prestations médicales de l'Association des services d'aide et de soins à domicile sont définies de façon précise et, de ce fait, comparables entre plusieurs régions. Des offres de Pro Senectute comme la consultation sociale comprennent aussi des éléments standardisés, tandis que les offres de loisirs varient beaucoup dans leur positionnement et conception. Un cours semblable sous une dénomination semblable peut ainsi être conçu d'une manière très différente d'un canton à un autre. Le tableau 7 dans l'annexe répertorie toutes les offres dont il a été question durant les entretiens. Au travers de questions directrices, les prochains chapitres décrivent diverses offres de façon plus détaillée.

6.7. Accompagnement de la transition par des offres du point de vue des spécialistes

Ce sous-chapitre traite la question de savoir comment les offres de l'action sociale et du système de santé aident à gérer la transition du troisième au quatrième âge. La transition se caractérise par le processus de fragilisation. Celui-ci comporte des atteintes physiques et men-

tales croissantes. Ci-dessous se trouve une description des prestations offrant du soutien dans divers domaines pour la transition du troisième au quatrième âge :

Domaine	Prestations
Accompagnement pour faire face à une transition	Consultation, offres sociales
Accompagnement pour gérer des atteintes physiques	Consultation, ergothérapie
Accompagnement pour gérer des atteintes cognitives	Cours d'entraînement (de la mémoire)
Accompagnement pour gérer des atteintes de maladies chroniques	Gestion de la thérapie
Soutien en cas d'atteintes physiques	Aide ménagère
Soutien en cas de mobilité réduite	Services de transport

Tableau 4 Accompagnement de la transition par des offres

Accompagnement pour faire face à une transition : consultation

La consultation qui se déroule dans une situation de travail social se distingue par le fait qu'un spécialiste soutient la personne demandant conseil lors d'un entretien. L'objectif consiste à transmettre des informations de façon compréhensible et à les mettre à disposition des aides afin d'identifier des situations problématiques et de trouver des pistes de solution possibles. Divers centres spécialisés de l'action sociale gérontologique proposent des consultations comme prestation de soutien, sur rendez-vous unique ou périodique. Dans tous les cantons, Pro Senectute met ses services de consultation sociale à disposition des personnes âgées et de leurs proches.

Faire face à la transition entre les deux âges de la vieillesse demande de la force et des stratégies efficaces. La consultation peut contribuer à mieux identifier ses propres désirs, objectifs et possibilités d'agir. De par leur expérience de la consultation sociale, les assistantes et assistants sociaux savent qu'une situation de transition peut susciter les réactions les plus diverses chez leurs clientes et clients. Le spécialiste cité ci-dessous distingue trois stratégies : l'anticipation, la procrastination et le déni. Les spécialistes estiment que la détection précoce d'une situation aide à y faire face. Après avoir souvent vécu des consultations où des per-

sonnes se trouvaient déjà dans une situation précaire et avaient, selon les assistantes et assistants sociaux, décidé très tard de faire appel à un soutien professionnel, certains insistent sur l'importance d'anticiper les événements. En dépit du caractère largement imprévisible de la vie, il convient de réfléchir à l'avance sur les changements probables, comme le départ à la retraite. Le responsable de l'action sociale d'une organisation de Pro Senectute en Suisse romande rend compte des expériences dans son travail avec des personnes âgées et montre qu'une réflexion précoce sur les changements aide à les accepter et à éviter des souffrances supplémentaires.

E : Comment les personnes concernées réagissent à ces phases de transition ?

S : Là aussi, ça dépend des individus (...) on est jamais complètement préparé, mais le fait d'y avoir pensé, d'avoir anticipé cette organisation, ça aide. (...) Il y a des personnes qui anticipent, et puis d'autres qui sont aussi dans la procrastination et le déni. Procrastination (...) signifie : toujours remettre à demain ce qu'on peut faire aujourd'hui, ce qui fait qu'on ne fait pas les choses. Le déni, c'est refuser d'y penser parce que c'est trop désagréable ou trop pénible. (...) Pour ces personnes-là, il y a une double confrontation. Premièrement parce que la rupture arrive d'un coup. En effet, il suffit de descendre du trottoir quand on marche dans la rue, de se casser le col du fémur, d'aller à l'hôpital et de devoir y rester longtemps, passer par toute la chaîne de réadaptation et de rentrer handicapé chez soi. C'est la rupture de santé ou relationnelle. La deuxième fragilité, c'est de ne pas y être préparé. De ne pas s'être dit, mais si un jour je vais moins bien, comment vais-je organiser ma vie ? Vais-je pouvoir rester où je suis ? Vais-je pouvoir demander de l'aide, suis-je prêt à en recevoir ? C'est ce que j'appelle la double rupture. Il y a la pénibilité de la rupture par rapport à la qualité de vie en elle-même et puis celle de devoir affronter l'idée de vivre autrement.

Pour les personnes qui veulent et peuvent anticiper, les offres de consultation ébauchent des moyens de prendre certaines précautions, sans pour autant donner aux gens l'illusion d'une vie planifiable et contrôlable

jusque dans ses moindres détails. Le questionnement sur les changements dans la vie suscite aussi des craintes. C'est pourquoi il appartient à tout un chacun de savoir comment il gère les changements et de connaître son besoin de planifier les choses.

Le logement constitue une dimension de la vie qui requiert des adaptations pour de nombreuses personnes âgées. Suivant le plan des pièces et le niveau d'aménagement de l'appartement, la poursuite d'une vie autonome dans ces mêmes murs peut poser des problèmes plus ou moins importants. La réflexion hypothétique, consistant à se demander ce que l'on ferait en cas d'atteintes physiques, peut aider à prendre des premières mesures ou à penser à d'autres solutions. Les offres d'information ou de consultation sensibilisent les gens sur le thème de l'anticipation et de la planification. Si une personne opte pour la stratégie de l'adaptation anticipée, la consultation permet de lui indiquer les possibilités compensatoires d'adaptation qui existent.

Dans la perspective des formes de capital, la question se pose bien entendu de savoir quelle est la nature du lien entre ces stratégies et la dotation en capital d'un individu. Est-ce juste le ressenti personnel ou est-ce que les facteurs socioéconomiques jouent aussi un rôle dans le besoin de planifier les choses ? Il est concevable que le capital culturel contribue à ce que l'anticipation et la planification imprègnent le regard porté sur la vie. Ce qui est certain, c'est que le capital économique représente, dans de nombreux cas, la condition sine qua non pour pouvoir prendre des mesures de manière anticipée. Pour en rester à l'exemple du logement : des moyens financiers sont indispensables pour réaliser l'adaptation architecturale d'un appartement. Il appartient ici aux bureaux de consultation de créer, également pour les personnes avec une faible dotation en capital, des possibilités de compensation ad hoc.

Accompagnement pour faire face à une transition : offres sociales

Pour faire face à une transition, il ne suffit pas d'anticiper les changements attendus, mais il faut aussi savoir gérer l'inattendu. De nombreux spécialistes s'étonnent de la capacité d'adaptation dont font preuve beaucoup de clients. Ils décrivent la capacité des personnes âgées

à s'adapter sans cesse à de nouvelles situations de vie comme une ressource importante. Un assistant social explique qu'elles ont le plus de chances de renforcer cette ressource à travers des contacts sociaux. Grâce à ceux-ci, les individus peuvent s'exercer à prendre conscience de soi et à s'exprimer.

E : Quelles sont les ressources des personnes âgées confrontées à ces transitions ? Qu'observez-vous ?

S : Disposer d'une ressource aussi puissante est un phénomène, pour lequel nous devons nous estimer heureux qu'il soit propre aux être humains. En moyenne – sauf si quelqu'un est dépressif, mais il s'agit alors d'un tableau clinique – il est fascinant de voir tout ce qu'une personne normale, plus ou moins bien portante, peut endurer. La vieillesse, c'est l'âge du déclin, qu'on le veuille ou non, on peut aller au fitness tant qu'on veut et peut-être un peu retarder le tout, mais à la fin, on devient faible et on meurt. Un point c'est tout. Ce n'est pas une perspective très prometteuse (il sourit). Là, il est étonnant de voir combien de gens (...) peuvent endurer, juste endurer psychiquement, intellectuellement des atteintes « dans la tête ». « Bien refoulé, c'est à moitié gagné. » J'ai pu observer cela plein de fois. (...) « Oui, bien sûr que je mets beaucoup plus de temps à faire ceci ou cela le matin, mais après tout, non, non, je me porte plutôt bien ! » Vu de l'extérieur (...) on se dit : « Mais comment cette personne peut-elle être satisfaite ? » (il rit) Il s'agit de toute évidence d'un art dans lequel les humains sont maîtres. Il s'agit de l'une de ses principales ressources, de sans cesse pouvoir à nouveau s'adapter, de toujours réussir à retrouver ses marques et de dire : « C'est maintenant ma situation, je ne peux rien n'y changer, j'accepte les choses comme elles sont. » Il s'agit de la ressource la plus importante. De l'extérieur, c'est bien entendu difficile [de l'influencer]. On peut sans doute un peu s'y entraîner, en essayant de rester connecté à soi-même et à son entourage. Si c'est possible en famille, alors c'est formidable. (...) Nous essayons aussi de les encourager, c'est clair. [Nous essayons] de proposer l'une ou l'autre offre en tant qu'organisation, pour laquelle il existe aussi la plateforme à cet effet. Il faut une plateforme pour cela.

Les contacts sociaux renforcent la capacité d'adaptation des personnes âgées. Les personnes qui disposent d'un certain capital social dans leur famille ou leur cercle d'amis peuvent s'entraîner à entretenir des contacts dans ce cadre. Quant aux personnes âgées isolées, elles ont besoin de lieux sociaux leur offrant cette opportunité. Il peut s'agir d'offres de loisirs ou de cours, conçus de sorte à faciliter l'échange social.

Accompagnement pour gérer des atteintes physiques : consultation

Certains spécialistes rapportent que les personnes confrontées à des atteintes physiques ont du mal à reconnaître leur besoin réel de soutien. Ils expliquent que les enfants ou les conjoints participent souvent à la consultation et qu'ils se montrent inquiets de l'état de santé ou du besoin de soutien de leur père, de leur mère ou de leur partenaire. Plusieurs spécialistes décrivent le soulagement que cela procure aux proches lorsqu'un professionnel leur confirme qu'un soutien ambulatoire professionnel ou qu'une installation dans un établissement médico-social serait très utile. Cet avis d'un professionnel externe rend les choses plus claires pour la personne dépendante de soins, et il lui devient plus facile d'accepter du soutien. La consultation sociale de Pro Senectute favorise la mise en place d'accords de soins entre les membres de la famille ou avec des professionnels ou, plus tard, l'organisation de l'installation dans une institution médico-sociale. Outre le conseil personnalisé, la résolution des questions financières revêt aussi une grande importance dans ce contexte. Le service de consultation sociale de Pro Senectute aide les personnes concernées à obtenir des aides financières, comme l'allocation pour impotent ou les prestations complémentaires. Un assistant social décrit de façon saisissante la peur de nombreuses personnes de ne pas pouvoir payer les coûts de l'EMS.

S : Il arrive souvent que les gens nous demandent à l'avance comment payer ces frais, ils veulent savoir s'ils peuvent se permettre un séjour dans un EMS. Je réalise souvent que les gens ont peur de ce qui pourrait leur arriver. (...) Il y a aussi beaucoup d'idées reçues. Ceux qui pensent : « Si j'entre dans un home, mes enfants vont devoir payer. » Dans ces situations, je tiens aussi à leur enlever une peur. L'objectif

de la consultation est clair : l'assistance doit être donnée à domicile, tant que c'est faisable et aussi longtemps que possible. Mais pas jusqu'à ce qu'une personne craque, juste parce qu'elle ne sait pas qu'il serait tout à fait possible de financer un séjour dans un home.

Accompagnement pour gérer des atteintes physiques : ergothérapie

Durant la transition du troisième au quatrième âge, l'ergothérapie offre un moyen de réagir à des atteintes physiques et mentales. Comme l'expose la directrice d'une organisation cantonale de la Croix-Rouge suisse, l'ergothérapie aide à développer des stratégies ou à trouver des moyens auxiliaires adéquats afin de mener une vie aussi autonome que possible malgré des atteintes physiques. L'ergothérapie apporte aussi un soutien aux personnes concernées et leur famille en cas d'atteintes cognitives ou de début de démence.

S : Les résultats de l'ergothérapie (...) avec des personnes âgées sont sous-estimés. L'ergothérapie consiste, entre autres, (...) à aider des personnes désorientées, pour qu'elles puissent de nouveau organiser elles-mêmes leur vie quotidienne, par exemple en s'exerçant pour qu'elles puissent de nouveau faire elles-mêmes les courses.

E : Tout cela fait partie de l'ergothérapie ?

S : Oui, l'ergothérapie sert à rétablir l'organisation de la vie quotidienne. Il ne faut pas nécessairement de longues séquences. Il suffit par exemple de s'exercer trois fois avec quelqu'un : « Votre chemin est là, passez par là. » Ou lorsqu'une personne réapprend à s'habiller elle-même. C'est quelque chose qui désespère souvent les proches. C'est comme avec des petits enfants, ces personnes renoncent carrément à s'habiller. « Je devrais partir, le service de transport pour aller au foyer de jour va arriver, et tu n'es pas prêt. » Cela provoque des situations stressantes. Cet entraînement, avec les proches, comment s'y prendre pour que la personne démente puisse le faire et ne refuse pas de le faire. Ce sont alors des petites choses, par exemple poser les chaussettes en premier, ensuite les sous-vêtements, tout disposer dans l'ordre, et non

pas pêle-mêle pour se stresser ensuite. Les petits conseils pratiques, c'est le rôle de l'ergothérapie.

Cette offre est proposée par les organisations cantonales de la Croix-Rouge suisse, sur ordonnance médicale.

Accompagnement pour gérer des atteintes cognitives : cours d'entraînement (de la mémoire)

Les atteintes des capacités cognitives constituent une autre dimension de la fragilisation. Comme déjà décrit, la capacité de mémoriser et la capacité de résoudre des problèmes nouveaux peuvent diminuer dans la vieillesse. Les contacts sociaux et les activités communes, comme le jass ou d'autres jeux de société, sollicitent et entraînent les capacités cognitives.

Certaines organisations de Pro Senectute et les organisations cantonales de la Croix-Rouge suisse proposent des cours d'entraînement de la mémoire. Ces cours transmettent des stratégies et proposent des exercices afin de freiner ou de compenser le déclin des capacités cognitives.

S : Il y a par exemple des cours, appelés des cours mémoire qui ont été mis en place l'année passée pour les personnes qui ont des difficultés de mémoire. Ces cours ne s'adressent pas uniquement aux personnes qui souffrent d'Alzheimer. Les gens se rencontrent et puis font des jeux ou des activités spécifiques aux problèmes de ce genre.

Accompagnement pour gérer des atteintes de maladies chroniques : gestion de la thérapie

Un traitement adéquat, des aides techniques et la collaboration avec des spécialistes médicaux permettent souvent de contrôler de façon surprenante les maladies chroniques. En l'espèce, l'objectif consiste à minimiser les répercussions négatives sur la qualité de vie. La responsable des soins d'une organisation cantonale des services d'aide et de soins à domicile décrit combien il est important de bien adapter la thérapie à la vie quotidienne d'un patient. Lors de la planification, une analyse commune de la situation de vie et la mise en place du traitement servent à réduire au strict minimum les inconvénients pour le patient.

S : S'il existe des thérapies médicamenteuses toujours plus pointues face aux maladies chroniques, aussi en cardiologie – ce qui est bien sûr très positif –, cela génère toutefois aussi un besoin de soins. On a tendance à l'oublier quelquefois (elle sourit). En effet, qui gère tout cela ? Tenez, l'élimination de l'eau, c'est un bon exemple. Il faut que ce soit ni trop, ni trop peu. Les œdèmes ne doivent pas augmenter, mais il faut aussi veiller à ce que le patient ne soit pas soudainement déshydraté. Dans ce domaine, la gestion de la thérapie y est pour beaucoup. Ce faisant, nous travaillons évidemment en contact étroit avec le médecin de famille. Car il faut intégrer cette thérapie dans la vie quotidienne. Là, ce sont nous – les soignants – qui sommes les experts. Savoir mettre en œuvre la médecine dans la vie quotidienne de la personne âgée. Cela demande des idées sur mesure. [Des difficultés apparaissent] par exemple pour l'élimination de l'eau (...) « Maintenant que je prends mon médicament le matin, je dois aller aux toilettes toutes les demi-heures, alors que j'ai rendez-vous avec le groupe de jass », ou « Je devrais faire des courses, mais je reste à la maison, puisque je dois aller aux toilettes toutes les cinq minutes. » Il faut alors s'arranger (...) pour que la patiente puisse prendre ses médicaments l'après-midi ce jour-là.

Ce témoignage démontre que la compréhension professionnelle et la sensibilité du spécialiste se révèlent déterminantes pour l'adaptation de la thérapie à la vie quotidienne. Le professionnel place l'individu et ses besoins au premier plan et adapte le traitement médical en conséquence. Avec la patiente ou le patient et de concert avec les médecins traitants, il met en place la forme de traitement la moins astreignante. Dans ce contexte, les patients avec de bonnes connaissances linguistiques et une formation peuvent mieux s'impliquer et exprimer plus clairement leurs besoins. Les individus qui en sont moins capables doivent faire appel aux compétences du spécialiste. En outre, deux logiques se rencontrent dans la situation décrite. Une infirmière des services d'aide et de soins à domicile fournit des prestations en vertu de la liste des tarifs et, ce faisant, elle tente d'intégrer les besoins spécifiques du patient. Trouver une solution adéquate, parfois même originale, demande du temps et des ressources. Dans l'accompagne-

ment de la transition, il est essentiel que les infirmières et infirmiers puissent prendre le temps d'adapter la thérapie, ainsi que de s'assurer de l'efficacité de cette mesure.

Soutien en cas d'atteintes physiques : aide ménagère

Dans de nombreux cas, la transition vers le quatrième âge éveille un besoin de soutien au quotidien, par exemple pour les tâches ménagères, le nettoyage ou les courses. Les organisations des services d'aide et de soins à domicile et diverses organisations de Pro Senectute proposent des aides ménagères professionnelles. L'aide ménagère est assurée par des professionnels qualifiés. La tarification de ce service diffère d'un endroit à l'autre. Certaines organisations de Pro Senectute servent en outre d'intermédiaire pour des services de bénévoles, qui se mettent à disposition pour divers travaux dans la maison et au jardin. Toutefois, ces services ne sont pas gratuits.

Soutien en cas de mobilité réduite : services de transport

Les services de transport, qui sont proposés par certaines organisations de Pro Senectute et des organisations cantonales de la Croix-Rouge suisse, soutiennent les personnes à mobilité réduite : les chauffeurs viennent chercher les personnes âgées à domicile, les conduisent à des rendez-vous et les accompagnent, si nécessaire, jusque devant la porte. Il peut s'agir d'une visite chez le médecin ou le thérapeute, d'un déplacement pour des démarches administratives, d'un rendez-vous chez le coiffeur ou des courses. Les conductrices et conducteurs sont des bénévoles. L'offre n'est toutefois pas gratuite.

Comme premier bilan, il convient de retenir qu'il existe une large panoplie de services pour accompagner et soutenir les personnes âgées dans la transition du troisième au quatrième âge sous ses facettes les plus diverses. Cela peut aller d'une consultation ponctuelle à un accompagnement régulier de longue durée. La dimension physique de la vulnérabilité figure au premier plan dans les services de consultation et de soutien. Les cours et les offres de loisirs accroissent le bien-être et aident à faire face. Ils offrent un lieu pour entretenir des contacts sociaux et créent des possibilités d'échanges

avec des personnes qui ont déjà fait l'expérience de situations similaires.

6.8. Soutien pour faire face à des événements de vie critiques

Après avoir étudié comment les offres décrites peuvent aider les personnes âgées à faire face au déclin des forces du corps, l'accent est maintenant mis sur les événements de vie critiques. Quel est le soutien qu'apportent les offres aux personnes confrontées à un événement de vie critique ? Les offres répondent-elles aux besoins ?

Le dépôt du permis de conduire : un événement de vie critique

Un véhicule automobile permet de décider d'un moment à l'autre de partir et d'aller quelque part. La perte de l'aptitude de conduite se révèle souvent d'autant plus difficile lorsqu'une personne se déplaçait en voiture depuis longtemps. Si aucun de ses proches ne peut faire office de chauffeur, la personne concernée doit se résoudre à utiliser un service de transport ou les transports en commun.

Pour les personnes qui se sont déplacées en voiture toute leur vie et qui n'ont guère utilisé les transports en commun, ce changement représente un défi de taille. Elles doivent réapprendre à lire des plans de lignes et des tableaux horaires ou à se servir d'un automate à billets. En particulier lorsque des troubles de la marche apparaissent, les personnes âgées redoutent aussi de ne pas descendre à temps ou de chuter à ce moment-là. Afin de faciliter ce changement, diverses organisations proposent des cours. Une assistante sociale d'une organisation de Pro Senectute en Suisse romande attire aussi l'attention sur des causes inhérentes à l'évolution de la société dans ce contexte. D'après elle, la suppression de l'achat du billet auprès du chauffeur a compliqué les choses pour les personnes âgées. L'utilisation de ces automates pose un défi à leurs capacités culturelles.

S : Depuis peu, une offre est proposée aux personnes qui ne peuvent plus conduire et qui éprouvent de la difficulté à prendre les transports publics parce qu'il leur est difficile de se déplacer. De plus, auparavant, il était possible d'acheter son billet auprès du chauffeur dans les bus de notre canton. Aujourd'hui, ce n'est

plus possible. Alors les personnes âgées ont de la peine à comprendre. Il y a des automates et on doit sélectionner la zone dans laquelle on veut aller. L'objectif du cours est d'expliquer les zones, le fonctionnement et les différentes possibilités.

La maladie et la dépendance de soins d'un proche : un événement de vie critique

Dans le contexte d'une maladie et de la dépendance de soins d'un proche, l'entrée dans un établissement médico-social constitue un changement inattendu et bouleversant de la situation de vie. Durant les entretiens, divers assistants sociaux ont mentionné que les conjointes et conjoints sont très affectés et aussi envahis par des sentiments de culpabilité. Ils observent que c'est en partie l'entourage qui suscite ces sentiments. Un exemple : des connaissances, pour lesquelles il va de soi de soigner les membres de la famille à la maison, s'enquière à plusieurs reprises du retour d'une personne hospitalisée et peuvent ainsi aggraver les sentiments de culpabilité dont souffre la personne aidante. Ce problème se révèle beaucoup plus accentué dans les régions où il existe un fort contrôle social, comme l'expliquent deux spécialistes d'une organisation de Pro Senectute en Suisse orientale.

Sf : Il faudrait encore mener des activités générales de sensibilisation sur ce point. Je pense justement à cette dame. Bien entendu, les autres gens l'ont abordée au village. Elle avait vraiment des sentiments de culpabilité, parce que des gens disaient : « Mais pourquoi ne ramènes-tu pas ton mari à la maison ? Il est encore en forme pourtant. Tu ne peux pas faire cela, c'est asocial. », et que sais-je encore. Elle en a beaucoup souffert. Aujourd'hui, elle sait comment réagir et qu'elle doit expliquer les choses. Par exemple en disant qu'elle ne supporte pas d'être dérangée la nuit. Alors les gens se montrent compréhensifs. Mais ce n'est certainement pas facile de devoir tout d'un coup se justifier.

