

Communauté française  
Haute Ecole Paul-Henri Spaak

**Catégorie Sociale**



**Les seniors pris entre injonction d'autonomie et  
injonction de prévoyance**

**Article**

Travail de Fin d'Études pour l'obtention du  
**