Sh : Ou tenez : « Mais tu vas le ramener à la maison après ? »

Sf : « Quand ça ira mieux. » Et puis la situation s'améliore, et elle ne le ramène toujours pas à la maison,

alors les gens ne comprennent plus ce qui arrive. Voici l'inconvénient d'un petit milieu où tout le monde connaît tout le monde. En ville, personne ne demanderait : « Qu'est-ce qui se passe ? », tout au plus les voisins les plus proches.

Dans des situations aussi pénibles à supporter, la consultation sociale peut offrir un soutien psychosocial et donner des conseils sur d'autres offres existantes pour obtenir un peu de répit.

Le décès du conjoint ou de la conjointe : un événement de vie critique

Quand une personne perd son conjoint ou sa conjointe, elle éprouve un besoin de soutien psychosocial dans son travail de deuil. En outre, la perte du conjoint ou de la conjointe fait aussi apparaître des problèmes dans la vie quotidienne. Lors des entretiens, les spécialistes ont mentionné à de nombreuses reprises une expérience qui revient tout le temps. Lors du décès de leur conjoint, les femmes prennent souvent contact avec le service de consultation sociale, parce qu'elles demandent du soutien pour régler des tâches administratives dont s'occupait leur conjoint jusqu'alors.

S : J'ai l'impression que parmi les femmes qui font appel à nous, suite par exemple à une entrée en EMS ou au décès de leur mari, souvent, elles appellent Pro Senectute parce qu'elles sont un peu perdues, parce qu'étant donné que jusqu'à maintenant, c'était souvent les époux qui géraient tout ce qui était administratif... Les premiers mois, elles ont donc besoin d'être rassurées sur le fait qu'elles font bien les choses. Parfois, elles appellent entre les rendez-vous pour dire « J'ai reçu tel courrier. » Mais une fois qu'elles ont vu que tout se passait bien, j'ai l'impression qu'elles gèrent très bien les choses.

Il est fréquent que des événements de vie critiques poussent quelqu'un à demander du soutien pour la première fois. La consultation sociale, les cours pour s'occuper de tâches administratives ou un service fiduciaire aident une personne veuve à retrouver ses moyens pour réorganiser sa vie sans son conjoint.

6.9. Les offres et la vulnérabilité du point de vue des spécialistes

En s'appuyant sur les témoignages des spécialistes, le présent chapitre décrit le rôle que joue la vulnérabilité dans les offres des différentes organisations de Pro Senectute.

Il se dégage des entretiens avec le personnel que les offres tiennent compte de la vulnérabilité de différentes manières. Il existe des offres qui proposent du soutien aux personnes vulnérables et encouragent leur participation à la société. Ce sont aussi souvent des personnes en situation de détresse qui font appel à ces offres. La consultation sociale, par exemple, est souvent fréquentée par des personnes âgées qui ne savent plus comment sortir de l'impasse. Dans ces cas-là, l'objectif de la consultation consiste à les soutenir dans la recherche de solutions à leur détresse. Ces offres se concentrent sur des individus qui ont besoin de soutien et qui ne peuvent pas l'obtenir ailleurs. Il s'agit en particulier de personnes qui ne disposent pas d'un système d'aide formel suffisant. Lorsque leur capital économique ne leur permet pas non plus d'acheter de l'aide, ces personnes dépendent du soutien offert par des organisations sociales.

E : Quel est votre public cible ?

S : Le public cible, ce sont des personnes âgées en détresse matérielle ou immatérielle. Je vais l'exprimer ainsi. Le terme de détresse (...), il faut [bien sûr] le définir (il sourit). Mais ce n'est pas un terme de RP que nous utilisons seulement vers l'extérieur. Toutes nos prestations (...) mettent l'accent sur l'âge fragile. (...) La détresse, nous devons sans cesse la redéfinir ensemble et débattre sa signification. Il n'est pas question de l'affaiblir, mais d'en débattre. C'est un thème récurrent, où y a-t-il des besoins et où se situe le système d'aide formel par rapport au système informel ?

D'autres offres à bas seuil d'accès instaurent un contact personnel qui favorise la confiance. Ces offres sont conçues de manière à permettre aussi à des personnes avec des handicaps de les utiliser. Elles sont facilement accessibles et utilisables sans connaissances ou condi-

tions préalables. La citation suivante du directeur d'une organisation de Pro Senectute en Suisse alémanique rend compte du large éventail des prestations décrit ci-dessus :

S : Nous nous concentrons beaucoup sur les personnes fragiles. (...), Donc sur celles qui ont besoin de soutien (...) pour continuer de participer à la vie, ici dans le canton. Cela peut commencer là où il s'agit de garantir le maintien à domicile et s'arrête peut-être aux projections de films organisées pour les personnes de 60 ans et plus.

Cette offre destinée aux cinéphiles fait partie des offres à bas seuil d'accès permettant de renforcer les liens sociaux et favorisant la confiance. Une équipe de seniors sélectionne des films qui intéressent les membres de leur génération et qui présentent aussi souvent un lien étroit avec la réalité régionale.

Sh : Les autres activités ont aussi pour but (...) de permettre aux gens de faire notre connaissance, d'être présents, c'est une chose importante. Vous ne pouvez pas rester assis dans votre bureau et vous dire : « Attendez que les gens viennent. » (...) Nous essayons de ne pas faire du travail social pour la classe moyenne, où les gens doivent être capables de téléphoner, de décrire leur problème et de respecter un rendez-vous quinze jours plus tard. Nous essayons plutôt de nous mêler à la foule lors d'activités, pour qu'on fasse notre connaissance, c'est finalement aussi important. L'idée étant qu'une personne ait le courage de nous appeler le jour où elle se retrouvera dans une situation de fragilité. « Je vous ai vu à tel ou tel endroit », (...) c'est un élément capital dans une région très rurale. Les gens veulent savoir qui vous êtes, pas à un niveau professionnel, mais sur le plan humain. C'est essentiel.

Il existe des différences d'un canton à l'autre concernant la portée des manifestations. Dans un petit canton à dominante rurale, il existe peut-être des manières plus simples de créer la confiance, comme la participation à des événements socioculturels. Dans des régions plus grandes, une présence en personne ne produit pas le même effet. Au fond, il s'agit de développer

une conscience des conditions d'existence des personnes vulnérables. Lorsque pour diverses raisons, des personnes n'arrivent pas (ou plus) à appeler un bureau de consultation et à s'y rendre pour un rendez-vous, les offres à bas seuil d'accès devraient néanmoins leur permettre d'entrer en contact avec Pro Senectute.

D'autres offres mettent l'accent sur la prévention de la vulnérabilité. Elles touchent surtout des personnes du troisième âge et visent à consolider leur capital physique et social, afin de prévenir une vulnérabilité par la suite. Toutefois, le risque existe aussi que ces prestations s'éloignent trop de leur mission, à savoir atteindre en particulier des personnes vulnérables, tant en termes de contenu que sur le plan de leur conception. Ainsi, certains entretiens ont fait apparaître un clivage entre les prestations dédiées à des personnes vulnérables, comme la consultation sociale, et d'autres offres. Dans ces organisations, les cours dans les domaines du sport, de la culture et des loisirs s'adressent en général plutôt à des seniors actifs. Les assistantes et assistants sociaux font part de leurs difficultés à entraîner les clientes et clients vulnérables de la consultation sociale vers d'autres offres : leurs tentatives restent presque toujours vaines. Selon eux, cela tient en partie aux personnes vulnérables elles-mêmes. Celles-ci ne manifestent aucun intérêt et ne veulent même pas entendre parler d'autres prestations. Il conviendrait toutefois de se demander d'où provient ce manque d'intérêt : s'agit-il tout simplement d'une décision personnelle, ou est-ce que des facteurs liés à la conception et au positionnement des offres contribuent à ce manque d'intérêt ? Accorder une grande importance à la vulnérabilité, cela signifie qu'il faut concevoir les prestations de sorte que les personnes avec des déficits de diverses formes de capital puissent bel et bien les utiliser. Le témoignage suivant mentionne des conditions essentielles dont il faut tenir compte :

S : Toutes nos offres sont conçues pour être en principe accessibles à des gens avec des atteintes, qui peuvent être matérielles (...) mais aussi tout « un tas » de nature immatérielle. Cela dépend du contenu, comment est-il conçu ? De la forme (...) qu'offrons-nous globalement ? Du lieu où l'offre est proposée. Sommes-nous à proximité, dans le centre ou excen-

trés ? Et ainsi de suite. Il y a divers critères que nous prenons en compte jusqu'à ce qu'une offre soit lancée. Nous gardons toujours à l'esprit qu'elle doit s'adresser à des personnes dans la fragilité de l'âge.

Lors des entretiens, les spécialistes ont aussi exprimé des souhaits d'amélioration concernant des prestations qui, selon eux, font encore défaut pour les personnes vulnérables. C'est surtout dans l'optique du quatrième âge que les spécialistes espèrent des améliorations et des élargissements. L'assistante sociale d'une organisation de Pro Senectute en Suisse romande constate qu'il est plus difficile d'atteindre des personnes du quatrième âge que des seniors actifs. Une mobilité réduite ou une baisse de l'audition mènerait, d'après elle, les personnes âgées à se retirer toujours plus et à s'isoler. Du point de vue de l'assistante sociale, ce serait une bonne chose de proposer des offres visant à renforcer le capital social des personnes à mobilité réduite, avec des troubles de la vue ou de la mémoire.

S : Cette offre s'adresse plutôt à des personnes qui font partie du 4^e âge et qui ont déjà des limites physiques à entrer en contact avec les autres. Elles disposent soit d'un rolator qui rend les déplacements difficiles ou d'une chaise roulante, ou alors elles entendent très très mal... En général, les gens en bonne santé arrivent à se déplacer. Ils ont encore du plaisir à faire des activités. Et puis dès qu'il y a des difficultés physiques, ça change. Après voilà, proposer des activités adaptées aux personnes qui ont une mobilité réduite ou des soucis d'audition ou de mémoire, c'est sûr que ça serait une bonne chose. Il y en a quelques-unes déjà, mais la plupart des activités sont plutôt grand public.

Une autre organisation de Pro Senectute en Suisse romande a fait de la vulnérabilité du quatrième âge une nouvelle priorité. Elle estime que Pro Senectute devrait s'engager beaucoup plus pour ces personnes. L'organisation cantonale est en train de développer son offre en conséquence. Un responsable cantonal de la consultation sociale souligne que la retraite est en général considérée comme « un temps à vivre », mais qu'elle devient aussi « un temps à survivre » pour beaucoup de monde. Il relève que pour les personnes du quatrième âge, il faut

non seulement répondre à leurs besoins, mais aussi renforcer leurs ressources. Il estime que celles-ci se trouvent dans l'autodétermination.

Jusqu'à maintenant, un des slogans de Pro Senectute était de dire : « La retraite, c'est un temps à vivre ». Ça restera vrai. Mais il faut aussi dire que pour une certaine part, la retraite, c'est un temps à survivre. Toute personne qui commence sa retraite avec de bons moyens matériels, avec une bonne santé, de bonnes relations, n'est pas à l'abri un jour d'arriver dans ce temps à survivre. Il faut aussi que l'on joue notre rôle sans se dire qu'il y a d'autres organisations qui le font, parce que les besoins sont tellement larges et impérieux qu'ils ne sont pas entièrement remplis par d'autres organisations. Et là, on touche à des besoins qui sont vraiment liés au grand âge. (...) Nous sommes véritablement confrontés à certains défis : comment accompagner des personnes du 4^e âge pour non seulement répondre à leurs besoins, mais aussi mobiliser leurs ressources afin de renforcer leur autodétermination ?

Pour axer une organisation sur les personnes vulnérables, il ne suffit pas d'en revoir les offres et l'éventail des prestations. Cette réorientation doit procéder d'une réflexion approfondie sur la vulnérabilité. Dans certaines circonstances, cette démarche peut mener à un changement de l'image que l'organisation se fait d'elle-même. Une personne interrogée souligne que le parti pris par son organisation consiste à s'inspirer du modèle de l'œuvre de bienfaisance. Elle déclare que même si les statuts fondateurs de Pro Senectute en 1918 peuvent sembler désuets aujourd'hui, ils offrent encore des repères pour orienter l'organisation.

S : Nous tentons de nous positionner avec le contenu de l'offre et nous nous concentrons sur les publics cibles que j'ai mentionnés. (...) surtout si on s'inspire des organisations caritatives traditionnelles, de l'œuvre de bienfaisance, et j'insiste exprès sur ce terme. Il est mal vu. Mais pas de moi, je trouve que le terme d'œuvre de bienfaisance garde toute sa raison d'être. Beaucoup de proches s'y fient évidemment aussi. Ils forment un public important pour nous. Il ne s'agit peut-être que d'un public cible indirect, les bénéfici-

ciaires étant le public cible direct, d'accord, mais les proches sont éminemment importants.

S : Pro Senectute aurait tout intérêt à ne pas oublier ses statuts fondateurs, (...) même si le langage d'antan peut sembler désuet aujourd'hui. Où devons-nous intervenir ? Là où il y a de la détresse, et nulle part ailleurs, mais comme il faut.

Pour résumer, il ressort que la vulnérabilité joue un rôle important à tous les niveaux de l'organisation. Certaines organisations mènent une réflexion permanente sur la notion de vulnérabilité. Les assistantes et assistants sociaux réfléchissent aux lieux où se trouvent des personnes âgées vulnérables et aux offres qui pourraient répondre à leurs besoins. Outre les offres destinées à soutenir les personnes en détresse, il existe des solutions à bas seuil d'accès pour entretenir des contacts sociaux. L'objectif est d'atteindre des personnes menacées de subir un cumul de divers déficits, en particulier lors de la transition vers le quatrième âge. Chaque organisation doit revoir ses propres offres et repérer d'éventuelles lacunes. Par ailleurs, il appartient à chaque organisation d'engager une réflexion sur son orientation globale et l'image qu'elle se fait d'elle-même.

Le chapitre 7 décrit comment les offres répondent très concrètement à la vulnérabilité et comment elles atteignent des personnes vulnérables.

7. La vulnérabilité au centre de la pratique

7.1. La capacité d'atteinte

7.2. La compensation de déficits de capital grâce à des offres

7.3. Propositions d'optimisation sur le plan de l'organisation

7.4. Les lacunes au niveau des offres

7. La vulnérabilité au centre de la pratique

Il s'agit à présent de relier la théorie à la pratique. Dans ce contexte, l'accent est mis sur les offres de Pro Senectute destinées aux personnes âgées. Les auteurs ont retenu une approche organisationnelle pour le présent chapitre.

Le premier sous-chapitre cherche à analyser de quelles manières il est possible d'atteindre des personnes vulnérables dépendantes qui cherchent de l'aide. Par ailleurs, il s'intéresse aux exigences posées à la conception des offres, pour que celles-ci soient utilisables par des personnes présentant des atteintes dans différentes formes de capital. Le chapitre 7.2 décrit comment les offres peuvent aider des personnes vulnérables à compenser leurs déficits en capitaux. En outre, cette même section inclut le développement d'un modèle permettant de vérifier les offres sous l'angle des effets compensatoires existants ou manquants. Grâce à ce modèle, les responsables pourront analyser leurs offres dans la perspective de la vulnérabilité et mieux les axer sur les groupes cibles qui cherchent de l'aide.

Le chapitre 7.3 débouche sur des propositions d'optimisation de la palette d'offres existante de Pro Senectute. Quelles mesures au sein de l'organisation améliorent le ciblage des personnes vulnérables ? Quelles devraient être les caractéristiques des offres pour permettre à des personnes âgées vulnérables de compenser des déficits de capitaux ?

Le chapitre 7.4, consacré aux lacunes de l'offre, permet de faire le lien entre le niveau organisationnel et le niveau politique. Il s'intéresse aux éventuelles lacunes dans la palette d'offres destinée aux personnes âgées. Le chapitre 8 contient des propositions d'amélioration au niveau des organisations, le chapitre 9 des amendements sur le plan politique. Ce sont les difficultés de financement des prestations de soutien et d'assistance qui figurent au premier plan dans ce contexte.

Pour commencer, le prochain sous-chapitre porte un regard sur les organisations de Pro Senectute et leurs prestations. Ensuite, il passera au crible la panoplie d'offres et la cohabitation entre les différentes parties prenantes.

7.1. La capacité d'atteinte

Les offres existantes de Pro Senectute atteignent-elles les personnes âgées vulnérables ? Pour apporter une réponse exhaustive à cette question, il faudrait définir des indicateurs de la vulnérabilité et relever, canton par canton, la totalité des utilisatrices et utilisateurs des offres en appliquant ces indicateurs.

Cette étude ne comprend toutefois pas un tel relevé. Conformément au mandat d'étude, elle ne se base que sur les expériences et les appréciations des spécialistes interrogés dans diverses organisations de Pro Senectute. Cela veut signifier que leurs dires se réfèrent à l'offre de l'organisation cantonale correspondante. Il n'a pas été possible de s'entretenir avec des personnes âgées vulnérables.

La capacité d'atteinte peut signifier deux choses. D'une part, la question se pose de savoir comment attirer l'attention, sur les offres existantes, des personnes vulnérables qui cherchent de l'aide ? Comment les personnes avec des déficits entrent-elles pour la première fois en contact avec les organisations cantonales de Pro Senectute ? D'autre part, la notion de capacité d'atteinte amène aussi à s'interroger sur l'accessibilité concrète aux offres pour les personnes qui sont touchées par la pauvreté, par des atteintes physiques ou des déficits linguistiques.

Parmi les conditions à remplir afin d'atteindre pour la première fois des individus avec des offres d'aide, il convient de mentionner la nécessité tout à fait banale de mettre à disposition des informations au bon endroit et dans un langage adapté aux destinataires, ainsi que le fait de veiller autant que possible le bas seuil d'accès aux offres. Sous l'angle de la théorie des capitaux, l'accès à de nombreuses offres se révèle entravé pour les personnes âgées vulnérables. Ces entraves deviennent visibles de diverses manières. Il arrive qu'elles empêchent ces personnes de faire appel à des offres d'aide. Les prochaines sections décrivent certaines de ces entraves. Elles peuvent être de nature culturelle, sociale ou financière.

Si une personne veut utiliser les offres de Pro Senectute, elle doit en prendre la décision elle-même et faire le

premier pas. Il ne faut ni prescription, ni ordonnance pour accéder à ces offres. Or, rien que le fait de prendre les devants soi-même, de s'annoncer et de s'intéresser à une offre suppose de posséder certaines compétences culturelles. Pour la consultation sociale, par exemple, il faut faire preuve de confiance et de courage pour prendre rendez-vous et aussi être capable de l'honorer. Les personnes vulnérables ont traversé beaucoup de situations difficiles dans leur vie et ont aussi subi des déceptions et des blessures. Cela peut générer un manque de confiance et de la méfiance à l'égard des autres ou d'organisations. Pour des personnes ayant vécu ce genre d'expériences, des questions touchant à la sphère intime peuvent avoir un effet dissuasif. Comme l'explique un assistant social d'une organisation cantonale de Pro Senectute, la nécessité de fournir divers renseignements personnels lors d'une consultation spécifique représenterait un véritable obstacle pour un certain nombre de clientes et clients de la consultation sociale.

Une faible maîtrise de la langue représente un obstacle supplémentaire. Si une personne ne comprend pas la langue, elle ne reconnaît pas l'offre et ne peut pas l'utiliser. Toutefois, ces difficultés ne concernent pas toutes les personnes issues de l'immigration dans une même mesure. Certains immigrés réussissent très bien à compenser un déficit de capital culturel à l'aide de leur capital social. En Suisse alémanique par exemple, les immigrés âgés originaires d'Italie, qui maîtrisent à peine l'allemand, possèdent souvent un bon tissu relationnel. Ils trouvent un appui dans leurs associations culturelles ou se font accompagner par leurs enfants ou des proches qui comprennent et parlent la langue locale. Quand elles sont originaires de pays qui, à la différence de l'Italie par exemple, n'ont pas encore une longue tradition d'émigration, les personnes âgées ne disposent en général que d'un faible réseau relationnel et rencontrent, par conséquent, davantage de difficultés pour accéder aux offres d'aide de Pro Senectute.

Une autre entrave à l'accès identifiée par les spécialistes réside dans l'idée, profondément ancrée dans la tête de nombreuses personnes âgées, qu'il ne faut pas avoir recours à des prestations étatiques, ni devenir dépendant de l'assistance sociale. Ces personnes ne

veulent en aucun cas devenir un poids pour les autres, même si elles ont un besoin urgent d'aide. Cette attitude se manifeste même vis-à-vis des offres d'organisations caritatives privées comme Pro Senectute. La levée de ces entraves requiert un travail d'information dans un esprit d'empathie.

Quelles sont les possibilités dont disposent les organisations de Pro Senectute afin de lever ces barrières et de rendre les offres d'aide plus accessibles aux personnes âgées vulnérables ? Une première option consiste à garder le contact avec des intermédiaires qui sont proches de personnes âgées vulnérables et qui pourraient les aider à franchir le pas pour recourir à des offres. Une deuxième variante se résume par l'idée du travail social extra-muros. Une troisième possibilité se rapporte à toute la palette de prestations qui, dans l'idéal, serait conçue de sorte que les personnes âgées vulnérables y aient aussi accès. Des schémas réalisés à partir d'offres concrètes de Pro Senectute illustrent la situation et débouchent sur une récapitulation montrant les conditions que les offres des organisations de l'aide aux personnes âgées doivent remplir, si elles veulent aussi être accessibles à des personnes vulnérables.

7.1.1. Les lieux d'accueil initial

La consultation sociale représente la porte d'entrée vers les nombreuses offres d'aide et prestations de Pro Senectute, en particulier pour les personnes âgées vulnérables. C'est dans le cadre de consultations que ce service attire l'attention des clients sur d'autres offres et les aiguille vers celles-ci. Il peut s'agir, en l'occurrence, du service de repas, du service fiduciaire ou de cours pouvant apporter à ces personnes un soutien dans l'accomplissement des gestes de la vie quotidienne. Dès lors, il est essentiel que la prise de contact avec le service de consultation sociale, en tant que lieu d'accueil initial, soit aussi simple que possible.

Comment se passe cette première prise de contact avec la consultation sociale ? Il n'est pas rare que ce soient les personnes vulnérables elles-mêmes qui prennent l'initiative et demandent le soutien du service de consultation sociale. C'est surtout le cas lorsqu'un couple a besoin d'aide, parce que les conjoints ne sont

plus en mesure d'accomplir seuls les actes de la vie quotidienne. Dans de nombreux cas toutefois, les proches jouent un rôle important en tant qu'intermédiaires. Dans le système familial, la vulnérabilité des parents ou des beaux-parents les touche aussi et leur cause du souci. S'ils n'arrivent pas à leur apporter un soutien suffisant eux-mêmes, ils essayent de trouver une aide professionnelle pour leurs aînés. Des organisations comme Pro Senectute auraient donc tout intérêt à réduire les entraves d'accès à leurs offres pour les personnes vulnérables en s'adressant aussi directement aux autres membres de la famille, via les canaux de communication ad hoc, pour les informer des diverses possibilités de soutien. Ce faisant toutefois, il est capital de ne jamais mettre les personnes âgées vulnérables à l'écart et de leur permettre de donner leur consentement.

Les personnes âgées peuvent aussi accéder aux offres de Pro Senectute par l'intermédiaire d'autres intervenants. Il faut en particulier mentionner les professionnels de la santé. Comme les atteintes physiques deviennent plus fréquentes lors de la transition du troisième au quatrième âge, il devient aussi plus probable de se retrouver en contact avec des fournisseurs de prestations médicales. Par conséquent, les médecins de familles ou les infirmières et infirmiers des services d'aide et de soins à domicile représentent des interlocuteurs-clés de Pro Senectute. Ils apprennent beaucoup de choses sur la situation de leurs patients pendant le traitement ou les soins. Suffisamment sensibilisés en la matière, ils sont très bien placés pour attirer l'attention des personnes âgées vulnérables sur des offres qui pourraient s'avérer utiles dans la gestion de la vie quotidienne. Dès lors, les organisations de Pro Senectute seraient bien avisées de nouer et de développer des contacts avec le domaine de la santé. Un tel travail de coordination suppose, bien entendu, la disponibilité et les ressources de l'interlocuteur-clé dans le domaine médical. Les propositions d'optimisation au chapitre 7.3 se penchent sur la question de savoir si et comment celles-ci peuvent être accrues.

7.1.2. Les offres extra-muros

La vulnérabilité se caractérise notamment par une limitation de la mobilité sur les plans physique, financier, culturel et social. Par conséquent, plus les offres sont

placées dans une courte distance socio-spatiale, plus les personnes vulnérables ont de la facilité à les trouver. Ces offres sont en général regroupées dans le travail social extra-muros. Pro Senectute propose aussi des prestations de ce type, comme l'illustrent les trois exemples suivants :

- L'aide ménagère comprend des travaux ménagers, comme nettoyer l'appartement, passer l'aspirateur ou faire de l'ordre. Les aides ménagères et aides ménagers côtoient les personnes âgées dans leur vie quotidienne, construisent une relation de confiance avec elles et peuvent ainsi ouvrir la voie aux personnes âgées pour qu'elles fassent appel à d'autres offres. En outre, grâce aux contacts avec ces personnes entre leurs quatre murs, ces spécialistes de terrain peuvent voir où une aide supplémentaire est nécessaire. Ces besoins apparaissent souvent au détour d'une conversation. Dans le cadre des rapports qui lui sont rendus, la direction du service peut prendre connaissance des informations fournies par les aides ménagères et aides ménagers et, si nécessaire et moyennant l'accord des personnes assistées, établir le contact avec les services spécialisés ou les responsables des offres.
- Pour les personnes qui ne quittent plus (ou qui ne peuvent plus quitter) leur domicile, le service de visites représente une offre à bas seuil d'accès similaire. Ces visites permettent d'établir un nouveau contact avec le monde extérieur. Les échanges avec la visiteuse ou le visiteur offrent une occasion d'exercer son aptitude à tisser plus de nouveaux contacts sociaux avec d'autres personnes. Les visiteuses et visiteurs entreprennent aussi des petites sorties avec les personnes âgées. Ces sorties peuvent les amener à renouer avec la vie sociale dans leur communauté. Le service de visites donne aussi aux proches le temps de souffler, ce qui peut aussi contribuer à améliorer les relations au sein de la famille.
- Une organisation de Pro Senectute en Suisse romande propose une offre dans le domaine du sport qui se déroule au domicile même des participantes et des participants. Dans le cadre de la « domigym », une monitrice ou un moniteur fait effectuer des exercices simples de musculation, d'équilibre ou de coordination à un petit groupe, rassemblant au moins trois personnes à la maison. La « domigym » se déroule

dans un environnement familial et au sein de petits groupes. Il s'agit d'une formule très appréciée, en particulier des personnes âgées vulnérables qui présentent des troubles sensoriels. En effet, celles-ci préfèrent éviter les activités au sein de grands groupes, comme le confirment divers spécialistes.

D'autres exemples pourraient s'ajouter aux trois offres mentionnées. Toutes ont ceci en commun qu'elles illustrent les possibilités de rendre des offres et des prestations accessibles à des personnes vulnérables. Dans certains cantons, ce travail social extra-muros a été négligé ces dernières années. Les églises, en particulier, ne disposent souvent plus des ressources humaines nécessaires afin de proposer des services de visite. Ici, de nouvelles opportunités s'offrent à diverses organisations de Pro Senectute, afin de faire connaître leur palette d'offres à des personnes vulnérables âgées.

Outre les offres extra-muros et les lieux d'accueil initial, un troisième groupe comprend les offres qui ne s'adressent pas spécifiquement à des personnes vulnérables. Il s'agit, par exemple, d'offres de loisirs, de sport et de culture. Ces offres peuvent tout à fait participer à compenser des dotations déficitaires en diverses formes de capital. Une conception adéquate de ces prestations les rend aussi accessibles aux personnes âgées vulnérables.

7.1.3. Les offres de loisirs, de sport et de culture

Les offres de loisirs, de sport et de culture peuvent contribuer à renforcer le capital culturel et social, ainsi que le capital physique. Afin de réduire la vulnérabilité, il faut concevoir et organiser des offres de manière à permettre la participation non seulement de personnes actives et intégrées dans la société, mais aussi de personnes vivant avec des atteintes. Pour y parvenir, il est nécessaire de remplir certaines conditions a priori banales. Il est néanmoins utile de les énumérer brièvement ici. Pour commencer, il faut que les offres soient faciles d'accès. Un service de transport permet aussi aux personnes à mobilité réduite de profiter de la diversité des offres culturelles. Ensuite, il convient de ne pas subordonner la participation à des contraintes de présence trop rigoureuses. Les personnes âgées vulnérables

ont souvent quelques soucis de mémoire. Il se peut qu'elles oublient un rendez-vous. En outre, l'apparition subite de troubles physiques peut aussi les contraindre à renoncer au dernier moment. Des dates de réserves se révèlent très utiles dans ce contexte. Au même titre, des groupes trop nombreux peuvent dissuader beaucoup de gens de participer. Très souvent, les personnes âgées vulnérables se sentent beaucoup plus à l'aise dans des groupes de petite taille. Pour finir, une réflexion s'impose aussi concernant le niveau d'aptitudes et d'exigences. Il y a lieu d'adapter ce niveau aux capacités et aux possibilités individuelles de l'ensemble des participantes et participants.

Sur la base du modèle de la vulnérabilité, il est à présent possible de mentionner les conditions et les caractéristiques qui doivent être remplies et qui contribuent à ce qu'une offre atteigne (pour la première fois) des personnes vulnérables. Le tableau ci-dessous les récapitule. Les colonnes correspondent aux quatre formes de capital dont dispose tout un chacun. Les lignes présentent les caractéristiques d'une offre, comme le lieu, la forme, le contenu et l'accès. Celles-ci permettent de formuler les conditions pour un accès facile aux diverses offres d'aide. Exemple : en raison d'un déficit en capital social, certaines personnes peuvent redouter de participer à des offres dans des groupes nombreux. Par conséquent, une offre conçue pour un petit groupe répond plus favorablement à ce déficit en capital.

Ce sous-chapitre a montré les possibilités d'atteindre (pour la première fois) des personnes âgées et a mis en lumière les facteurs inhérents à une bonne accessibilité des offres. Le chapitre suivant s'intéressera de plus près aux thèmes de la vulnérabilité et des offres. Il analyse de quelle manière les offres peuvent réagir à des déficits dans une ou plusieurs formes de capital.

7.2. La compensation de déficits de capital grâce à des offres

Le paradigme de la vulnérabilité constitue la notion au cœur de la présente étude. Il s'appuie sur les trois formes de capital proposées par Pierre Bourdieu, lesquelles sont complétées du capital physique comme quatrième forme. Selon les hypothèses de base, il est possible de compenser des déficits dans une forme de

	Capital économique	Capital social	Capital culturel	Capital physique
Lieu	L'offre est accessible gratuitement ; soit elle se trouve à proximité, soit elle est proposée, par exemple, un service de transport intégré.	L'offre se déroule dans un environnement familial.	L'offre est accessible facilement. Elle est bien desservie par les transports en commun ou elle est assortie d'un service de transport à des tarifs abordables.	L'offre vient à la maison, il n'est pas nécessaire d'être capable de sortir de chez soi. A défaut, le lieu est accessible facilement, par exemple grâce à un service de transport.
Forme		Il s'agit d'un groupe de petite taille ; les personnes avec peu de capital social n'ont pas à redouter de devoir intégrer un grand groupe de personnes (étrangères).	Les contacts personnels servent d'intermédiaires pour faire connaître l'offre. Les responsables de l'offre tentent d'entrer en contact avec des personnes vulnérables.	Il n'est pas nécessaire de pouvoir rester assis ou debout très longtemps. Les personnes avec des troubles suivent plus facilement dans des petits groupes. Il est possible de sauter l'offre un jour ou de s'y rendre un autre jour.
Contenu	La documentation, le matériel ou l'équipement requis pour la participation sont mis à disposition à un prix abordable.	L'offre est conçue de manière à laisser du temps pour des discussions interpersonnelles et des contacts sociaux. L'animation de l'offre est assurée, l'échange social y est favorisé de façon ciblée.	L'offre porte sur un thème qui intéresse les participants et qui concerne leur vie quotidienne. Les images et les exemples utilisés durant le cours sont aussi adaptés à des personnes d'autres cultures.	L'offre n'est pas trop exigeante sur le plan physique, elle ne cherche pas la performance.
Accès	L'offre est aussi bon marché que possible.	Les contacts personnels, comme les membres de la famille, servent d'intermédiaires pour faire connaître l'offre.	L'offre est expliquée et décrite pendant l'entretien. Il est possible de demander des précisions ou de reparler d'un point.	Les informations écrites sont en caractères assez grands.

Tableau 5 Exigences posées aux offres afin d'atteindre (pour la première fois) des personnes âgées vulnérables

capital par une autre forme de capital, laquelle serait favorisée dans ce but. A titre d'exemple : empêchée de faire sa toilette au quotidien à cause d'une mobilité réduite, une femme âgée peut faire adapter sa salle de bains, de sorte qu'elle puisse à nouveau se baigner ou se doucher seule sans problème. Grâce à un investissement dans des barres d'appui ou une baignoire adaptée, il lui est possible de compenser, au moins en partie, le déclin de son capital physique par du capital économique. Les personnes vulnérables, elles, présentent des déficits dans plusieurs des quatre formes de capital. Comme elles ne possèdent qu'une faible dotation en capital, il leur est particulièrement difficile de réagir à l'apparition d'un nouveau déficit de capital. C'est pour-

quoi les offres doivent avoir pour objectif d'atténuer ou de compenser les lacunes dans les diverses formes de capital. Il faut aider les personnes âgées vulnérables à faire face, aussi bien que possible, à la transition du troisième au quatrième âge et aux événements de vie critiques qui surviennent durant cette phase.

L'analyse des offres s'articule ainsi autour de trois questions centrales :

- Comment peut-on compenser un manque dans la forme de capital A par une forme de capital B grâce à une offre ?
- Comment peut-on développer une offre pour qu'elle réagisse non seulement à la forme de capital A (au

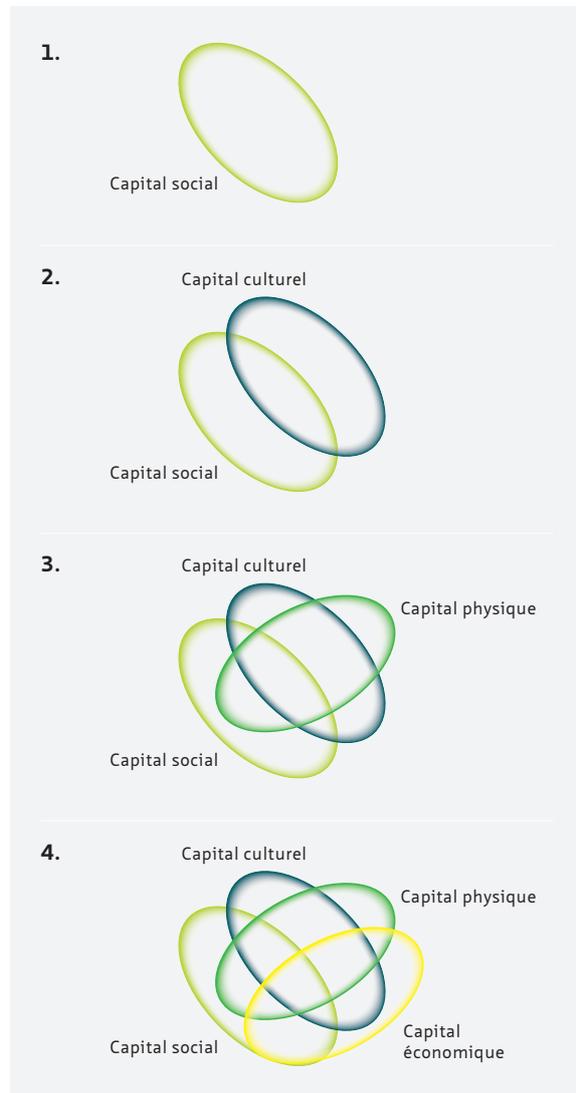
renforcement de celle-ci), mais aussi aux formes de capital B, C et D ?

- Que peut-on faire pour que la palette d'offres d'une organisation tienne compte de toutes les formes de capital ?

L'exemple ci-dessus illustre de quelle manière le capital économique peut, presque intégralement, compenser un déficit de capital physique. Les exemples suivants montrent d'autres possibilités où les offres contribuent à rééquilibrer un manque dans une forme de capital au moyen d'une autre forme de capital. Une offre recèle toujours des potentialités importantes. Suivant sa conception, elle peut compenser divers déficits. La consultation sociale, par exemple, délivre des informations et aide ainsi à compenser un déficit de capital culturel. Aide-t-elle toutefois aussi à corriger des déficits sociaux ? Comment faudrait-il la concevoir pour y parvenir ? Les auteurs ont développé le modèle des quatre ellipses afin d'étudier ces questions. Ce modèle montre de quelle manière des organisations sociales peuvent contrer des déficits dans diverses formes de capital à travers leurs offres.

Le modèle des quatre ellipses pour compenser des déficits dans la dotation en capital

Les personnes vulnérables se distinguent par un cumul de divers déficits en capital. Elles sont tributaires d'offres qui tiennent compte des différentes dimensions de la dotation en capital. Un modèle développé ici doit permettre de situer et d'analyser les offres. Le modèle se fonde sur un diagramme de Venn¹⁵. Chaque forme de capital y est représentée sous forme d'ellipse.

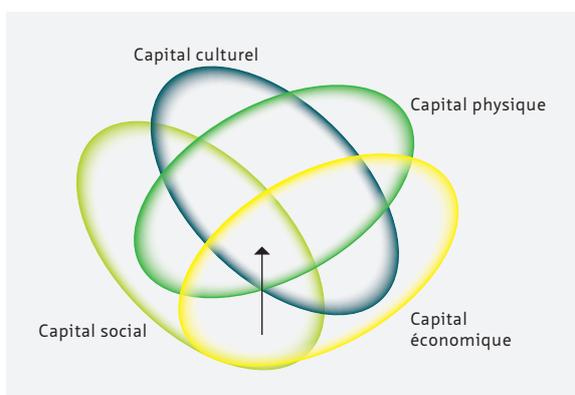


¹⁵ Un type de diagramme à ensemble selon John Venn.
Cf. http://fr.wikipedia.org/wiki/Diagrammes_d%27Euler,_de_Venn_et_de_Carroll

Dans les endroits où les ellipses se recoupent, des zones de chevauchement apparaissent où se rencontrent deux, trois ou même toutes les quatre formes de capital. Les offres peuvent maintenant être attribuées, suivant leur conception, à une seule forme de capital ou à une intersection de plusieurs formes de capital. Le premier niveau correspond aux offres qui ne réagissent qu'au déficit dans une seule forme de capital. Le deuxième niveau rassemble les offres qui réagissent à des déficits dans plusieurs formes de capital. Dans l'idéal, au troisième niveau, une offre réagit à tous les déficits en capital. Les offres de ce type se situent au centre du modèle.

Ce modèle permet de déceler, pour chaque offre, les potentialités encore inexploitées afin de concevoir l'offre de sorte qu'elle puisse réagir à autant de formes de capital possibles lorsque des personnes vulnérables n'en possèdent pas assez.

Sur la base de la description fournie par les spécialistes interrogés, certaines offres seront analysées et situées dans le modèle des quatre ellipses. De toute évidence, des différences existent au niveau de la conception suivant l'organisation prestataire. Pour commencer, c'est l'exemple de la consultation sociale de Pro Senectute qui va servir à développer le modèle étape par étape. Un symbole, qui représente l'offre, se trouve dans le modèle. A ce stade, il se dégage que cette offre ne sert pas uniquement à délivrer des informations, c'est-à-dire à renforcer le capital culturel, mais qu'elle peut aussi affermir les autres formes de capital selon son aménagement concret.

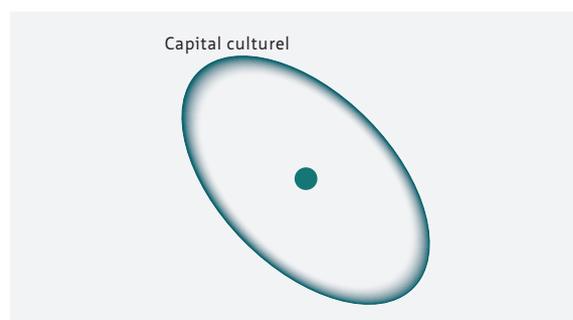


Consultation sociale

Capital culturel

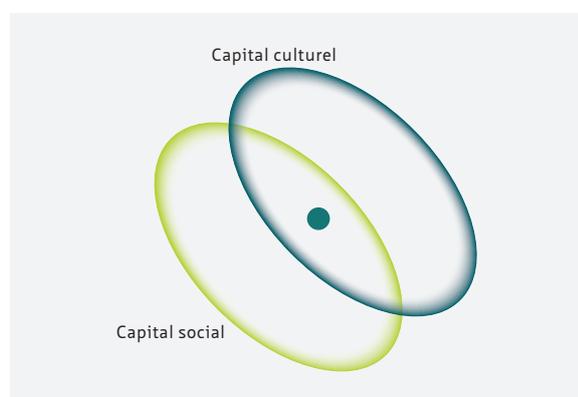
Une consultation porte en principe sur les déficits de capital culturel. Elle met à disposition des informations, tire au clair des malentendus, offre un appui en cas de problèmes administratifs et aiguille les clients vers des services spécialisés adéquats ou des offres de cours.

En cas de difficultés liées à la langue, la consultation se déroule avec l'appui d'interprètes privés ou professionnels. Cela sert à combler le manque de connaissances, à faire connaître les prestations du système social et sanitaire en Suisse et à lever la barrière des langues.



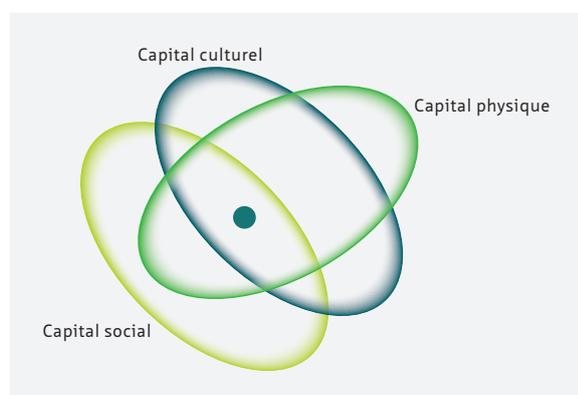
Capital social

Dans une compréhension globale de la consultation sociale, il s'agit d'examiner la situation de vie entière d'un individu. Son inclusion sociale est aussi abordée dans ce contexte. La consultation soutient la personne pour nouer de nouveaux contacts et l'incite à participer à des offres correspondantes. De cette manière, elle peut compenser le soutien manquant au sein de la famille ou du couple.



Capital physique

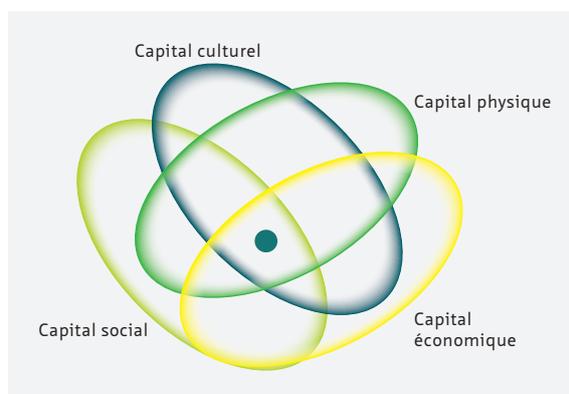
En cas d'atteintes physiques, la consultation sociale peut aussi proposer des aides, montrer des possibilités et aiguiller le client vers des services spécialisés. La consultation sociale peut aider les proches dans l'organisation et la coordination de contextes de soins basés sur un soutien familial et un centre de jour. Ce faisant, elle favorise, au moins indirectement, le capital physique.



Capital économique

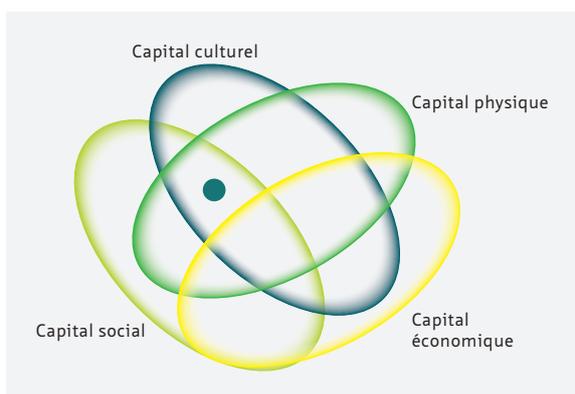
Enfin, les assistantes et assistants sociaux de la consultation sociale peuvent informer les clients sur leurs droits à des aides financières, comme les prestations complémentaires ou l'allocation pour impotent, et les aider à les faire valoir. En outre, la consultation sociale peut soutenir les clients aux prises avec des difficultés administratives et financières, comme pour des demandes de remboursement de frais de maladie.

Il se dégage de cette catégorisation qu'une conception et un positionnement ad hoc peuvent faire de la consultation sociale une offre couvrant toutes les formes de capital. En fonction de leur conception, les offres décrites ci-dessous ne réagissent qu'à un déficit dans une forme de capital. L'objectif est de montrer que de subtiles différences dans la conception d'une offre se révèlent déjà déterminantes pour que des personnes vulnérables puissent ou non l'utiliser.



Tables de midi

En proposant des repas chauds et équilibrés, les tables de midi contribuent à la bonne santé d'une personne. Elles compensent le déficit qui se produit au niveau du corps lorsqu'une personne ne peut plus se préparer elle-même des repas équilibrés. Quand les tables de midi incluent un service de transport, elles peuvent aussi accueillir des personnes à mobilité réduite. En outre, le repas pris en commun permet de nouer des contacts sociaux. Pour finir, lorsque la pause entre le plat principal et le dessert est aussi utilisée pour donner un exposé, l'offre renforce également le capital culturel des participants.

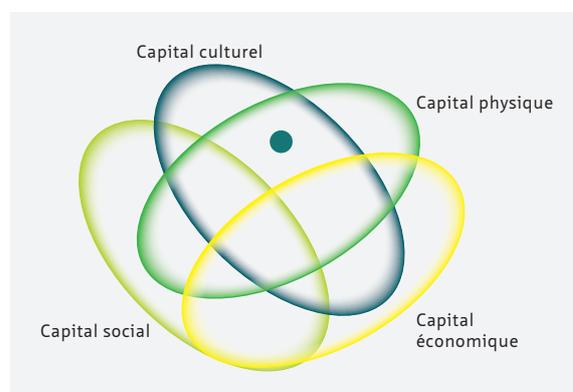


Service fiduciaire

Dans l'optique de l'approche fondée sur le capital qui est utilisée ici, la mission principale du service fiduciaire réside dans la compensation de déficits culturels. Quand une personne n'est pas (ou plus) en mesure de régler ses factures comme il faut ou de réclamer le remboursement des frais de maladie, elle peut faire appel au soutien du service fiduciaire. Pour les personnes dont la langue maternelle est une langue étrangère et qui sont dépassées par la situation à cause de cela, le service fiduciaire compense ce déficit. Le service fiduciaire intervient souvent après le décès d'un conjoint qui s'était jusqu'alors occupée des affaires administratives du couple. En raison du mode de répartition des tâches le plus répandu, le service vient avant tout à la rescousse de femmes âgées qui ont perdu leur conjoint. Le service fiduciaire aide la personne survivante à compenser ses déficits de capital culturel.

Dans bien des cas, des clients font aussi appel au service fiduciaire à cause d'atteintes physiques. Par exemple lorsque la vision diminue au point qu'il leur devient pénible de lire leur courrier. Le service fiduciaire pallie des déficits en capital physique en envoyant des bénévoles au domicile des clientes et des clients.

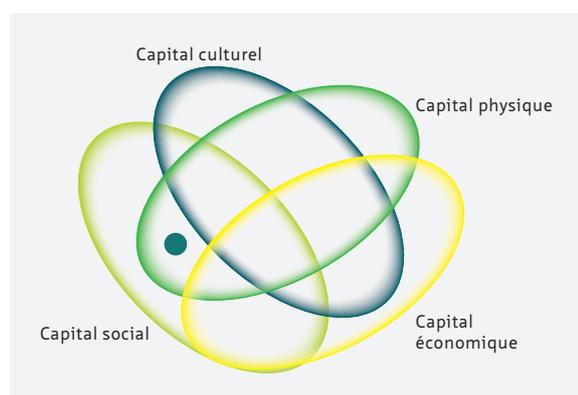
En revanche, la compensation du capital économique se révèle assez relative ici. Le service fiduciaire coûte certes moins cher que des professionnels, mais il n'est pas gratuit.



Cours de la mémoire

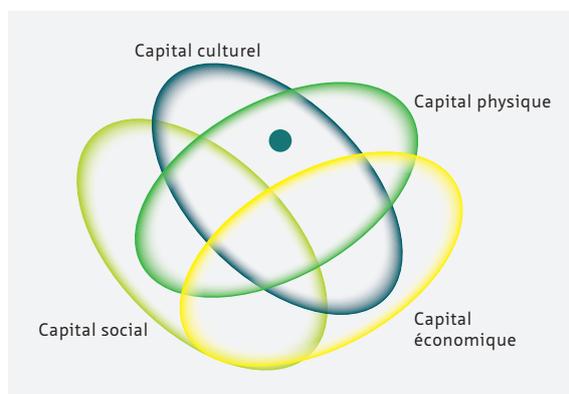
Les organisations cantonales et intercantionales de Pro Senectute et de la Croix-Rouge suisse proposent des cours de la mémoire pour entraîner les capacités cognitives. Grâce à des exercices et des stratégies de mémorisation, elles aident à atténuer le déclin des capacités cognitives et à compenser les trous de mémoire.

Les cours de mémoire s'adressent à des groupes de personnes qui ressentent un même besoin : cela peut avoir un effet fédérateur et générer un nouveau capital social. A condition, bien sûr, que le cours soit conçu pour offrir aux participants des occasions d'échanger et, par exemple, de résoudre des devoirs ensemble.



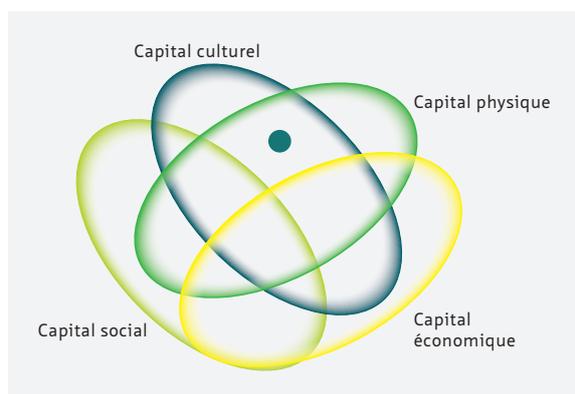
Cours pour l'utilisation des transports publics

Certaines organisations de Pro Senectute proposent des cours qui procurent davantage de sécurité aux usagers des transports en commun. Avec l'apparition des premières atteintes physiques ou cognitives ou lorsque des automobilistes de longue date sont contraints d'arrêter la conduite et de se déplacer avec les transports publics, ces cours permettent aux participants de (ré)apprendre à voyager en tram et en bus dans les meilleures conditions. Le cours compense ainsi le déficit de capital physique. Ces cours aident aussi à lever les appréhensions à utiliser des automates à billets et compensent ainsi des lacunes de capital culturel. Comme ces cours ne durent pas longtemps, les participants n'ont guère l'occasion de s'occuper de leur capital social dans ce cadre. Les retombées de cette offre sur le capital social peuvent néanmoins se révéler considérables pour une personne ayant pris part au cours. En effet, si elle retrouve une certaine autonomie et peut de nouveau se déplacer avec les transports publics grâce à ce cours, elle pourra entretenir des contacts sociaux plus réguliers avec son entourage.



Des aînés pour les aînés

Diverses organisations et associations ont mis en place une plateforme où des bénévoles, dans la plupart des cas déjà à la retraite, proposent leur soutien à des personnes âgées. Dans le cadre de l'offre « Des aînés pour les aînés » d'une organisation de Pro Senectute en Suisse alémanique, les participants s'entendent sur des prestations d'aide concrètes. Des seniors s'occupent, par exemple, pour d'autres seniors, de travaux physiques pénibles dans la maison ou au jardin, ou les accompagnent pour faire les courses. Ils aident ces personnes pour qu'elles osent encore, malgré un sentiment d'insécurité naissant, faire les commissions ou entreprendre des promenades en hiver en bonne compagnie. Il s'agit d'une aide souple qui peut aussi réagir à de nouveaux besoins.



De nombreuses offres ne réagissent qu'à un déficit dans une seule forme de capital à l'heure actuelle. Le modèle des quatre ellipses développé ici aide à analyser ces offres pour savoir où il existe des potentialités, afin de concevoir les offres de sorte qu'elles puissent réagir à d'autres déficits en capital. Les responsables disposent ainsi, pour certaines offres d'aide, d'un instrument qui peut se révéler utile dans la conception de prestations spécifiques. Le modèle invite à composer les offres de sorte qu'elles puissent réagir à d'éventuels déficits dans toutes les formes de capital. Elles garantissent ainsi une prise en compte particulière des besoins des personnes âgées vulnérables. Afin de développer de nouvelles offres ou de réorienter des offres existantes, il convient de se poser les questions suivantes :

- Combien coûte la participation à l'offre ?
- Quelles sont les compétences culturelles requises pour pouvoir participer à cette offre ?
- Dans quelle langue et à l'aide de quelles images fait-on de la publicité pour cette offre ?
- L'offre exclut-elle les personnes avec peu de connaissances de la langue locale ?
- Est-ce que l'offre et le lieu de son déroulement sont facilement accessibles aux personnes à mobilité réduite ?
- L'offre a-t-elle aussi pour objectif d'encourager les contacts sociaux ?
- Existe-t-il une certaine souplesse pour la participation au cours ?

Le tableau suivant récapitule encore une fois les réflexions de ce sous-chapitre. Il peut servir de liste de vérification pour la conception et la réorientation des offres et des prestations destinées à des personnes âgées vulnérables.

Jusqu'ici, l'analyse des offres s'est effectuée dans l'optique d'une organisation spécifique pour les personnes âgées. Des possibilités d'amélioration subsistent. Toutefois, il serait inopportun de les réaliser sans porter un regard sur l'ensemble des organisations qui offrent de l'aide aux personnes âgées vulnérables.

En effet, les entretiens avec les spécialistes de Pro Senectute ont montré que c'est aussi la complexité de la panoplie des offres disponibles elle-même qui entrave leur accessibilité. De nombreuses personnes âgées et

	Ökonomisches Kapital	Soziales Kapital	Kulturelles Kapital	Körperkapital
Lieu	Dans quel endroit se déroule l'offre, combien coûte le déplacement jusqu'au lieu du cours avec les transports publics ?	Le lieu du cours offre-t-il la possibilité d'entretenir des contacts sociaux avant ou après le cours ?	Le lieu du cours n'est-il que difficilement accessible, p.ex. parce que le déplacement en transports publics requiert plusieurs changements ?	A quelle distance se trouve le lieu du cours ? Est-il accessible aux personnes à mobilité réduite ou se déplaçant avec un déambulateur ou un fauteuil roulant ?
Forme	Des aides techniques ou des appareils onéreux sont-ils indispensables pour participer au cours (p.ex. un ordinateur à la maison) ?	N'y a-t-il que des couples, des hommes ou des femmes qui participent au cours ?	Dans quelle langue l'offre est-elle expliquée ? La langue joue-t-elle un rôle essentiel ou est-ce que d'autres moyens, comme des images, sont aussi utilisés ?	Faut-il pouvoir rester debout ou assis longtemps ? Les personnes avec des troubles de la vision ou de l'audition peuvent-elles aussi participer ?
Contenu	Combien coûte la participation au cours ? Un équipement (onéreux) est-il nécessaire pour participer à l'offre ?	La conception du contenu permet-elle aussi de proposer des exercices en groupe ? Les échanges sociaux sont-ils aussi favorisés par l'animatrice ou l'animateur ?	Quel est le niveau de formation requis ? Quels sont les termes techniques utilisés ?	Le contenu est-il susceptible d'intéresser des personnes avec des atteintes physiques ?
Publicité, accès			Quelles sont la langue et les images utilisées par la publicité pour cette offre ? Quel est le niveau de formation des personnes auxquelles s'adressent les médias avec de la publicité pour cette offre ?	

Tableau 6 Questions pour la conception et le remaniement des offres dans la perspective de la vulnérabilité

leurs parents se plaignent, paraît-il, de la grande difficulté de se faire une vue d'ensemble et de s'y retrouver en raison de la multitude d'offres, de prestataires et de réglementations. Du point de vue des prestataires, toutefois, il s'agit de répondre aux besoins et aux problèmes des utilisatrices et utilisateurs. Au fond, il serait important d'apprendre directement des seniors et de leurs parents les entraves d'accès qu'ils observent et les améliorations qu'ils proposent. Le sondage des spécialistes a toutefois déjà montré où des difficultés peuvent survenir :

- L'action sociale et le système de santé comptent un très grand nombre d'acteurs qui modifient sans cesse leurs offres. Même les « initiés » ont du mal à s'y retrouver.
- Il existe parfois des chevauchements entre les offres. A cela s'ajoute l'incertitude de ne pas savoir quel prestataire fournit quelles prestations, ni à quelles condi-

tions celles-ci sont soumises. Vit-on au bon endroit, a-t-on l'âge correspondant ou est-ce que l'utilisation de l'offre est subordonnée au droit à une autre prestation ?

- Il existe en outre des différences dans les compétences et les déroulements, ceci en fonction des cantons et des communes. Cela complique le soutien familial lorsque les parents et les enfants ne vivent pas dans le même canton.
- De nombreux acteurs répondent à divers besoins en même temps. Pour les utilisateurs et utilisatrices, il serait plus cohérent que les divers services spécialisés se concentrent sur leurs besoins dans les domaines « logement », « alimentation », « mobilité » et « finances ».
- La mise en commun des différentes offres des prestataires respectifs génère un travail considérable de

coordination et d'organisation. Plus l'arrangement d'aides à une personne âgée est important, plus la concertation entre les divers acteurs devient complexe. Du point de vue des membres de la famille, il serait donc plus simple d'obtenir toutes les offres d'un seul tenant.

Ce qui ressort de ces observations et constatations, c'est un appel à tous les prestataires de services destinés aux personnes âgées. Ils auraient tout intérêt à structurer et à présenter leur palette d'offres de façon compréhensible et à informer leurs partenaires de coopération sur leurs prestations. Aussi pertinente que soit cette exigence, il semble pour le moins improbable qu'elle soit entendue par les organisations d'aide. Comme ailleurs, les prestataires se livrent une vive concurrence sur le marché des services aux personnes dans la transition du troisième au quatrième âge. En outre, la liste dressée montre qu'il existe de toute évidence une contradiction entre deux revendications des seniors et de leurs proches. D'une part, ils exigent une spécialisation évidente des prestataires sur certains besoins d'aide. D'autre part, ils préféreraient s'adresser à un seul prestataire pouvant fournir tous les services d'un seul tenant. Ces deux positions ont ceci de commun qu'elles reflètent le désir de simplifier et d'alléger la vie des personnes cherchant du soutien. Mais comment y parvenir ?

Tout d'abord, il importe de considérer le cadre général dans lequel évoluent les organisations. S'il est difficile de s'y retrouver dans la jungle des prestations, c'est parce que la structure évoluée que constitue le système suisse de sécurité sociale et de santé ne s'est pas faite en un jour ; elle s'est en effet mise en place et a grandi peu à peu. En outre, les acteurs de l'action sociale et du système de santé suivent des logiques juridiques différentes. A titre d'exemple, les prestations sollicitées durant la transition du troisième au quatrième âge se situent souvent entre les notions de « soins » et d'« aide ». Or, ces deux types de prestations sont soumis à des régimes totalement différents. Les soins sont définis dans la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et remboursés par l'assurance-maladie, mais ce n'est pas le cas de l'aide. A cela s'ajoutent encore des problèmes de délimitation : l'article y afférent de la LAMal ne couvre pas tout ce qui fait partie des « soins ». Le sous-cha-

pitre 7.4 s'intéresse de plus près aux difficultés qui en résultent.

En outre, les différents prestataires disposent tous d'une différente marge de manœuvre dans la conception et le positionnement de leurs prestations. Les organisations à but non lucratif doivent se conformer à diverses exigences pour fournir leurs prestations, en fonction des sources qui garantissent leur financement. Les offres de Pro Senectute, par exemple, sont cofinancées par la Confédération¹⁶, les cantons et, parfois, même par les communes. Une organisation doit faire face à des attentes très diverses (et aussi très divergentes la plupart du temps). Les exigences posées aux prestations peuvent concerner l'âge des utilisatrices et utilisateurs, la vulnérabilité des personnes âgées, la conception de la prestation ou la formation des responsables du cours. En même temps, comme on vient de le mentionner, la vive concurrence que se livrent les prestataires sur ce marché restreint les possibilités de coordination et de mise en réseau des différentes offres. Tous ces facteurs entravent un remodelage coopérant de la palette d'offres en vue de la rendre plus transparente.

Il se révèle aussi difficile d'affirmer quel changement du système comporterait plus d'avantages du point de vue de ses utilisateurs. Si les prestataires se spécialisaient, cela permettrait de savoir avec précision qui propose quelles prestations. Toutefois, en sachant que les domaines de la vie sont rarement distincts mais qu'ils présentent plutôt une forte interdépendance, cette spécialisation parcellaire générerait un surplus de travail lorsqu'une personne âgée doit faire appel à plusieurs acteurs en même temps pour la gestion de sa vie quotidienne. Les prestataires proposant une large palette d'offres présenteraient l'avantage de donner accès à (presque) toutes les offres d'un seul tenant. En conséquence, ils ne devraient pas se livrer à un travail de coordination trop important en faveur des bénéficiaires. Dans le cas des grandes organisations qui proposent « tout d'un seul tenant », la difficulté que rencontrent les utilisatrices et utilisateurs est d'identifier

¹⁶ En vertu de l'art. 101^{bis} LAVS.

le prestataire le plus à même de répondre à leurs besoins personnels.

Un service d'information centralisé représenterait une offre qui permettrait de mieux s'y retrouver dans cette jungle des prestations qui, de toute évidence, n'est pas prête de disparaître. En d'autres termes, il conviendrait de mettre en place un service qui aiguillerait les personnes cherchant de l'aide et leurs proches vers l'organisme compétent pour répondre à leur problème ou leur question. Dans le cas de la thématique de la « vieillesse », la consultation sociale de Pro Senectute assume cette fonction importante. Il est donc capital que cette prestation soit facilement accessible à tout le monde.

7.3. Propositions d'optimisation sur le plan de l'organisation

Pro Senectute se compose d'une organisation nationale et de 24 organisations cantonales ou intercantionales autonomes. Les propositions d'optimisation des offres s'adressent en premier lieu aux organisations cantonales ou intercantionales. Les propositions d'action politique présentées par la suite concernent l'ensemble de l'organisation de Pro Senectute.

A partir des expériences décrivant ci-dessus de quelles manières les personnes âgées vulnérables sont atteintes et où l'accessibilité aux offres est entravée, il est à présent possible de formuler des propositions d'action pour les organisations cantonales et intercantionales de Pro Senectute. Les six propositions d'optimisation suivantes comprennent des pistes de réflexions conceptuelles pour aménager et remanier des offres :

- Axer des offres sur les personnes vulnérables
- Evaluer les offres
- Réviser les offres
- Optimiser le flux d'information et la coopération au sein de l'organisation
- Promouvoir la coopération avec des partenaires externes

Axer des offres sur les personnes vulnérables

Si le but est aussi d'axer l'offre de façon systématique sur les personnes âgées vulnérables, il est premièrement indispensable de se donner une compréhension commune de cette notion. Au sein de l'ensemble de l'or-

ganisation, toutes les personnes concernées devraient savoir ce qu'il faut entendre par « vulnérable » et connaître les facteurs qui caractérisent la vulnérabilité. Pour ce faire, il est nécessaire de formuler un objectif commun. Le présent travail propose un modèle conceptuel pour la description des personnes âgées vulnérables, lequel peut servir de référence à une définition interne à l'entreprise. Des formations continues régulières et les échanges entre collaboratrices et collaborateurs permettent à ce principe directeur de déployer son effet lors de la conception des offres dans les différentes organisations cantonales ou intercantionales. Si les organisations abordaient aussi la notion de vulnérabilité lors du recrutement de nouveaux employés, elles pourraient engager des spécialistes qui disposent non seulement des compétences spécifiques et didactiques requises, mais aussi de la sensibilité nécessaire pour ces aspects de leur travail social.

Deuxièmement, il s'agit de sonder les intérêts et les besoins des personnes âgées vulnérables. Cela implique d'évaluer de façon ciblée les expériences tirées des relations avec les clients sous l'angle de cette problématique.¹⁷ En outre, afin de connaître les besoins d'individus avec lesquels aucun contact n'a encore eu lieu, il peut se révéler utile d'interpréter des résultats scientifiques sur les conditions de vie et les besoins des personnes âgées. Comme décrit dans ce travail, cela permet d'identifier des groupes à risque qui, selon toute probabilité, sont défavorisés dans plusieurs formes de capital. Il en résulte des points de repère indiquant quels groupes sociaux pourraient être vulnérables dans l'entourage des diverses organisations.

Troisièmement, l'image de l'organisation et la présentation des offres méritent de faire l'objet d'une réflexion sous cet angle : est-ce que les personnes vulnérables et leur entourage reçoivent les messages qui leur sont adressés ? En considérant les images et le langage utilisés, est-il clair qu'une offre s'adresse à ces personnes ? Il s'agit là de questions qui peuvent inciter une organisation à axer davantage son identité visuelle sur le public cible des personnes âgées vulnérables et, partant,

¹⁷ Des explications détaillées concernant le retour d'expériences figurent dans la section « Evaluer les offres ».

à leur faciliter l'accès aux offres et aux prestations de l'organisation.

Évaluer les offres

Un instrument important pour améliorer les offres réside dans leur évaluation. Des questions très simples, qui portent sur la satisfaction des utilisatrices et des utilisateurs vis-à-vis des offres ou sur les changements qu'ils souhaitent, peuvent fournir des informations d'une grande valeur pour mieux positionner les offres. En ce qui concerne la vulnérabilité, par exemple, les raisons pour lesquelles quelqu'un renonce à participer à une offre peuvent fournir de bonnes indications sur les exigences, peut-être trop élevées, envers les utilisatrices et utilisateurs avec une faible dotation en capital. Ou lorsqu'il est demandé aux participants s'ils connaissent des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas participer à une offre, les raisons d'empêchement mentionnées offrent des indices utiles au remaniement des offres. Pour les offres en question, il convient aussi d'examiner chaque fois les manières obtenir ces renseignements, en tenant compte des aptitudes et des possibilités des utilisatrices et utilisateurs, et sans que le temps investi ne dépasse les limites du raisonnable.

Réviser les offres

Certaines organisations de Pro Senectute s'adressent à une cible très large. Elles définissent leur public cible comme toutes les personnes de plus de 60 ou 65 ans. L'idée de toucher tout le monde, à l'origine dans une volonté de n'exclure personne, peut paradoxalement mener à l'exclusion de personnes âgées vulnérables. L'image séduisante du troisième âge actif se reflète dans le langage visuel affiché, ainsi que dans des offres au niveau d'exigences élevé que les personnes âgées vulnérables n'utilisent guère (ou ne peuvent guère utiliser). Selon les spécialistes, un besoin d'amélioration subsiste donc toujours dans certaines organisations, pour que toutes les offres deviennent aussi accessibles aux personnes avec des atteintes physiques ou un faible niveau de formation. Une opposition se manifeste parfois aussi entre la consultation sociale, où des personnes vulnérables demandent du soutien, et les offres de sport et de culture, qui sont surtout fréquentées par des seniors actifs « non vulnérables ». Pour atteindre des personnes vulnérables, il faut concevoir des offres

faciles d'accès et les présenter de façon compréhensible pour tous. Les organisations de Pro Senectute sont invitées à revoir les points forts et les points faibles de leurs offres à l'aide du modèle des quatre formes de capital développé dans cette étude et, le cas échéant, à en poursuivre le développement. Au centre de cette vérification se trouve la question de savoir comment les offres réagissent à des déficits au niveau de la dotation en capital et quelles possibilités de compensation elles proposent.

Optimiser le flux d'information et la coopération au sein de l'organisation

Une bonne coopération et un flux d'information ciblé au sein de l'organisation contribuent à améliorer les offres et à pouvoir coordonner les utilisatrices et utilisateurs. Si les expériences des responsables des cours ainsi que des conseillères et conseillers remontent jusqu'aux personnes qui dirigent les domaines respectifs, il est possible de réagir dans de brefs délais à l'évolution des besoins des utilisatrices et utilisateurs. Des bases institutionnalisées pour l'évaluation sont nécessaires à cet effet.

Outre le flux d'information à l'intérieur des domaines, il convient aussi d'entretenir des échanges entre les domaines. Les employés actifs dans les relations publiques ou en contact avec les clients dans l'action sociale devraient connaître tellement bien leur organisation et ses prestations pour qu'ils puissent aussi attirer l'attention sur d'autres offres. Ils peuvent ainsi utiliser la confiance gagnée pour aiguiller en cas de besoin, et si possible sans détour, les personnes participant à leurs offres vers d'autres offres.

Promouvoir la coopération avec des partenaires externes

La plupart du temps, la vulnérabilité se caractérise aussi par une certaine inaccessibilité. Il se révèle être difficile d'entrer en contact à distance avec des personnes isolées et en mal d'orientation face aux offres disponibles. Dans la mesure où l'organisation de référence ne dispose pas d'offres extra-muros, il se révèle d'autant plus important d'identifier les autres prestataires ou services spécialisés les plus susceptibles de se trouver en contact direct avec des personnes vulnérables.

Suivant la commune ou le quartier en question, il s'agit de différents interlocuteurs-clés, comme des aides ménagères, les infirmières et infirmiers d'une organisation d'aide et de soins à domicile, les aumôniers et aumôniers des paroisses, les services sociaux de l'hôpital, les médecins, les assistantes et assistants sociaux des centres de rencontre du quartier ou le personnel d'une association caritative.

Le défi posé par l'entretien d'un réseau consiste, d'une part, à faire connaître son offre et, d'autre part, à convaincre les partenaires du réseau de rendre son offre accessible au plus grand nombre. Bien entendu, l'entretien d'un réseau est aussi une question de ressources. Or, c'est justement là où, faute de temps, l'entretien de contacts avec l'extérieur est réduit à la portion congrue, qu'il serait très utile de s'entourer d'interlocuteurs-clés en mesure d'ouvrir l'accès à des personnes vulnérables. La question se pose donc de savoir comment convaincre des partenaires du réseau de collaborer. L'intérêt des interlocuteurs-clés à une mise en réseau est déterminé par leur compréhension professionnelle, ainsi que par le temps dont ils disposent. Ici, c'est en particulier au niveau de la charnière entre le domaine social et le système de santé qu'il serait possible de réaliser beaucoup de choses avec un minimum d'efforts. Le contre-projet de la Confédération à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », accepté en votation en mai 2014, montre la voie à suivre. Le nouvel article 117a de la Constitution fédérale demande à la Confédération et aux cantons de veiller « à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité ». Cela implique aussi « la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille ». Si la mise en réseau avec des fournisseurs de prestations d'assistance (non médicales) était aussi reconnue et rémunérée comme une prestation importante des médecins de famille, les conditions seraient réunies pour une bonne coopération avec d'autres prestataires du domaine social.

7.4. Les lacunes au niveau des offres

Une tâche consiste à aménager l'offre existante de sorte qu'elle soit utile aux personnes âgées vulnérables. Une autre tâche concerne la mise en place de nouvelles offres pour ce public cible. Le présent chapitre traite des lacunes qui subsistent jusqu'à présent au niveau des

offres pour les personnes âgées. Les entretiens avec les spécialistes du domaine social et de la santé ont montré des différences frappantes d'un canton à un autre, et même d'une commune à une autre, s'agissant des offres qui font encore défaut. D'un endroit à l'autre, la taille de la palette d'offres dépend dans une très large mesure de deux éléments : de l'engagement financier des cantons et des communes, ainsi que de l'engagement social des organisations de la société civile, avec leur nombreux bénévoles, qui sont en particulier très actifs dans les services aux personnes âgées. Ces deux éléments marquent en grande partie les différences dans les offres et l'infrastructure au niveau communal.

Les entretiens avec les spécialistes n'ont pas permis de déceler des lacunes flagrantes dans l'ensemble de l'offre. Au fond, on sait ce dont les personnes âgées vulnérables ont besoin pour gérer leur vie quotidienne. Il est évident que certaines organisations peuvent encore étoffer leur offre. Elles devraient vérifier comment leur palette de prestations réagit aux différentes formes de capital. En outre, elles pourraient encore développer quelques prestations et autres cours, afin d'accorder une place plus grande aux formes de capital qui ne sont pas encore prises en compte. Fait peu surprenant, le problème se trouve toutefois ailleurs. Lorsque les efforts pour proposer une palette d'offres complète échouent, cela tient la plupart du temps à des problèmes de financement. D'une part, les organisations non gouvernementales ne disposent pas des moyens financiers suffisants pour proposer leurs prestations à des prix avantageux. D'autre part, les individus ne possèdent pas un capital économique suffisant pour se payer ces offres aux tarifs en vigueur. Pour finir, les pouvoirs publics se montrent de plus en plus réticents lorsqu'il s'agit d'accorder des fonds en faveur de l'action sociale gérontologique.

Tôt ou tard, les personnes qui souhaitent vivre chez elles le plus longtemps possible se heurtent à leurs limites financières. Des problèmes pécuniaires surviennent surtout lorsqu'il faut payer des prestations qui dépassent le cadre des soins médicaux. Voici quelques exemples pour illustrer la situation.

Des problèmes de financement apparaissent lorsque l'appartement ne répond tout à coup plus aux besoins. Quand les portes deviennent trop étroites, la salle de bains trop exiguë et lorsque l'entrée et la sortie de la baignoire se transforment en un exercice pénible et périlleux, des adaptations architecturales s'imposent ou, faute de quoi, il va falloir trouver un **appartement adapté aux personnes handicapées**. Les personnes concernées doivent financer elles-mêmes les travaux pour adapter un appartement au handicap. Dès lors, les personnes qui ne possèdent aucune fortune ou qui dépendent de prestations complémentaires ont de la peine à financer un logement libre de barrières architecturales. Les bénéficiaires de prestations complémentaires peuvent certes faire valoir des frais supplémentaires pour un appartement adapté au handicap, mais à condition qu'un certificat médical atteste qu'ils ont besoin d'un fauteuil roulant. Quant aux personnes à mobilité réduite qui ne se servent « que » d'un cadre de marche pour se déplacer et qui doivent donc aussi vivre dans un appartement sans barrières architecturales, elles ne peuvent prétendre à des frais supplémentaires.

L'incapacité croissante à accomplir les gestes de la quotidienne qui font partie des tâches domestiques et le fait de ne pas pouvoir compter sur l'aide d'autrui pour prendre les choses en main se traduisent aussi par des difficultés de financement pour les personnes avec peu de moyens. Même si les caisses-maladie financent les traitements médicaux dont ces personnes ont besoin à cause de leurs troubles physiques, aucune assurance obligatoire ne prend en charge les prestations devenues indispensables pour la gestion de la vie quotidienne suite à ces atteintes. Ces personnes doivent aussi payer de leur poche **les aides ménagères et les prestations d'assistance** proposées par des organisations non gouvernementales telles que la Croix-Rouge suisse, l'Association des services d'aide et de soins à domicile ou Pro Senectute. Il existe ici d'importantes différences de prix suivant le canton et les fournisseurs de ces prestations. Seule une éventuelle assurance complémentaire, souscrite à temps, prend en charge une partie des frais liés à une aide ménagère.

Le maintien de la vie à domicile peut s'accompagner d'un sentiment d'insécurité avec l'avance en âge. Dans

cette situation, le port d'un « bouton d'alerte » peut rassurer la personne âgée. Les **systèmes d'alarme**, comme celui proposé par la Croix-Rouge suisse, consiste en un bouton qu'on porte sur soi comme une montre et qui permet d'alerter des contacts enregistrés en cas d'urgence. Ces systèmes ne sont pas encore pris en charge par les prestations complémentaires. Les utilisatrices et utilisateurs doivent les financer de leur poche. Faute de contacts personnels à enregistrer dans le système d'alarme, les personnes isolées qui lancent un appel de détresse sont directement mises en relation avec les urgences ou le service ambulancier. Cela peut engendrer des frais élevés.

Lorsque les membres de la famille s'occupent d'une personne atteinte de maladies physiques ou de démence, le fardeau peut devenir trop lourd à porter. Pour offrir des moments de répit aux proches, des **centres de jour** accueillent des personnes soignées, à la demi-journée ou pour la journée entière, et ce, plusieurs fois par semaine suivant les besoins, dans un cadre où elles peuvent entretenir des contacts sociaux. Les modalités de financement des centres de jour varient d'un canton à un autre, tout comme les montants forfaitaires journaliers diffèrent beaucoup d'un prestataire à un autre. Pour les personnes avec peu de moyens, les prestations complémentaires participent aux frais du séjour dans un centre de jour. Dans la plupart des cas toutefois, le montant accordé ne suffit pas à couvrir les frais effectifs, selon les dires de plusieurs spécialistes.

Le transport vers le centre de jour constitue un défi logistique et financier. Diverses organisations proposent des **services de transport** qui sont souvent assurés par des bénévoles. Ils ne sont toutefois pas non plus gratuits. En cas de situation financière serrée, le financement d'un service de transport pèse sur le budget, en particulier lorsqu'une telle offre n'existe pas et qu'il faut utiliser des taxis.

Si une personne qui vit chez elle a besoin d'**assistance la nuit**, les spécialistes interrogées estiment que cette prestation est uniquement à la portée des personnes plus aisées. Dans cette situation, une installation en EMS s'impose en général pour les personnes touchées par la pauvreté. Les résidences-services, dont le finan-

cement serait aussi possible pour les bénéficiaires de prestations complémentaires, font défaut dans de nombreuses régions.

Ces exemples montrent à l'évidence que la concrétisation d'une offre d'aides satisfaisantes pour les personnes âgées vulnérables en Suisse passe inévitablement par une refonte de son financement lorsque celui-ci se trouve hors du champ d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Les deux prochains chapitres se consacrent à cette question.

8. Soins, aide et assistance : distinction

- 8.1. Obstacles au financement de l'assistance et des soins aux personnes âgées
- 8.2. La séparation des soins et de l'aide

8. Soins, aide et assistance : distinction

Le raisonnement tenu jusqu'ici s'est articulé autour de réflexions pour savoir quelles offres et quelles prestations pourraient se révéler utiles, en particulier pour des personnes âgées vulnérables, durant la transition du troisième au quatrième âge, et dans quelle mesure les organisations de Pro Senectute, à titre particulier, répondent à ces attentes. L'étude propose à présent d'élargir le regard sur des questions concernant les droits des personnes âgées vulnérables au financement de ces offres d'aide. Pour ce faire, le présent chapitre aborde ces questions du point de vue des personnes concernées. Le dernier chapitre débouche sur la formulation d'une position sur la politique de la vieillesse, élaborée en étroite collaboration avec le responsable du domaine « Recherche et travail de base » de Pro Senectute Suisse.

Au moyen de **prétentions et de droits**, l'Etat influence la dotation en capitaux de ses citoyennes et citoyens. Les prestations de transfert versées par l'Etat remédient à un déficit en capital économique. En cas de prévoyance vieillesse insuffisante et d'une faible rente, ces prestations garantissent aux retraités le minimum vital. Le montant de ces prestations complémentaires est fixé dans le cadre de processus politiques. Plus ces prestations en cas de besoin s'éloignent du coût du niveau de vie, plus elles ont pour effet de restreindre les personnes dépendantes d'aide dans leur vie quotidienne.

Les loyers maximums des prestations complémentaires livrent un exemple éloquent à cet égard. La hausse des loyers est devenue une charge toujours plus lourde pour les ménages à faibles revenus au cours des quinze dernières années. Les prestations complémentaires n'ont toutefois pas suivi le rythme de l'évolution des loyers. Les montants pris en compte à titre du loyer, qui sont fixés par la Confédération, n'ont pas changé depuis 2001, tandis que les loyers ont augmenté de 21 % en moyenne entre-temps (cf. Conseil fédéral 2014a, p.2). Pour un nombre croissant de bénéficiaires de PC, cela signifie que le montant prévu dans les prestations complémentaires ne permet plus de financer leurs frais de loyer effectifs. Ces personnes consentent à des sacrifices sur d'autres postes du budget pour pouvoir payer leur loyer. Diverses parties prenantes ont dénoncé ce problème au cours des dernières années, entre autres dans l'étude « *Vivre avec peu de moyens. La pauvreté des*

personnes âgées en Suisse » publiée par Pro Senectute Suisse en 2009. Après plusieurs interventions parlementaires, une initiative cantonale et une motion d'une commission du Conseil national, le Conseil fédéral a mis en consultation une proposition de modification de la loi le 12 février 2014. Il y propose de relever les montants maximums pris en compte à titre du loyer pour qu'ils couvrent le loyer effectif de 90 % des bénéficiaires de PC. Comme les loyers diffèrent beaucoup entre ville et campagne, il entend désormais définir des montants maximums pour trois régions différentes: « grands centres », « ville » et « campagne ». Sur la base des réponses à la consultation, le Conseil fédéral a présenté, le 17 décembre 2014, son message relatif à la modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) concernant les montants maximums pris en compte au titre du loyer.

Les processus pour faire valoir un droit à des prestations sont également définis par la politique. Suivant les conditions mises en place, l'accès à ces prestations est rendu plus ou moins difficile. Cela impose un fardeau supplémentaire aux personnes vulnérables, en particulier à celles qui, en plus de ne posséder qu'un capital économique modeste, ne disposent que de connaissances limitées du système social et/ou de la langue locale. Dans la partie théorique, ce travail s'est déjà penché sur les difficultés à avoir recours à des prestations complémentaires et la non-perception de celles-ci. Le chapitre suivant se concentre sur l'accès aux prestations dans le domaine des soins, de l'aide ménagère et de l'assistance.

Lorsque la transition du troisième au quatrième âge engendre un besoin d'assistance qui ne peut être assumé ni dans le ménage, ni avec le soutien de membres de la famille, il faut avoir recours à une aide professionnelle. Les sections suivantes expliquent comment l'accès à l'aide, à l'assistance et aux soins est entravé pour beaucoup de personnes, en particulier des personnes vulnérables, par le cadre politique général.

8.1. Obstacles au financement de l'assistance et des soins aux personnes âgées

Les modalités de financement des soins se révèlent très complexes, si bien que beaucoup de patientes et pa-

tients ainsi que les membres de leur famille se sentent dépassés. Quelques exemples illustrent cette situation ci-dessous.

En cas de déficit de capital culturel et social, les obstacles systémiques suivants entraînent des effets particulièrement préjudiciables :

- Manque de connaissances sur les droits et prestations non remboursées
- Forte ampleur des formalités administratives
- Degré élevé de la participation financière assumée par les personnes dépendantes de soins elles-mêmes

Le sous-chapitre 8.2 porte sur la **séparation des soins, de l'aide et de l'assistance** qui domine le système social et sanitaire actuel. Il s'agit d'un des principaux problèmes dans le système actuel des services à la personne âgée. S'il était possible de supprimer cette séparation qui s'appuie sur des arguments peu pertinents, cela aurait en particulier des retombées positives pour les personnes vulnérables.

8.1.1. Manque de connaissances sur les droits et prestations non remboursées

L'apparition d'une dépendance de soins engendre des dépenses considérables. « La nécessité d'avoir recours à des prestations complémentaires s'étend jusque dans une zone de revenus supérieure à la médiane des revenus bruts des ménages de couples retraités, dans la mesure où la fortune ne dépasse pas nettement les franchises sur la fortune selon les PC. » (Wächter/Künzi 2011, p.14). Beaucoup de personnes concernées ne savent pas qu'elles auraient peut-être droit au remboursement des frais de soins par l'intermédiaire des prestations complémentaires. Surtout lorsqu'ils ne touchaient pas de prestations complémentaires annuelles avant la survenance de leur dépendance de soins, les bénéficiaires ne connaissent guère les dispositions sur les PC (cf. *ibid.*). Il n'est pas facile de trouver et de comprendre soi-même des informations à ce sujet. A cela s'ajoute le fait que les informations disponibles en ligne, comme les outils de calcul des PC, se concentrent surtout sur le calcul des prestations complémentaires périodiques annuelles (cf. *ibid.* p.16). Sans le soutien d'un conseil professionnel, comme celui proposé par Pro

Senectute, beaucoup de personnes ne bénéficieraient pas des services qui leur reviennent.

8.1.2. Forte ampleur des formalités administratives

Le remboursement des frais de maladie et la prise en charge par la caisse-maladie dépendent de certaines conditions. Ces dispositions revêtent de l'importance, car elles assurent la qualité des soins, mais elles représentent cependant aussi un défi organisationnel pour les personnes dépendantes de soins. Pour que l'assurance-maladie obligatoire rembourse les frais de maladie, la forme d'assistance choisie doit remplir les conditions suivantes : il appartient exclusivement à des infirmières et infirmiers diplômés ou à des organisations reconnues de soins et d'aide à domicile de fournir des prestations ambulatoires (cf. art. 49 et 51 OAMal et art. 7 OPAS). Si une personne ne veut pas faire appel aux prestations d'une organisation publique ou privée de soins et d'aide à domicile, elle peut employer une infirmière ou un infirmier à titre privé. Pour ce faire, la personne dépendante de soins doit être à même d'organiser elle-même cet arrangement. Elle doit assumer le rôle d'employeur ou d'employeuse, ce qui implique, entre autres, de mettre au point le contrat de soins et de verser les cotisations d'employeur aux assurances sociales. Afin que la caisse-maladie prenne en charge les frais de ces soins dispensés par une professionnelle ou un professionnel engagé sur une base privée, une commission doit approuver la prise en charge financière au préalable (cf. Wächter/Künzi 2011, p.13). En cas d'approbation, le remboursement des frais est ici aussi plafonné.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins en 2011, le financement des soins à domicile concerne au moins trois parties : les assureurs-maladie, les patients eux-mêmes, ainsi que le canton de domicile (cf. Riemer-Kafka/Pfiffner Rauber 2013).

- **L'assurance-maladie obligatoire** verse des contributions, fixées de façon harmonisée par la Confédération, aux prestations de soins à domicile ou dans un home.
- **La patiente ou le patient** prend en charge un montant correspondant à 20 % au maximum de la contribu-

tion maximale de l'assurance-maladie. Dans la mesure où la patiente ou le patient ne dispose pas des fonds propres suffisants, il est possible de demander des prestations complémentaires ou, en cas d'impotence, une allocation pour impotent.

- **Le canton (ou ses communes)** prend en charge le « financement résiduel » qui n'est pas couvert par les assureurs-maladie et la participation du patient.
- Les assurances complémentaires représentent un autre prestataire possible. Il est par exemple possible de souscrire des assurances pour des prestations d'assistance. D'après les experts, celles-ci ne s'adressent qu'à des personnes fortunées qui désirent protéger leur patrimoine.

Depuis l'entrée en vigueur du nouveau régime de financement des soins en 2011, les personnes résidant dans un home doivent désormais faire valoir quatre prestations d'assistance, contre trois auparavant. En plus des prestations de l'assurance-maladie, de l'allocation pour impotent et des prestations complémentaires, il faut encore faire valoir le financement résiduel par le canton ou la commune (cf. Zogg 2011).

8.1.3. Degré élevé de la participation financière assumée par les personnes dépendantes de soins elles-mêmes

En Suisse, les particuliers paient de leur poche 60 % des dépenses totales pour les soins de longue durée.¹⁸ Il s'agit de la part la plus élevée par rapport aux autres Etats de l'OCDE. En comparaison, cette part s'élève à 29 % en Allemagne ou à 18 % en Autriche (cf. *ibid.*). De ce fait, la part prise en charge par les pouvoirs publics en Suisse ne correspond qu'à un bon tiers des dépenses pour les soins de longue durée et se révèle assez modeste par rapport à d'autres pays.

Les prévisions tablent sur une hausse ultérieure des dépenses supportées par les particuliers. Les soins, l'aide et l'assistance fournis « gratuitement » devraient diminuer à l'avenir. Comme déjà mentionné dans la partie théorique du travail, ce sont les membres de la famille qui assurent en grande partie les soins, l'aide et l'assis-

sance à domicile. L'autre conjoint, qui est lui-même déjà à la retraite, prend en charge ce rôle dans de nombreux cas. Ses capacités dépendent de son énergie et de son Etat physique, mais elles restent en principe aussi mobilisables à l'avenir. Bien souvent, ce sont les femmes qui s'occupent de leur conjoint jusqu'à son décès. Par la suite, lorsque la veuve a elle-même besoin de soutien, la responsabilité retombe sur la génération suivante. Or, les plus jeunes dans la famille disposent d'un temps toujours plus limité. Les familles deviennent moins nombreuses, ce qui signifie que les tâches familiales d'assistance et de soins sont partagées par une petite fratrie ou reposent même sur les épaules d'un enfant unique. A cela s'ajoute la diversité grandissante des projets de vie. La distance géographique qui sépare les générations s'accroît aussi. Les enfants et leurs parents dépendants de soins vivent en général éloignés les uns des autres. A cela s'ajoute l'attente à l'endroit des femmes, qui dispensent une grande partie des soins, qu'elles s'engagent davantage dans une activité rémunérée afin d'éviter la menace d'une pénurie de main-d'œuvre qualifiée (cf. Kirchgässner/Gerritzen 2011, p.56). Ces changements entraînent un recul des prestations de soins, d'aide et d'assistance au sein de la famille et rendent les personnes âgées de plus en plus tributaires de prestations provenant de l'extérieur. Le financement de tous ces services constitue un des défis majeurs de la prévoyance vieillesse en Suisse.

Les soins dans un home médicalisé peuvent aussi très vite engloutir une fortune, d'où la crainte légitime et répandue dans la population de devoir déboursier toutes ses économies durant la vieillesse en cas d'installation dans un EMS. Aujourd'hui déjà, même en disposant d'un revenu sous forme de rentes plus que décent pour la classe moyenne, il faut solliciter l'aide financière de l'Etat pour recevoir des soins. « Les soins de longue durée représentent un gros risque financier, contre lequel il n'est pas facile de s'assurer en tant que particulier » (Wächter/Stutz 2007, p.35).

Les prestations complémentaires ne sont plus ce qu'elles étaient censées représenter au début : un filet de protection pour les personnes qui n'avaient pas réussi à se constituer une prévoyance vieillesse suffisante. Elles jouent désormais aussi le rôle d'une assu-

¹⁸ Chiffres de 2007, tirés des données sur la santé 2010 de l'OCDE, d'après Kirchgässner/Gerritzen 2011, p.52.

rance de soins pour une large frange de la population (cf. Wächter/Künzi 2011, p.14).

8.2. La séparation des soins et de l'aide

La loi fédérale sur l'assurance-maladie opère une distinction entre les prestations de soins (soins au sens strict) et les prestations d'aide et d'assistance (soins au sens large). Cette séparation des soins, de l'aide et de l'assistance, qui relève de la technique d'assurance, n'est guère compréhensible pour les personnes concernées. Pourquoi l'infirmière qui se rend au domicile d'un patient et lui refait son bandage ne pourrait-elle pas aussi vider la boîte aux lettres ou sortir les poubelles ?

Le financement des soins et de l'assistance aux personnes âgées obéit à la logique de la loi sur l'assurance-maladie. Celle-ci se concentre sur la maladie et les prestations médicales et, partant, sur les soins au sens strict.

Les **soins** au sens strict comprennent les prestations suivantes, qui sont définies à l'art. 25a, al. 1 et 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) et à l'art. 7 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) :

- **l'évaluation, les conseils et la coordination** (appréciation du besoin en soins, diagnostic des soins et planification des soins)
- **les soins liés au traitement** (par exemple la préparation et l'administration de médicaments, le rinçage, le nettoyage et le pansement de plaies, ainsi que le soutien en cas de troubles psychiques) et
- **les soins de base** (par exemple des gestes de la vie quotidienne comme aider le patient à se nourrir, à se mobiliser et à effectuer les soins d'hygiène corporelle).

L'assurance-maladie obligatoire est tenue de prendre en charge ces prestations.

Durant la vieillesse, les soins médicaux, à eux seuls, se révèlent insuffisants dans beaucoup de situations de vie. En particulier dans l'optique de la transition du troisième au quatrième âge, force est de constater qu'un besoin de soutien dans la vie quotidienne passe souvent au premier plan. Par exemple, les aînés ont besoin d'aide dans le ménage ou pour faire les courses.

L'aide et l'assistance, c'est-à-dire des prestations qui dépassent le cadre des soins médicaux, font partie des soins au sens large. Ces prestations, qui ne figurent plus qu'en partie dans l'offre des organisations de services d'aide et de soins à domicile, sont avant tout aussi proposées par diverses autres organisations d'aide ou associations. Toutefois, l'assurance-maladie obligatoire ne prend pas en charge les prestations d'aide et d'assistance. Aujourd'hui, l'aide et l'assistance sont fournies en grande partie « gratuitement » par les membres de la famille ou des bénévoles. Toutefois, leurs capacités vont diminuer à l'avenir. Les personnes qui ne peuvent s'appuyer sur de tels réseaux doivent acheter ce soutien. Le capital économique serait censé compenser le déficit en capital social. Or, cela se révèle impossible pour les personnes âgées vulnérables. Comme l'obligation de prise en charge de l'assurance-maladie se limite aux soins au sens strict du terme, les personnes concernées rencontrent des problèmes de financement pour les prestations d'aide et d'assistance. Elles doivent les financer par leurs rentes ou au moyen de prestations complémentaires, à condition bien sûr qu'elles y aient droit et qu'elles disposent d'une ordonnance médicale pour ces prestations.

En plus des prestations complémentaires versées chaque mois, les bénéficiaires se voient rembourser les frais de maladie et d'invalidité. Ceux-ci comprennent les traitements dentaires, l'aide, les soins et l'assistance à domicile ou dans des centres de jour, les cures balnéaires et les séjours de convalescence ordonnés par un médecin, les frais supplémentaires liés à un régime particulier, les frais de transport jusqu'au lieu de traitement médical le plus proche, certains moyens auxiliaires, ainsi que la participation aux coûts des caisses-maladie (franchise et quote-part) (cf. art. 14 LPC et Riemer-Kafka/Überschlag/Beeler 2013, p.366). Les frais de maladie et d'invalidité ne sont toutefois que remboursés jusqu'à concurrence des montants maximaux.¹⁹

¹⁹ Les cantons peuvent fixer des montants maximaux. Ceux-ci ne doivent pas être inférieurs à CHF 25'000.- par an pour les personnes seules et à CHF 50'000.- par an pour les couples (cf. art. 14 LPC). En outre, les cantons plafonnent les dépenses pour l'aide privée fournie dans le ménage (ni par les services d'aide et de soins à domicile, ni par des infirmières/infirmiers reconnu-e-s) – p.ex. à CHF 4'800.- par an dans le canton de Zurich (cf. Wächter/Künzi 2011, p.5).

Les inégalités sociales deviennent particulièrement apparentes dans les situations où des personnes ont besoin de prestations d'assistance pour continuer à vivre chez elles. A la différence des personnes vulnérables qui possèdent peu de capital économique, les personnes fortunées peuvent engager, elles-mêmes ou avec le concours d'une organisation de placement, des auxiliaires de vie pour leur apporter une assistance. La migration de personnel soignant (*care migration*) désigne le phénomène qui conduit des femmes à se rendre pour plusieurs semaines, voire des mois, dans un autre pays pour s'occuper en permanence de personnes âgées contre rémunération. Les arrangements de ce type sont très controversés et exposent les auxiliaires à un risque élevé d'exploitation, entre autres à cause d'horaires et d'une charge de travail intolérables.²⁰

Il existe d'importantes différences d'une région à l'autre en matière d'aide et d'assistance. A défaut d'une liste harmonisée régissant les prestations d'assistance et d'aide ménagère, les prestations proposées et les prix diffèrent d'une organisation à l'autre et d'une commune à l'autre.

Le projet de prise en charge des personnes âgées « En bonnes mains » de Caritas Suisse donne un exemple des prestations que l'aide à domicile pourrait inclure.²¹ Les assistantes de vie fournissent les prestations suivantes :

S'occuper du ménage

- Faire les courses et préparer les repas
- Faire de l'ordre et veiller à un climat confortable dans le logement
- Nettoyer l'appartement et sortir les poubelles
- Entretien des vêtements (lessive, repassage, raccommodage)
- Prendre soin des plantes et des animaux domestiques
- S'occuper des commissions
- Participer à la préparation d'un déménagement

Tenir compagnie

- Présence (communication et cohabitation)
- Repas communs

- Emploi du temps (organisation de la journée et d'activités communes, accueil d'invités)
- Accompagnement à des rendez-vous chez le médecin, des visites, des fêtes religieuses

Proposer des aides simples pour l'hygiène corporelle

- Lorsque la personne se lave et se coiffe, pour s'habiller et se déshabiller
- Lorsque la personne se déplace (pour se lever, aller au lit, aller aux toilettes, préparer les aides à la marche)

Créer de la sécurité

- Aider à s'orienter dans l'espace et le temps
- Rappeler de prendre des médicaments préparés ou signaler lorsqu'ils n'ont pas été pris
- Observer des changements et les annoncer aux proches / à la responsable et demander de l'aide en cas d'urgence

Les assistantes de vie ne fournissent aucune des prestations qualifiées de soins dans la loi sur l'assurance-maladie et dans les lois et les ordonnances cantonales. Celles-ci doivent être confiées à des organisations reconnues de soins et d'aide à domicile.

La fourniture de soins au sens large se révèle lacunaire. Une telle situation ne devrait pas exister, pas seulement du point de vue des personnes concernées, mais aussi du législateur. En effet, par contraste avec les soins définis au sens strict dans la loi sur l'assurance-maladie, la Constitution fédérale se fonde sur une notion des soins au sens large. L'article 112c, alinéa 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse donne le mandat suivant aux cantons : « Les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées (...) ». Les cantons ne s'acquittent pas de façon satisfaisante de ce mandat, en particulier sur le plan de l'« aide » à domicile. D'une part, les offres d'aide et d'assistance font défaut et, d'autre part, les personnes possédant peu de capital économique ne peuvent pas se payer ce soutien lorsqu'il est proposé.

Le dernier chapitre formule des idées sur des mesures politiques qui permettraient de remédier à cette situation.

²⁰ De plus amples informations à ce sujet sont disponibles auprès de Sarah Schilliger, notamment un article paru à la CRS (2013).

²¹ Voir <https://www.caritas.ch/fr/trouver-de-laide/aide-au-crepuscule-de-la-vie/assistance-a-domicile/>

9. Un nouvel agenda politique pour l'aide et l'assistance

- 9.1. Qui prend soin des soins ?
- 9.2. Avons-nous besoin d'une assurance de soins ?
- 9.3. Créer une loi-cadre pour le travail de soin aux personnes âgées

9. Un nouvel agenda politique pour l'aide et l'assistance

La Suisse évolue vers une société de longue vie. Les questions concernant la vieillesse (et le vieillissement) se trouvent beaucoup plus au centre de l'intérêt public et des débats politiques qu'au cours des décennies précédentes. La longévité apparaît à la fois comme un défi de société et une chance culturelle. Le défi réside dans le fait que jamais dans l'histoire de l'humanité, les populations n'ont compté une telle proportion de personnes âgées qui n'avaient plus besoin d'assurer leur existence matérielle. Vivre longtemps en bonne santé : c'est la concrétisation d'un rêve caressé par l'humanité depuis longtemps. Ce rêve devient aujourd'hui réalité – du moins dans les sociétés prospères du Nord. Il s'agit là aussi d'une chance de connaître une évolution culturelle. Le sociologue Peter Gross décrit cette évolution comme suit : « Voir la défense des plus faibles, des inaptes à concurrencer comme l'objectif de l'évolution peut sembler une idée particulièrement incongrue en regard de la récompense permanente de la force et de la puissance dans notre société. Toutefois, le vieillissement massif a lancé un processus de restructuration inouï en faveur des plus faibles. » (Gross 2013, p.91).

Comme l'avaient déjà formulé les auteurs de la *Contribution officielle de la Suisse aux débats de la Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement en 2002* à Madrid, une société qui prend de l'âge et qui mûrit pourrait « redonner tout leur sens à des valeurs qu'on veut « démodées », tels la tranquillité, le calme ou la placidité » (OFS 2002, p.9). A l'heure actuelle, pourtant, le débat de société porte beaucoup plus sur les inconvénients présumés d'une société vieillissante que sur ses avantages possibles. Cela n'a rien de surprenant, car nous ne sommes qu'au début d'un énorme changement – et celui-ci répand d'abord un sentiment d'incertitude et de peur. Un regard sur le passé pourrait nous ouvrir les yeux. Ainsi, la Suisse a posé les fondements du système de prévoyance vieillesse obligatoire à une époque où la société suisse possédait une richesse matérielle bien moindre qu'aujourd'hui. Ce qui importa durant la première moitié du 20^e siècle, ce fut l'audace de penseurs et de battants visionnaires qui réussirent à vaincre toutes les réticences et à imposer une couverture collective face au risque de la « vieillesse ». Pour ces pionnières et pionniers de la prévoyance vieillesse, la société ne pouvait pas continuer à reporter, sur les personnes

âgées et leurs proches, un problème susceptible de concerner un jour tout un chacun, mais elle devait y trouver une solution solidaire.

9.1. Qui prend soin des soins ?

Par rapport à l'époque de la création de l'AVS, de nouvelles questions se posent aujourd'hui et demandent de nouvelles réponses. Ces questions concernent l'émergence d'un « quatrième » âge que la présente étude s'est attachée à décrire dans le détail. Davantage de personnes sont aujourd'hui tributaires d'aide et d'assistance, et leur nombre devrait encore connaître une nette hausse dans un avenir proche. Il y a lieu de s'attendre à ce que la dotation inégale en capital économique, culturel et social continue de déterminer le quatrième âge à l'avenir. La société et l'Etat doivent répondre à cette évolution. Dans ce contexte, il est surtout question des trois problématiques suivantes : quel besoin de soutien faut-il escompter ? Qui doit assumer ce travail ? Et comment sera-t-il financé ? Ces questions se trouvent aussi au cœur du débat sur l'avenir du « travail du care », c'est-à-dire du travail de soin. Il faut entendre par là des activités indispensables pour la vie des humains, comme la sollicitude, l'éducation et le soutien – qu'il s'agisse d'activités rémunérées ou accomplies sans rémunération, qu'elles se déroulent dans des institutions ou dans un registre privé. Il s'agit du soin aux autres et pour le bien commun, qui ne peut être réalisé que sur la base d'un soin approprié à soi-même.

Pendant longtemps, le travail de soin a été considéré comme le devoir « naturel » des femmes, qui se déployait dans le contexte de la famille. Il était une condition préalable à l'activité professionnelle prédominante des hommes. Ce modèle de répartition des rôles est dépassé depuis longtemps, parce que la société moderne des biens et services a aussi besoin de la main-d'œuvre féminine. Toutefois, la question de savoir qui va assumer désormais ce travail de soin bénévole reste ouverte.

Qu'est-ce qui distingue le care des autres formes de travail ? Il est avant tout relationnel : la relation interpersonnelle fait partie de la prestation et, partant, de sa qualité. Les êtres humains dépendent de ces activités de soins au début et également bien souvent à la fin de leur vie, et en cas de maladie grave. « Sans le travail de

soin que d'autres êtres humains accomplissent pour nous, nous ne survivrions pas à ces situations », écrit la chercheuse en sciences sociales Ulrike Knobloch (Knobloch 2013a, p.13). Le travail de *care* se caractérise par la nécessité d'y consacrer du temps : une accélération du processus ou une réduction des effectifs entraînent des répercussions immédiates ou indirectes sur la qualité du travail. Ce secteur d'activité est rebelle à toute rationalisation telle qu'elle s'observe dans la production industrielle. La marge d'augmentation de la productivité se révèle bien plus étroite que dans d'autres secteurs économiques, ce qui engendre « une disparité des productivités du travail » relevée par l'économiste féministe Mascha Madörin (Madörin et Soiland 2013, p.84ss).

Les secteurs de l'économie à forte valeur ajoutée, intéressants pour les détenteurs du capital, font face à ceux à faible valeur ajoutée – comme l'économie du *care*, qui sont laissés à l'initiative privée ou à celle de l'Etat. L'activité Etatique est financée par les impôts et les taxes. En d'autres termes, l'Etat prélève une partie des bénéfices et des salaires afin de permettre le travail du *care* dans le cadre institutionnel (crèches, écoles, hôpitaux, résidences médicalisées, etc.). L'élargissement ou – comme c'est plutôt le cas aujourd'hui – la restriction ou la réduction des ressources financières impacte de manière plus ou moins directe la quantité et la qualité de ce travail du *care*.

La question de savoir comment il faut répartir le travail du *care* entre salariés et bénévoles, et entre hommes et femmes, suscite un débat virulent à plusieurs niveaux. Mascha Madörin indique qu'une économie prospère comme celle de la Suède parvient à financer le travail du *care* avec des fonds publics dans une proportion beaucoup plus importante que la Suisse (cf. *ibid.* p.96). De toute évidence, la répartition entre public et privé ne procède pas d'une fatalité, mais elle représente l'aboutissement de processus sociaux et de décisions politiques.

Il est souvent oublié que le volume du travail non rémunéré surpasse de loin celui du travail rémunéré. Les chiffres de l'Office fédéral de la statistique (OFS 2010) font Etat d'un volume de 8,2 milliards d'heures de tra-

vail non rémunéré en 2010 – contre quelque 7,7 milliards d'heures rétribuées. La répartition de ce travail bénévole, en particulier du travail de *care*, se révèle très inégale entre les sexes. Dans plus de 80 % des ménages, la responsabilité du travail familial et domestique est dévolue aux femmes. En ce qui concerne les soins dispensés à des adultes vivant au sein du même ménage (28 millions d'heures de travail non rémunéré), les femmes en assument les deux tiers. Il ne s'agit donc pas que de la question de la répartition entre public et privé, mais aussi de la manière dont ces obligations sont réparties sur le plan privé. C'est pourquoi l'économiste autrichienne Katharina Mader postule que : « chacun ou chacune au sein de la société assume une part de travail du *care* non rémunéré et une part de travail rémunéré. La division sexuelle du travail, et cela signifie avant tout l'assignation du travail du *care* rémunéré et non rémunéré aux femmes, doit être abrogée » (Mader 2013, p.29).

Dans les années 1990 déjà, la politologue et féministe américaine Nancy Fraser avait développé un modèle universel pour le travail de soin. Selon ce modèle, l'Etat devrait promouvoir l'égalité des sexes « en supprimant l'opposition, sexuellement structurée, entre le travail rémunéré destiné à l'entretien du ménage et le travail bénévole de soin » (citée d'après Knobloch 2013b, p.62). A un autre endroit, la sociologue Ulrike Knobloch déduit que la protection sociale des personnes qui effectuent un travail bénévole nécessaire à la société constitue un devoir prioritaire de l'Etat (cf. Knobloch 2013, p.60ss). Une étude de base sur *la protection sociale du travail de care non rémunéré*, commandée par le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG), développe des arguments similaires (BFEG 2012). Elle souligne que le travail du *care* non rémunéré reste une nécessité sociale, mais qu'il représente encore un risque de paupérisation pour les personnes qui l'accomplissent. C'est pourquoi la société doit négocier un nouveau contrat définissant le cadre du travail du *care* non rémunéré. En effet, « une meilleure protection sociale et une redistribution du travail de *care* à vaste échelle, indépendante du sexe, [permet] de minimiser au niveau des individus le risque social lié à ce travail. » (BFEG 2012, p.V).

De telles réglementations ne sont pas prêtes de voir le jour. Les ménages privés sont confrontés à la question

de savoir s'ils doivent revoir la répartition du travail de soin ou l'externaliser. Ceux qui disposent de moyens financiers suffisants peuvent, par exemple, employer des migrantes d'Europe centrale et orientale pour prendre soin de leurs parents âgés. Cela permet aux personnes dépendantes de vivre le plus longtemps possible chez elles – ce qui correspond à un souhait très répandu. Ce sont les « migrantes du care » qui en paient le prix : bien souvent, celles-ci travaillent en Suisse dans une zone de flou juridique et des conditions de grande précarité (Schilliger 2013). Les chercheuses en sciences sociales Annegret Wigger, Nadia Baghdadi et Bettina Brüscheweiler constatent que l'externalisation ne va pas sans problème car : « si la société laisse le champ libre au marché [...], alors il y a un danger que la qualité des prestations de soin, qui se reflète dans la prise en compte des besoins des bénéficiaires, disparaisse dans une logique de rationalisation » (Wigger, Baghdadi et Brüscheweiler 2013, p.101). Lorsque la société renonce à inscrire le droit au soin dans la loi, « une part toujours plus élevée de la responsabilité du soin est reportée sur les nombreux acteurs du secteur », avertissent les auteurs (ibid.).

Dans cette situation, le modèle habituel de répartition des rôles est réactivé. Les représentations familiales traditionnelles reviennent en force et aboutissent, en rétrospective, à une glorification des comportements du passé. Le gérontologue François Höpflinger attire l'attention sur le fait que « les représentations socio-romantiques de la solidarité familiale d'autrefois » compliqueraient à maints égards un débat objectif (Höpflinger 2013, p.67). Dans une étude menée à large échelle sur les *proches aidants des personnes âgées*, Höpflinger s'est penché sur la contradiction, particulièrement éclatante en Suisse, entre l'idéal des soins et la réalité : « Par rapport aux pays voisins (Allemagne, France, Autriche et Italie), le système des soins aux personnes âgées en Suisse se caractérise par des soins familiaux peu répandus et des soins ambulatoires et hospitaliers bien développés. La réalité des soins en Suisse présente de fortes similitudes avec les pays nordiques, tandis que les normes culturelles semblent se rapprocher des modèles de soins basés sur la famille. Une particularité de la Suisse réside dans le fait que la part de personnes âgées soignées dans des résidences médicalisées se

révèle beaucoup plus importante que dans les pays voisins, mais que le souhait de soins familiaux y est tout aussi prononcé que dans les pays où les membres de la famille dispensent des soins ambulatoires aux personnes âgées » (Höpflinger 2012a, p.106ss). La Suisse se différencie toutefois des pays scandinaves en ceci que la part des finances publiques accordée au soin aux personnes âgées est nettement plus réduite.

D'après François Höpflinger, l'idée de répondre à la pression sur les coûts en remplaçant les prestations de soins étatiques professionnalisées par une augmentation des prestations de soins dispensées par la famille est une « illusion » (cf. Höpflinger 2013, p.72), en particulier au regard de l'évolution démographique. Il plaide plutôt en faveur d'un renforcement de la division du travail qui doit aller de pair avec une différenciation fonctionnelle entre soutien, soin, accompagnement et assistance. En ce qui concerne la nécessaire division du travail, François Höpflinger perçoit comme « définitivement dépassée » la confrontation classique entre famille et Etat (ibid., p.77). Il retient ceci : « En garantissant une bonne protection sociale des personnes âgées et des jeunes familles, un Etat social évolué contribue à ce que les prestations d'aide intergénérationnelles des jeunes pour leurs aînés et des aînés pour les jeunes se multiplient tendanciellement [...]. Le développement de l'offre de l'Etat social ne réduit pas la solidarité intergénérationnelle, mais conduit à un renforcement de la spécialisation des échanges intergénérationnels (soins apportés par des professionnels, aide par les proches). » (ibid., p.78).

9.2. Avons-nous besoin d'une assurance de soins ?

Jusqu'ici, la Suisse n'a pas introduit d'assurance de soins offrant une couverture collective contre le risque de dépendance de soins au grand âge. L'assurance obligatoire des soins (AOS) comprend une couverture partielle. Les dépenses pour les soins à domicile et le séjour dans un home, qui n'y sont pas incluses, sont prises en charge par le système des prestations complémentaires – pour autant que les personnes concernées y aient droit. Hardy Landolt, un juriste rompu aux questions du droit des assurances sociales, appelle les prestations complémentaires l'« assurance sociale de der-

nier recours pour les soins » (Landolt 2014, p.131). En moyenne, 40 % des résidentes et résidents d'un EMS bénéficient de prestations complémentaires.

Le nouveau régime de financement des soins représente un important inducteur de coûts dans la hausse des dépenses pour les PC. Depuis 2011, les frais de soins non couverts par une assurance sociale (ici en particulier l'AOS) ne peuvent plus être facturés à la personne assurée qu'à concurrence d'un montant maximal. Les cantons règlent le reste du financement. Dans ce contexte, ce sont les cantons qui avaient intégré la totalité des soins dans le calcul des PC qui ont enregistré les principales augmentations de coûts (Schüpbach 2014, p.95). La hausse des coûts pour les soins ambulatoires et hospitaliers aux personnes âgées enflamme les débats sur la question d'une assurance de soins obligatoire. Nadine Schüpbach de l'Office fédéral des assurances sociales écrit : « Parmi les solutions envisagées pour diminuer ces frais, la possibilité d'introduire une assurance obligatoire est de plus en plus discutée » (ibid.). Dans son rapport *Prestations complémentaires à l'AVS/AI : Accroissement des coûts et besoins de réforme* (Conseil fédéral 2013) présenté par le 20 novembre 2013, le Conseil fédéral ne s'est pas encore prononcé sur cette question.

Après que le Conseil national a accepté le postulat (12.3604) de Jacqueline Fehr qui charge le Conseil fédéral de soumettre au Parlement une « stratégie pour les soins de longue durée », il ne fait aucun doute que le thème d'une assurance de soins sera mis sur la table. La stratégie doit fournir une analyse approfondie des développements dans le domaine des soins de longue durée et formuler les objectifs et les tâches qui incomberaient aux pouvoirs publics. Par ailleurs, la stratégie doit aussi étudier la question d'une assurance de soins distincte dans plusieurs variantes. La parution du rapport est attendue pour la fin 2015.

Avenir Suisse, le laboratoire d'idées financé par des grandes entreprises suisses, s'est déjà positionné dans le débat sur les soins de longue durée : en 2014, il a soumis une proposition en vue d'introduire une assurance de soins obligatoire (cf. Cosandey 2014). Jérôme Cosandey, l'auteur de l'étude, est chef de projet chez Ave-

nir Suisse ; en 2012, il avait déjà publié des propositions, en collaboration avec Alois Bischofberger, des propositions pour réformer la prévoyance professionnelle (cf. Cosandey et Bischofberger 2012). Le point de départ des réflexions de l'auteur porte sur la notion de « contrat de génération », qui recouvre un vaste ensemble de principes éthiques et de dispositions juridiques. Les sociétés sont constituées d'une suite de générations, et les relations entre celles-ci, qui peuvent aussi inclure des personnes déjà décédées ou pas encore nées, doivent être réglées. A titre d'exemple, l'art. 272 du Code civil suisse stipule que « les père et mère et l'enfant se doivent mutuellement l'aide, les égards et le respect qu'exige l'intérêt de la famille. »

Une conclusion fondamentale tirée à l'époque de l'industrialisation résidait dans le fait que la famille à elle seule ne pouvait pas garantir cette aide. Il est aussi nécessaire de mutualiser des risques collectifs comme la maladie ou l'incapacité de travail des personnes âgées : cette conviction forme un élément essentiel de l'Etat social moderne. Cosandey n'en conteste d'ailleurs pas l'importance. L'auteur estime cependant que le vieillissement démographique reporte les charges sur les générations plus jeunes. Un poids sous lequel celles-ci crouleront à terme. Plus de vieux et moins de jeunes, cela revient à « presser un petit citron pour en faire sortir davantage de jus » (Cosandey 2014:31).

Une image séduisante, mais erronée. Lors de la création de l'AVS, le système recensait près de sept actifs pour un rentier ou une rentière. Ce ratio est tombé à 3,5 actifs aujourd'hui. Si l'on reprenait l'image du citron, les conditions aurait dû connaître une nette détérioration au cours des 65 dernières années. Or, c'est le contraire qui se passe : grâce à une productivité grandissante, la société s'enrichit dans son ensemble et peut se permettre une part croissante de personnes « improductives ». En réalité, il n'y a pas seulement plus de personnes âgées. A l'autre bout de la vie, c'est aussi la phase de la jeunesse qui se prolonge pour offrir une meilleure formation aux jeunes qui deviendront ainsi, économiquement parlant, plus productifs.

Jérôme Cosandey relève qu'il y a lieu d'adapter le contrat de génération dans sa forme actuelle, afin de ne pas

faire porter un fardeau trop lourd aux jeunes générations. Il oriente son discours autour de la notion d'équité entre les générations. Celle-ci est atteinte « lorsque nul n'est défavorisé en raison de son appartenance à une génération particulière » estime-t-il en citant Andrea Heubach. Cette politologue allemande, qui a réalisé une étude approfondie sur le sujet, indique cependant aussi qu'il s'agit là d'un « ressort essentiel de la rhétorique réformiste néolibérale ». D'après elle, un point faible des débats actuels autour de ce terme réside dans le fait que l'équité entre générations est « toujours considérée sous un angle fragmentaire et non pas dans un contexte global » (Heubach 2008).

Cette critique s'avère aussi valable pour l'utilisation que Jérôme Cosandey fait de ce terme. Ses réflexions ne portent que sur l'équité *intergénérationnelle*, c'est-à-dire entre les générations ou des cohortes d'âges. L'équité *intragénérationnelle*, à savoir au sein d'une même cohorte d'âges, en revanche, ne semble pas l'intéresser. Cette vision réductrice de la réalité enlève beaucoup de pertinence aux propositions de l'auteur concernant la révision du contrat de génération. Il part du principe que les retraités constituent une « génération ingambe au pouvoir d'achat élevé » (Cosandey 2014, p.206) et que ceux-ci devraient de toute évidence pouvoir assumer les coûts d'une assurance obligatoire pour l'assistance et les soins dont ils auront besoin à un âge avancé.

L'auteur est d'avis que le système actuel de financement des soins induit de fausses incitations. La possibilité de toucher des prestations complémentaires à l'âge de la retraite encourage une « collectivisation des frais de soins aux personnes âgées » : « Les personnes qui ne peuvent plus assurer leur propre subsistance au moyen de leur revenu ont droit à des prestations complémentaires, indépendamment de leur responsabilité. » En revanche, les personnes qui disposent d'un revenu suffisant et qui possèdent de la fortune doivent assumer elles-mêmes le financement de leur soins. « Cela revient à pénaliser l'épargne en prévision de soins et à inciter à la consommation. » (ibid. p.177). En lieu et place du système actuel qui différencie l'assistance et les soins et qui prévoit aussi des systèmes de financement distincts (financement privé des prestations

d'assistance et financement des prestations de soins par l'assurance-maladie obligatoire), il conviendrait de mettre en place une nouvelle assurance couvrant à la fois les frais de soins et d'assistance.

Cette assurance de soins serait obligatoire et financée par capitalisation. Le montant des primes devrait permettre d'assurer le financement de la durée moyenne d'un séjour dans un home. (Celle-ci s'élève aujourd'hui à 946 jours, l'âge d'entrée étant de 81,4 ans.) Si le « capital-soins » devait se révéler insuffisant, parce que la patiente ou le patient devient dépendant de soins plus tôt que prévu ou le demeure plus longtemps que la moyenne, « le solde pourrait être financé par une prime de risque collective ou, comme aujourd'hui, avec le reste de la fortune privée du patient ou par les pouvoirs publics » (ibid. p.181). En cas de décès, le capital non utilisé reviendrait aux héritiers.

D'après les calculs de l'auteur, la prime mensuelle s'élèverait à CHF 285.-. L'assurance-maladie obligatoire finance aujourd'hui CHF 125.- de ce montant. Elle devrait donc retrancher ce montant de la prime de caisse-maladie. Il reste ainsi CHF 160.- par mois et à personne comme charge supplémentaire. Jérôme Cosandey affirme que l'introduction d'une assurance de soins permettrait de réduire les impôts des personnes physiques, étant donné que les pouvoirs publics ne devraient plus assumer ces frais de soins. Ce faisant, il ne tient toutefois pas compte du fait que la mise en place d'une telle assurance fondée sur le système par capitalisation durerait environ 25 ans. Durant cette phase, il faudrait assurer le reste du financement à travers les fortunes privées ou les pouvoirs publics. L'auteur ne se prononce pas sur son coût, mais se contente de mentionner le fait dans une note de bas de page (ibid. p.181).

L'auteur estime que la force de sa proposition tient au fait qu'au lieu de faire porter les coûts à toutes les générations, elle permettrait de créer une « communauté de solidarité plus étroite (...) menant vers un nouvel équilibre entre les générations. L'Etat continue de corriger les inégalités imposées par le sort. Par contre, on inciterait moins les personnes âgées à une consommation excessive, susceptible de conduire à une collectivisation des frais de soins. » (ibid. p.183). L'auteur in-

sinue-t-il que si les bénéficiaires de PC avaient dû restreindre davantage leur consommation, ils auraient aussi été en mesure de payer les soins de leur poche ? En considérant que les frais de soins peuvent allégrement atteindre CHF 60'000.– par an, on ne peut s'empêcher de pointer un certain cynisme dans de tels propos.

La proposition de Jérôme Cosandey semble faire fi des inégalités sociales qui existent durant la vieillesse et qui placent les personnes âgées dans des conditions matérielles très disparates face au risque d'une dépendance de soins. Aux critiques qui visent les capacités de financement des assurés, il se contente de répliquer que l'introduction d'une assurance de soins pourrait mener à un allègement fiscal. Il est frappant de constater que l'auteur a choisi pour son livre des exemples qui témoignent souvent d'une vision du monde sous un angle privilégié : « Une terrasse ou un appartement plus petit demandent moins de travail qu'un grand jardin ou une villa de plusieurs étages » recommande-t-il en parlant de « logements adaptés à l'âge » (ibid. p.129). Pour ce qui est des résidences-services, Jérôme Cosandey constate à juste titre qu'il s'agit d'une offre destinée à des « seniors plutôt aisés ». Il relève cependant aussi l'arrivée de « nouvelles offres toujours plus axées sur les besoins de la classe moyenne et accessibles à partir de CHF 3'400.– par mois » (ibid. p.130). Petit rappel : à l'heure actuelle, la rente AVS maximale s'élève à CHF 2'340.– par mois !

9.3. Créer une loi-cadre pour le travail de soin aux personnes âgées

En dépit de toutes les critiques, le modèle proposé par Jérôme Cosandey contient *une* proposition remarquable : celle de privilégier une vision globale de l'assistance et des soins. La distinction entre les deux modes de fonctionnement et, avant tout, leurs financements distincts débouchent effectivement sur un système qui capte des ressources limitées et laissent souvent une impression d'opacité aux personnes concernées. Jérôme Cosandey l'explique en donnant un exemple : « Quand un pensionnaire d'une résidence médicalisée reçoit son repas de midi au lit, c'est payé par la caisse-maladie. En revanche, celle-ci ne paie pas l'accompagnement de ce vieillard jusqu'au réfectoire, alors que cela favorise les contacts sociaux et l'agilité et réduit le risque d'es-

carres. » (Cosandey 2014, p.176). Le traitement des ulcères de décubitus illustre bien les dérives que peuvent provoquer les réglementations existantes, comme le rapporte un article dans le *Neue Zürcher Zeitung* (cf. Hehli 2014, p.11) : lorsqu'un patient présente des escarres de décubitus, il est affecté à un degré de soins plus élevé et, partant, plus cher. Ces frais devraient être pris en charge par la caisse-maladie, mais sa contribution s'avère toutefois limitée depuis l'introduction du nouveau financement des soins. Le solde est à la charge des pouvoirs publics. Ces derniers, à savoir les cantons et les communes, sont ceux qui auraient le plus intérêt à ce que les pensionnaires de homes ne développent pas de complications et ne se retrouvent pas affectés à un degré de soins plus élevé. Toutefois, la prévention des escarres de décubitus fait partie des frais d'assistance que les patients doivent assumer eux-mêmes. Un rééquilibrage du système de financement serait nécessaire afin de dispenser les patients du paiement des frais de prévention. De toute évidence, il ne se trouve personne qui soit prêt à faire ce pas aujourd'hui.

Dans la pratique, c'est avant tout la question de savoir qui finance quels actes qui sert à délimiter l'assistance et les soins. La définition du terme « assistance » fait jusqu'ici défaut dans la législation suisse et semble donc surtout se caractériser par le fait qu'elle englobe tout ce qui ne fait pas partie des « soins ». Dans leur rapport « *Recensement des allocations d'assistance et des possibilités de décharge pour les proches aidants* », les chercheuses en sciences sociales Iren Bischofberger, Anke Jähnke, Melania Rudin et Heidi Stutz relèvent « qu'il est impossible de procéder à une délimitation formelle des prestations d'assistance et des soins à l'aide de listes d'actes, car ces actes doivent être accomplis, suivant l'urgence et l'intensité d'un symptôme, par des infirmières et infirmiers, des médecins de famille ou spécialistes ou encore des accompagnantes et accompagnants » (Bischofberger, Jähnke, Rudin et Stutz 2014, p.105).

Beaucoup d'arguments plaident ainsi en faveur d'une vision globale de l'assistance et des soins dans l'esprit de « soins aux personnes âgées ». Ceux-ci comprennent tant les soins pour préserver la qualité de vie des personnes concernées que les soins au sens propre du terme.

De toute évidence, le législateur a aussi eu cette corrélation en vue, car comme cela a déjà été mentionné, la Constitution fédérale stipule que « les cantons pourvoient à l'aide à domicile et aux soins à domicile en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. » (art. 112c, al. 1 Cst.). Force est toutefois de constater que la réalité demeure bien en deçà du texte constitutionnel : d'importantes lacunes subsistent en particulier dans le cas de l'« aide », comme le démontrent diverses analyses et comme le confirme également le Conseil fédéral dans son rapport « *Soutien aux proches aidants* » (Conseil fédéral 2014b).

Comment faut-il les combler ? Le Conseil fédéral mise avant tout sur les proches aidants, car « le système de santé ne peut être financé durablement qu'avec la participation des proches aidants » (Conseil fédéral 2014b, p.5). Il relève que l'évolution des structures familiales rend cette forme d'aide toujours plus difficile à assumer. Comme ce sont jusqu'à présent surtout les femmes qui se chargent de l'assistance et des soins aux membres malades et dépendants de leur famille, mais qu'il est aussi question, dans la mesure où elles sont encore en âge de travailler, de les intégrer davantage dans l'emploi rémunéré, il en résulte un conflit d'objectifs. Quant à la question de savoir comment mettre davantage à contribution les hommes dans le travail de soin, le Conseil fédéral n'y apporte aucune réponse concrète. Le rapport se contente d'observer que l'amélioration des conditions-cadres dans ce domaine « amène aussi les hommes à s'investir davantage dans des tâches de soins et d'assistance » (ibid. p.15). Le problème de la pénurie de ressources humaines concerne d'ailleurs tant les soins délivrés par des bénévoles que les soins rémunérés, car la tendance à une diminution de la part de la population active « réduira la base de recrutement » dans les métiers de l'assistance et des soins, comme le relève le Conseil fédéral dans son rapport. En outre, « les femmes qui peuvent prétendre à des formations de niveau supérieur seront de moins en moins nombreuses à vouloir faire carrière dans des professions car la rémunération des soins directs reste peu attrayante » (ibid. p.17).

Sachant que jusqu'ici une attention insuffisante a été portée aux mesures visant à mieux concilier l'activité professionnelle et la prise en charge par des proches de

personnes malades ou dépendantes, le Conseil fédéral veut à présent améliorer, à l'aide d'un plan d'action, les conditions-cadres pour les proches aidants qui exercent une activité professionnelle (ibid. pp.36-39). « Des prestations d'aide et de décharge de qualité doivent leur permettre de prendre un engagement durable tout en évitant un effort difficilement supportable pour les familles. » (ibid. p.37). Le plan d'action prévoit entre autres que « le financement de ces offres doit être assuré pour ce qui est des ménages disposant de bas revenus ou de petites rentes » (ibid. p.38). La mise en œuvre de cet objectif relève toutefois de la compétence des cantons et des communes.

Le rapport du Conseil fédéral montre bien que les questions autour du travail de soin, en particulier aux personnes âgées, deviennent de plus en plus urgentes, mais que souvent les réponses apportées ne sont pas encore assez concrètes. Il est certes indispensable d'améliorer les conditions-cadres pour les proches aidants, mais cela ne suffit pas. Qu'advient-il, par exemple, des personnes sur le point d'entrer ou déjà entrées dans le quatrième âge, lorsqu'elles ne peuvent pas s'appuyer sur un réseau familial suffisant et ne possèdent donc qu'un faible capital social ? La famille doit représenter un point de repère (mais pas le seul) dans l'organisation du travail de soin.

Il convient d'adopter l'approche la plus large possible pour étudier le travail de soin destiné aux personnes âgées. Notre proposition demande de créer une loi-cadre fédérale relative à l'art. 112c de la Constitution fédérale. Une telle loi n'attribuerait pas de nouvelles compétences à la Confédération – cela requerrait une modification de la Constitution fédérale. Elle devrait plutôt astreindre les cantons et les communes à définir les droits des personnes dépendantes d'aide et de soins. Cette loi-cadre énoncerait les droits juridiquement contraignants des « personnes âgées et handicapées » à « de l'aide et des soins à domicile », les fournisseurs de ces prestations, ainsi que les modalités de financement de ces prestations. Comme déjà évoqué, il serait important que la loi se fonde sur une conception globale du travail de soin, incluant tant l'assistance que les soins. Elle devrait définir les normes d'un service public pour les personnes âgées et régir l'accès aux prestations

correspondantes. Il serait concevable de prévoir des prestations de base, financées par l'impôt et ouvertes à tout le monde, ainsi que des cotisations en fonction du revenu et de la fortune pour bénéficier de prestations excédant un besoin de base à définir.

L'idée d'instaurer une telle loi-cadre est-elle réaliste ? En définitive, il importe de souligner que la Constitution fédérale a conféré aux cantons un mandat dont ils ne sont acquittés que très partiellement jusqu'à présent. A cela s'ajoute le fait que l'évolution démographique appelle de nouvelles réponses aux questions ayant trait à une assistance et des soins pour les personnes âgées respectant la dignité humaine. Le projet d'une loi-cadre pourrait orienter le débat à ce sujet dans une direction concrète.

Remerciements

Nos remerciements vont à toutes et tous les spécialistes qui ont accepté de partager leurs expériences sur le travail avec des personnes âgées : Ingrid Albisser (PS AI), Jaqueline Bartlé (PS Arc Jurassien), Marion Bapst (PS FR), Monika Bitterli (CRS BL), Thomas Diener (PS SG), Arno Gerig (PS ZG), René Goy (PS VD), Christian Griess (PS TG), Ursina Iselin (PS ZH), Marianne de Mestral (membre du Conseil suisse des aînés), Brigitte Müller (PS ZG), Edi Ritter (PS AI), Rosmarie Strahberger (Spitex OW), Dr. med. Peter Tschudi, Remo Waldner (PS SO). Nos remerciements s'adressent également à leurs supérieurs qui ont souligné l'importance du sujet en libérant leurs collaboratrices et collaborateurs pour participer aux entretiens.

Nous tenons aussi à remercier toutes les personnes qui nous ont aidés et conseillés pour diverses questions : Ernst Reimann, directeur de l'Office des prestations complémentaires Zurich, Johanna Kohn, professeur à la Haute école de travail social FHNW, ainsi que François Höpflinger, gérontologue.

Nous remercions nos collègues du Centre national de Pro Senectute Suisse et de la Haute école de travail social FHNW qui ont soutenu et suivi, d'une manière ou d'une autre, nos travaux pour réaliser cette étude.

Annexes

Prestation	Désignation	Description	Prestataire	Personne fournissant la prestation
Consultation sociale	Consultation sociale	Conseils sur les arrangements de soins, l'installation en home, les formes de logement, le conseil psychosocial, soutien dans l'organisation de l'arrangement de soins	OPS	AS de l'OPS
Soutien administratif	Consultation sociale	La consultation sociale offre un soutien administratif	OPS	AS de l'OPS
	Cours pour régler des affaires administratives	Cours où les participant-e-s apprennent à régler des tâches administratives, p.ex. demander le remboursement des frais de maladie ou organiser leurs papiers	OPS	AS de l'OPS, spécialiste
Déclaration d'impôt	Service de déclaration d'impôt	Le service de déclaration d'impôt remplit les déclarations d'impôt	OPS	Bénévoles
	« Senioren für Senioren »	Une personne âgée remplit la déclaration d'impôt	OPS	Bénévoles
Service fiduciaire	Service fiduciaire	Des expert-e-s fiduciaires bénévoles se rendent au domicile des client-e-s. Ils les aident à régler des paiements, à demander le remboursement de frais de maladie. Un contrat est conclu entre le service fiduciaire et la cliente/le client capable de discernement.	OPS	Bénévoles et AS
Gestion des rentes	Gestion des rentes	Offre destinée à des personnes qui ne sont plus en mesure de régler leurs affaires financières, les clients sont parfois incapables de discernement. Les personnes signent une cession de droits au profit du gestionnaire de la rente.	OPS	Assistants et assistants sociaux
Assistance pour la gestion du quotidien/aide ménagère	Aide et assistance à domicile	Aide ménagère	OPS	Bénévoles
	Aides au quotidien	Objectifs : comblement des déficits, maintien à domicile, aide dans l'appartement, pour des petits travaux de jardinage ou de réparation	OPS	Bénévoles
	« Senioren für Senioren »	Offres d'aide : p.ex. accompagnement pour faire les courses, travaux de jardinage, rangement des bacs à fleurs à la cave, également transports en voiture	OPS	Bénévoles
	Moyens auxiliaires		Autre prestataire	Spécialistes
	Services de nettoyage	Nettoyage d'appartements ou de maisons	Autre prestataire	
	Soins à domicile	Accompagnement pour faire les courses, surveillance des médicaments	Autre prestataire	
	Aide ménagère	Travaux de propreté, rangement du réfrigérateur		Aides ménagères
Aide et assistance à domicile	Aide et assistance à domicile	Prestations tous azimuts, sauf les soins médicaux	OPS (dans quelques cantons seulement)	Spécialistes, aides ménagères prof.
Soins de base	Soins de base	Aide à se nourrir, à enfiler des bas de contention, à aller se coucher	CRS	Auxiliaires de santé avec formation CRS
	Soins de base	Voir ci-dessus	Service d'aide et de soins à domicile	Auxiliaires de santé avec formation CRS

Prestation	Désignation	Description	Prestataire	Personne fournissant la prestation
Soins médicaux	Soins médicaux		Service d'aide et de soins à domicile	Infirmière/infirmier
Ergothérapie	Ergothérapie	Objectif : rétablir l'organisation de la vie quotidienne. S'exercer à se déplacer, s'exercer à s'habiller soi-même. Eventuellement avec des proches.	CRS	Ergothérapeute
Gestion de la thérapie	Soins médicaux	Défi : adaptation la meilleure possible du traitement médical à la vie quotidienne de la patiente ou du patient, pour qu'elle ou qu'il soit le moins possible entravé-e dans ses contacts sociaux, p. ex.	Service d'aide et de soins à domicile	Infirmière/infirmier
Services de visite	Service de visites	A été remis en place en raison de la demande.	OPS	Bénévoles
	Service « Avec »	Contacts réguliers, en principe une fois par semaine	OPS	Bénévoles
	Accompagnement à domicile	Visites régulières à domicile	OPS	Bénévoles
	Service de visites	Visites régulières, hebdomadaires	CRS	Bénévoles
	Service d'accompagnement	Service de visites intensif pour des malades graves.	CRS	Bénévoles (après la formation « Passage »)
Formation, cours	Rencontre et échange	Cours de langues, anglais, russe. Objectif : échange	OPS	Spécialiste
	Formation	Cours en groupes à plus long terme, mettant l'accent sur l'échange	OPS	Spécialiste
	Cours	Cours d'ordinateur, cours de cuisine pour les hommes, affaires administratives (structurer les classeurs, demander le remboursement de frais de maladie, etc.)	OPS	Spécialiste
	Cours mémoire	Cours en groupe d'entraînement de la mémoire à l'aide de jeux et d'exercices.	OPS	Spécialiste
	Cours transports publics	Cours pour utiliser les TP et les automates à billets	OPS	Spécialiste
Sport et mouvement	« Binômes mouvement »	Des bénévoles se mettent à disposition pour pratiquer des activités communes		Bénévoles
	AquaFit Tours à vélo Groupes de randonnée	Offres sportives avec la prévention et la promotion de la santé pour objectif		
	Offres de gymnastique, yoga, marche nordique	Offres sportives avec la prévention et la promotion de la santé pour objectif	CRS	Spécialistes
Gymnastique à domicile	Domigym	Gymnastique pour des personnes qui ne peuvent plus se déplacer. Au moins trois personnes au domicile d'un-e participant-e.	OPS	Spécialiste

Prestation	Désignation	Description	Prestataire	Personne fournissant la prestation
Relève des proches aidants	Consultation sociale	Conseils sur les arrangements de soins, l'installation en home, les formes de logement, le conseil psychosocial, soutien dans l'organisation de l'arrangement de soins	OPS	Spécialiste
	Groupe de parole pour des proches aidants	Conjointes et conjoints soignants ou veufs, enfants ou proches qui échangent sur leur quotidien dans un groupe.	OPS	AS
	Cours pour les proches aidants	Prodiguer des soins en ménageant son dos ou vivre avec une personne démente	CRS	Spécialistes
	Centre de jour	Offre de prise en charge de personnes durant la journée. Permet de décharger les proches aidants.	CRS	
Services de transport	Services de transport	Les personnes qui ne peuvent plus se déplacer sont cherchées à la maison, amenées à un rendez-vous (médecin, thérapie, coiffeur), puis ramenées à la maison.	CRS AI CRS BL	Bénévoles
Activités de loisirs	Après-midi de jeu, table de midi		OPS	Spécialiste et bénévoles
	Séance de cinéma, chorale pour les seniors, championnats de jass, excursion pour les seniors		OPS	Spécialiste et bénévoles
	Vieillir en bonne santé, après-midi dansants, carnaval		OPS	Spécialiste et bénévoles
	Excursions	Excursions accompagnées pour des personnes à mobilité réduite	OPS	Spécialiste
Travail social communautaire	TSC	Débat sur la fermeture d'un café qui était le lieu de rencontre de personnes vulnérables.	OPS	AS
	TSC	Projets destinés à atteindre des publics cibles vulnérables au niveau communal		AS
	Quartiers solidaires		OPS	
Des seniors dans la salle de classe	Des seniors dans la salle de classe	Mettre son expérience de vie, sa patience et son temps à disposition de classes ou de lieux d'accueil extrascolaire	OPS	Bénévoles
Aides financières individuelles	Aides financières individuelles	Aides financières destinées à des personnes en détresse financière. A partir de l'âge de la retraite	OPS	AS
Formation d'auxiliaire de santé	Formation d'auxiliaire de santé	Formation destinée aux hommes et aux femmes qui veulent devenir auxiliaires de santé.	CRS	Spécialistes
Service de repas	Service de repas	Livraison à domicile de repas	OPS	n.d.
Tables de midi	Tables de midi	Tables de midi accueillant des seniors qui prennent un repas ensemble.	OPS	n.d.
Collaboration et participation		Offrir des plateformes pour partager ses idées, s'engager pour la société.	OPS	Bénévoles (troisième âge)
Directives anticipées	Directives anticipées	DOCUPASS	PS CH	AS
Bouton d'alerte	Système d'appel en cas d'urgence	Bouton d'alerte porté au poignet, qui peut être activé en cas de chute et permet d'alerter, via une centrale, des personnes pour qu'elles portent secours à la personne âgée.	CRS	

Tableau 7 Prestations abordées durant les entretiens

Index des abréviations

AFI	Aides financières individuelles
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
BASS	Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien
CC	Code civil suisse
CDF	Contrôle fédéral des finances
EBM	Enquête sur le budget des ménages
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAVS	Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants
LPC	Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité
LPP	Loi fédérale sur la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité
OAC	Ordonnance réglant l'admission à la circulation routière
OAMal	Ordonnance sur l'assurance-maladie
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
OPC-AVS/AI	Ordonnance sur les prestations complémentaires à l'assurance- vieillesse, survivants et invalidité
OPS	Organisations de Pro Senectute
PC	Prestations complémentaires à l'AVS
PP	Prévoyance professionnelle
PS	Pro Senectute
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
TSC	Travail social communautaire

Index des illustrations

Figure 1	Le paradigme du parcours de vie (illustration représentée par nos soins)	17
Figure 2	Le processus de fragilisation (propre présentation)	19
Figure 3	Quatre trajectoires de vie à la fin de la vie. Source : Lalive d'Épinay/Spini et coll. 2008 et Lalive d'Épinay/Cavalli 2013	25
Figure 4	Le processus de fragilisation (propre présentation)	30
Figure 5	Graphique en référence à la théorie des formes de capital de Pierre Bourdieu	49

Bibliographie

Abel Thomas, Abraham Andrea, Sommerhalder Kathrin, « *Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit* », in Richter Matthias, Hurrelmann Klaus (eds), *Gesundheitliche Ungleichheit*. 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag, 2009, pp.195–208.

Amrhein Ludwig, « *Die soziale Konstruktion von « Hochaltrigkeit » in einer jungen Altersgesellschaft* », in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46^e.année (1), 2013, pp.10–15. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-012-0459-3>.

Amrhein Ludwig, *Drehbücher des Alter(n)s. Die soziale Konstruktion von Modellen und Formen der Lebensführung und -stilisierung älterer Menschen*, Wiesbaden, VS Verlag, 2008.

Backes Gertrud M., Amrhein, Ludwig, « *Potenziale und Ressourcen des Alter(n)s im Kontext von sozialer Ungleichheit und Langlebigkeit* », in Künemund Harald, Schroeter Klaus R. (eds) *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*, Wiesbaden, VS Verlag, 2008, pp.71–84.

Backes Gertrud M., Clemens Wolfgang, *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung*, 4. Aufl, Weinheim/Bäble, Beltz Juventa, 2013.

Balmer René, « *Bedeutung und Perspektiven der Ergänzungsleistungen im Rahmen der AHI-Vorsorge* », tirage spécial du *Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle*, vol. 55, cahier 3, Berne, Stämpfli, 2011.

Baltes Margaret M., Lang Frieder R., Wilms Hans-Ulrich, « *Selektive Optimierung und Kompensation: Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung* », in Kruse Andreas (éd.), *Psychosoziale Gerontologie*, Volume 1, *Grundlagen. Jahrbuch der medizinischen Psychologie* 15. Göttingen/Berne/Toronto/Seattle, Hogrefe, pp.188–204, 1998.

Baltes Paul B., Baltes Margret, « *Optimierung durch Selektion und Kompensation. Ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns* », in *Zeitschrift für Pädagogik*, 35^e année, 1989, pp.85–105.

Bischofberger Iren, Jähneke Anke, Rudin, Melania, Stutz Heidi, *Recensement des allocations d'assistance et des possibilités de décharge pour les proches aidants (Résumé)*, sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Zurich/Berne, Careum/BASS, 2014. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=fr>

Blum Robert William, McNeely Clea, Nonnemaker James, « *Vulnerability, risk, and protection* », in *Journal of Adolescent Health*, 31^e année (1, supplément 1), 2002, pp.28–39. URL : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X02004111>.

Bourdieu Pierre, *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, Les Editions de Minuit, 1979.

Bourdieu Pierre, « *Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital* », in Kreckel Reinhard (éd.), *Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt Sonderband 2*, Göttingen, Schwartz., 1983, pp.183–198.

Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG (éd.), Stutz Heidi, Knupfer Caroline, *La protection sociale du travail de care non rémunéré. Les besoins d'adaptation de l'Etat social liés à l'évolution du partage du travail entre femmes et hommes*, Berne, BFEG, 2012.

Conseil fédéral, *Prestations complémentaires à l'AVS/AI : accroissement des coûts et besoins de réforme. Rapport du Conseil fédéral en exécution des postulats Humbel (12.3602) du 15 juin 2012, Kuprecht (12.3673) du 11 septembre 2012 et du groupe libéral-radical (12.3677) du 11 septembre 2012*, 2013. URL : <http://www.bsv.admin.ch/themen/ergaenzung/aktuell/index.html?lang=fr>

Conseil fédéral, *Message du 17 décembre 2014 relatif à la modification de la loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) concernant les montants maximums pris en compte au titre du loyer*, 2014a. URL : <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/37731.pdf>

Conseil fédéral, *Soutien aux proches aidants. Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse. Rapport du Conseil fédéral du 5 décembre 2014*, 2014b. URL : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14437/index.html?lang=fr>

Campbell A. John, Buchner David M., « *Unstable disability and the fluctuations of frailty* », in *Age and Ageing*. 26^e année (4), 1997, pp. 315–318. URL : <http://ageing.oxfordjournals.org/content/26/4/315.short>.

Cavalli Stefano, *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution ?*, Chêne-Bourg, Editions Georg, 2012.

Clemens Wolfgang, « *Zur ungleichheitsempirischen Selbstvergessenheit der deutschsprachigen Alter(n)ssoziologie* », in Künemund Harald, Schroeter Klaus R. (eds), *Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter. Fakten, Prognosen und Visionen*, Wiesbaden, VS Verlag, 2008, pp.17–30.

Contrôle fédéral des finances (CDF), *Contrat de prestations de Pro Senectute Evaluation de l'utilisation des subventions : transparence et prise en compte des groupes cibles vulnérables (résumé en français)*, Berne, CDF, 2012. URL : [http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20\(40\)/8349ZF_f.pdf](http://www.efk.admin.ch/images/stories/efk_dokumente/publikationen/evaluationen/Evaluationen%20(40)/8349ZF_f.pdf).

Cosandey Jérôme, Bischofberger Alois, *Une cure de jouvence pour la prévoyance vieillesse Propositions de réforme du deuxième pilier*, Genève, Avenir Suisse et Editions du Tricorne, 2013.

Cosandey Jérôme, *Generationenungerechtigkeit überwinden. Revisionsvorschläge für einen veralteten Vertrag*, avec des contributions de Martin Eling, François Höpflinger et Pasqualina Perrig-Chiello, Avenir Suisse et Editions Neue Zürcher Zeitung, Zurich, 2014.

Croix-Rouge suisse (éd.), *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft*, Zurich, Seismo, 2013.

Dapp Ulrike, Anders Jennifer, Meier-Baumgartner Hans Peter, Renteln-Kruse Wolfgang, *Geriatrische Gesundheitsförderung und Prävention für selbstständig lebende Senioren*, in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40^e année (4), 2007, pp. 226–240. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-007-0469-8>.

Dapp Ulrike, Anders Jennifer, Golgert Stefan, von Renteln-Kruse Wolfgang, Minder C.E., « Ressourcen und Risiken im Alter. Die LUCAS-I Marker zur Klassifizierung älterer Menschen als FIT, pre-FRAIL und FRAIL. Validierung und erste Ergebnisse aus der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS) », in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45^e année (4), 2012, pp.262–270.

Engstler Heribert, Tesch-Römer Clemens, « Lebensformen und Partnerschaft », in Motel-Klingenberg Andreas, Wurm Susanne, Tesch-Römer Clemens (eds), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*, Stuttgart, Kohlhammer, 2010.

Fausser Cornelia, « Lebensereignisse im Alter unter geschlechtsspezifischer Perspektive », in Kleiner, Gabriele (éd.), *Alter(n) bewegt*, Wiesbaden, VS Verlag, 2012, pp.79–118.18.

Fluder Robert, Hahn Sabine, Bennett Jonathan, Riedel Matthias, Schwarze Thomas, *Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause*, Zurich, Seismo, 2012.

Friese Susanne, *Qualitative data analysis with Atlas.ti*, Los Angeles, SAGE, 2011.

Forum national Âge et migration, Commission fédérale pour les questions de migration CFM (eds), Hungerbühler Hildegard, Bisegger Corinna, « Alors nous sommes restés... » *Les migrants et les migrants âgés en Suisse*, Berne, Commission fédérale pour les questions de migration CFM, 2012.

Graefe Stefanie, van Dyk Silke, Lessenich Stephan, « Altsein ist später », in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 44^e année (5), 2011, pp.299–305. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0190-5>

Gross Peter, *Wir werden älter. Vielen Dank. Aber wozu? Vier Annäherungen*, Fribourg-en-Brisgau, Herder, 2013.

Hehli Simon, « Druck auf Pflegeheime nimmt zu », in *Neue Zürcher Zeitung*, 17 décembre 2014, p. 11.

Heubach Andrea, *Generationengerechtigkeit als theoretischer Baustein Nachhaltiger Entwicklung ?*, 2008. URL » : <http://www.rosalux.de/publication/27217/generationengerechtigkeit-als-theoretischer-baustein-nachhaltiger-entwicklung.html>.

Hochheim Evelyn, Otto Ulrich, « Das Erstrebenswerteste ist, dass man sich so lange wie möglich selbst versorgt », in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44^e année (5), 2011, pp.306–312. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0191-4>.

Höpflinger François, « Zum Generationenwandel der zweiten Lebenshälfte – neues Altern in einer dynamischen Gesellschaft » in Clemens Wolfgang, Höpflinger François, Winkler Ruedi (eds), *Arbeit in späteren Lebensphasen – Sackgassen, Perspektiven und Visionen*, Berne, Haupt, 2005, pp.62–83. URL : <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ArbeitundAlter.pdf>.

Höpflinger François, Bayer-Oglesby Lucy, Zumbrunn Andrea, *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*, Berne, Hans Huber, 2011.

Höpflinger François, « Viertes Lebensalter – zur Situation hochaltriger Menschen », in Caritas Suisse (éd.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter*, Lucerne, Editions Caritas, 2011a, pp. 59–72.

Höpflinger François, « Die Hochaltrigen – eine neue Grösse im Gefüge der Intergenerationalität », in Petzold Hilarion G., Horn, Erika, Müller Lotti et al. (eds), *Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit*, Wiesbaden, VS Verlag, 2011b, pp.37–53.

Höpflinger François, « Altern in der Schweiz – demografische, gesundheitliche und gesellschaftliche Entwicklungen », in Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François (eds), *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Berne, Hans Huber, 2012a, pp.29–62.

Höpflinger François, « Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung », in Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François (eds), *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Berne, Hans Huber, 2012b, pp.63–108.

Höpflinger François, Perrig-Chiello Pasqualina, « Zukünftige Entwicklung der informellen und ambulanten Pflege im Alter », in Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François (eds), *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Berne, Hans Huber, 2012, pp.305–306.

Höpflinger François, « Angehörigenpflege im Spannungsfeld traditioneller Familienbilder und neuer gesellschaftlicher Realitäten », in Croix-Rouge suisse (éd.), *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft*, Zurich, Seismo, 2013.

Huxhold Oliver, Mahne Katharina, Naumann Dörte, « Soziale Integration », in Motel-Klingenberg Andreas, Wurm Susanne, Tesch-Römer Clemens (eds), *Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS)*, Stuttgart, Kohlhammer, 2010.

Kickbusch Ilona, Ospelt-Niepelt Ruth, Seematter Laurence, « La vieillesse », in Meyer Katharina (éd.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*, Chêne-Bourg, Editions Médecine et Hygiène, 2008, pp.105–122.

Kirchgässner Gebhard, Gerritzen, Berit, *Caractéristiques et efficacité du système de santé suisse en comparaison internationale. Expertise réalisée à l'attention du Secrétariat d'Etat à l'économie (Seco)*, version actualisée, 2011.

Knobloch Ulrike, « *Sorgeökonomie als kritische Wirtschaftstheorie des Sorgens* », in *Denknetz Jahrbuch 2013*, 2013a, pp.9–23.

Knobloch Ulrike, « *Geschlechterverhältnisse in Wirtschaftstheorie und Wirtschaftspolitik* », in *Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik*. 32^e année (62), 2013b, pp.60–65.

Kohn Johanna, Tov, Eva, Hanetseder Christa, Hungerbühler, Hildgard, *Pflegearrangements und Einstellung zur Spitex bei Migranten/innen in der Schweiz. Eine Studie im Auftrag des Nationalen Forums Alter und Migration*, résumé disponible en français, Bâle/Berne, FHNW/CRS, 2013.

Kornadt Anna E., Rothermund Klaus, « *Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns* », in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44^e année (5), 2011, pp.291–298. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0192-3>.

Kruse Andreas, « *Der Beitrag der Erwachsenenbildung zur Kompetenz im Alter* », in *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4^e année (4), 2001, pp.555–575. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s11618-001-0057-4>

Lalive d'Epiny Christian, Cavalli Stefano, *Le quatrième âge ou la dernière étape de la vie*, Lausanne, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2013.

Lalive d'Epiny Christian, Spini Dario et al., *Les années fragiles. La vie au-delà de quatre-vingt ans*, Québec, Presse de l'université Laval, 2008.

Landolt Hardy, « *Plädoyer für die Einführung einer Pflegeversicherung* », in *Pflegerecht*, 3^e année (3), 2014, pp.130–138.

Laslett Peter, *Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*, Weinheim, Juventa, 1995.

Lempert Wolfgang, *Soziologische Aufklärung als moralische Passion: Pierre Bourdieu. Versuch der Verführung zu einer provozierenden Lektüre*. 2. aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012.

Leppert Karena, Strauss Bernhard, « *Die Rolle von Resilienz für die Bewältigung von Belastungen im Kontext von Altersübergängen* », in *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44^e année (5), 2011, pp.313–317. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00391-011-0193-2>.

Mader Katharina, « *Staatsfinanzen und Care-Ökonomie* », in *Widerspruch. Beiträge zu sozialistischer Politik*, 32^e année (62), 2013, pp. 24–31.

Madörin Mascha, Soiland Tove, « *Care-Ökonomie? Offene Fragen und politische Implikationen. Mascha Madörin und Tove Soiland im Gespräch* », in *Denknetz Jahrbuch 2013*, 2013, pp.84–98.

Mergenthaler Andreas, *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2012.

Montada Leo, « *Fragen, Konzepte Perspektiven* », in Oerter Rolf, Montada Leo (eds). *Entwicklungspsychologie*. 5. Vollständig überarbeitete Auflage, Weinheim/Bâle/Berlin, Beltz Verlage, 2002, pp.3–52.

Nadai Eva, *Gemeinsinn und Eigennutz. Freiwilliges Engagement im Sozialbereich*, Berne/Stuttgart/Vienne, Haupt, 1996.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Données sociales – Suisse. Intégration et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse*, Neuchâtel, OFS, 2006. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=2268>.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Lire et calculer au quotidien. Compétences des adultes en Suisse*, Rapport national de l'enquête ALL (Adult Literacy & Lifeskills Survey), Neuchâtel, OFS, 2006.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Compte satellite de production des ménages*, 2010. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/03/06/blank/data.html>.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Inégalité des revenus et redistribution par l'Etat. Composition, répartition et redistribution des revenus des ménages privés*, Neuchâtel, OFS, 2012a. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.Document.158068.pdf>.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Statistiques de la santé 2012*, Neuchâtel, OFS, 2012b. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotek/publ.html?publicationID=5028>

Office fédéral de la statistique (OFS), *La formation tout au long de la vie en Suisse. Résultats du microrecensement formation de base et formation continue 2011*, Neuchâtel, OFS, 2013a.

Office fédéral de la statistique (OFS) (éd.), *La prévoyance professionnelle en Suisse. Statistique des caisses de pensions, 2011*, Neuchâtel, OFS, 2013b.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Intégration – indicateurs. Aide sociale et pauvreté. Taux d'aide sociale et taux d'assistance*, 2013c. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43005.430111.html>.

Office fédéral de la statistique (OFS), *Niveau de formation de la population résidente selon l'âge et le sexe*, 2013d. URL : http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20/05/blank/key/gleichstellung_und/bildungsstand.html.

Office fédéral de la statistique (OFS) (éd.), *La pauvreté des personnes âgées*, Neuchâtel, Office fédéral de la statistique, 2014. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5823>.

Office fédéral des assurances sociales (OFAS), *Longévité – défi de société et chance culturelle. Contribution de la Suisse aux débats de la Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement Madrid, 2002*, Berne, OFAS, 2002.

Office fédéral des assurances sociales (OFAS), *Statistiques de la sécurité sociale. Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2012*, Berne, Office fédéral des assurances sociales, 2013a. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/22/publ.html?publicationID=5243>.

Office fédéral des assurances sociales (OFAS), *Statistique des prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI 2012 – Tableaux détaillés : T1.3 Bénéficiaires de PC par indices démographiques, fin 2012*, Berne, OFAS, 2013b. URL : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/13/22/publ.html?publicationID=5244>

Ostertag Marta, Knöpfel Carlo, *Einmal arm – immer arm? Lebensgeschichten zur sozialen Vererbung und Mobilität in der Schweiz*, Lucerne, Editions Caritas, 2006.

Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François, « *Familiale Pflege – ein näherer Blick auf eine komplexe Realität* », in Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François (eds), *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Berne, Hans Huber, 2012, pp.111–210.

Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François (eds), *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, Berne, Hans Huber, 2012.

Perrig-Chiello Pasqualina, Höpflinger François, Schnegg, Brigitte, *SwissAgeCare – 2010. Forschungsprojekt im Auftrag von Spitex – Schweiz. Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. Schlussbericht*, Berne, ASSASD, 2010. URL : http://www.spitex.ch/index.cfm/46F8024D-B356-3FA3-67EE330685A69245/?id=60AAC324-AA75-28D1-26AF0FEB35E3B942&method=article.detail&p=1&c=488D20CE-04CC-A0AD-B15ADF7D8BE61920&ref_c=&m=1.

Pilgram Amélie, Seifert Kurt, *Vivre avec peu de moyens. La pauvreté des personnes âgées en Suisse*, Zurich, Editions Pro Senectute, 2009.

Rageth Ladina, *Schichtspezifische Ungleichheit der Bildungschancen in der Schweiz. P.AGES 15 – Diskussions-Papier der Forschungsgruppe Arbeit, Generation, Sozialstruktur (AGES) der Universität Zürich*, 2009. URL : <http://www.suz.uzh.ch/ages/pages/PAGES-15.pdf>.

Reich Kersten, *Chancengerechtigkeit und Kapitalformen. Gesellschaftliche und individuelle Chancen in Zeiten zunehmender Kapitalisierung*, Heidelberg, Springer, 2013.

Riemer-Kafka Gabriela (éd.), Ueberschlag Jakob, Beeler Alex, *Repetitorium zum Sozialversicherungsrecht, Band 1, Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie Ergänzungsleistungen*, 2. Auflage, Berne, Stämpfli, 2013.

Riemer-Kafka Gabriela (éd.)/Pfiffner Rauber Brigitte, *Repetitorium zum Sozialversicherungsrecht, Band 3, Krankenversicherung*, 2. Auflage, Berne, Stämpfli, 2013.

Sackmann Reinhold, Wingers Matthias (eds), *Strukturen des Lebenslaufs. Übergang – Sequenz – Verlauf*, Weinheim/München, Juventa, 2001.

Santos-Eggimann Brigitte, David Stéphane, « *Evaluer la fragilité en pratique clinique: est-ce recommandable ?* » in *Forum Med Suisse*, 13^e année (12), 2013, pp.248–252. URL : <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/12/fr/fms-01476.pdf>.

Schroeter Klaus R., « *Korporales Kapital und korporale Performanzen in der Lebensphase Alter* », in Willems, Herbert (éd.), *Theatralisierungen und Enttheatralisierungen in der Gegenwartsgesellschaft. Band 2*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009, pp. 163–181.

Schroeter Klaus R., « *Zur Symbolik des korporalen Kapitals in der alterslosen Altersgesellschaft* », in Pasero Ursula, Backes Gertrud M., Schroeter Klaus R. (eds), *Altern in Gesellschaft*, VS Verlag, 2007, pp.129–148.

Schüpbach Nadine, « *Evolution des coûts des prestations complémentaires et opportunité d'une réforme* », in *Sécurité sociale CHSS*, 22^e année (2). URL : <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/index.html?lang=fr>.

Soom Ammann Eva, Salis Gross Corina, « *Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen, Teilprojekt im Rahmen des Projekts 'Best Practice Gesundheitsförderung im Alter'* », en collaboration avec public health services, Zurich, ISGF, 2011. URL : http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/gesundheitsfoerderung_und_praevention/allgemeines/bpgfa/d/BPGFA-Schwer-erreichbare-Zielgruppen-Gesamtstudie-2011.pdf.

Stutz, Heidi, Bauer Tobias, Schmutz Susanne, *Erben in der Schweiz. Eine Familiensache mit volkswirtschaftlichen Folgen*, Zurich/Coire, Rüegger Verlag, 2007.

Treibel Annette, « *Kultur, Ökonomie, Politik und der Habitus der Menschen (Bourdieu)* », in *Einführung in soziologische Theorien der Gegenwart*, tome 3, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2000. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-322-97480-8_10.

Voelcker-Rehage, Claudia, Godde Benjamin, Staudinger Ursula M., « *Bewegung, körperliche und geistige Mobilität im Alter* », in *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 49^e année (6), 2006, pp.558–566. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-006-1269-9>.

van Dyk Silke, « *Das Alter: adressiert, aktiviert, diskriminiert* », in *Berliner Journal für Soziologie*, 19^e année (4), 2009, pp.601–625. URL : <http://dx.doi.org/10.1007/s11609-009-0114-z>.

von Thadden Elisabeth, « *Wie ein Buch handeln kann. Zum Tod des französischen Soziologen Pierre Bourdieu* », in *Zeit Online*, (n.d.). URL : http://www.zeit.de/2002/06/200206_l-bourdieu.xml.

von dem Knesebeck Olaf, Schäfer Ingmar, « *Gesundheitliche Ungleichheit im höheren Alter* », in Richter Matthias, Hurrelmann Klaus (eds), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden, VS Verlag, 2009, pp.241–253.

Wächter Matthias, Künzi Kilian, *Grenzen von Spitex aus ökonomischer Perspektive. Kurzstudie im Auftrag des Spitex Verbands Schweiz*, résumé disponible en français, Berne, BASS Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG, 2011. URL : http://www.buerobass.ch/pdf/2011/Spitex_2011_oekonom_Grenzen.pdf.

Wächter Matthias, Stutz Heidi, *Neuregelung der Pflegefinanzierung. Schlussbericht*. Etude commandée par le groupe parlementaire socialiste de l'Assemblée fédérale, résumé disponible en français, Berne, BASS Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien AG, 2007. URL : http://www.buerobass.ch/studienPopup_d.php?projektId=59.

Wahl Hans-Werner, Rott Christoph, « *Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit* », in Deutsches Zentrum für Altersfragen (éd.), *Das hohe Alter – Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität. Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung*, tome 1, Hannover, Vincentz Verlag, 2002, pp.9–91.

Weiss Regula, « *Vulnerabilität und Resilienz aus transdisziplinärer Sicht* », in Van Eeuwijk Peter, Obrist Brigit (eds), *Vulnerabilität, Migration und Altern. Medizinethnologische Ansätze im Spannungsfeld von Theorie und Praxis*, Zurich, Seismo, 2006, pp.25–47.

Wigger Annegret, Baghdadi Nadia, Brüscheiler Bettina, in Croix-Rouge suisse (éd.), *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternenden Gesellschaft*, Zurich, Seismo, 2013, pp.82–103.

Zogg Claudio, « *Wer zahlt die Pflege? Die neue Pflegefinanzierung* », Caritas Schweiz (éd.), *Sozialalmanach 2011. Schwerpunkt: Das vierte Lebensalter*, Lucerne, Editions Caritas, 2011, pp.87–106.

Actes législatifs

Loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS) du 20 décembre 1946

Loi fédérale sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI (LPC) du 6 octobre 2006

Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) du 18 mars 1994

Loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 13 juin 2008

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999

Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) du 27 juin 1995

Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS) du 29 septembre 1995

Ordonnance réglant l'admission des personnes et des véhicules à la circulation routière (Ordonnance réglant l'admission à la circulation routière, OAC) du 27 octobre 1976

Pro Senectute Suisse

Lavaterstrasse 60
Case postale
8027 Zurich

Téléphone 044 283 89 89
Fax 044 283 89 80

info@prosenectute.ch
prosenectute.ch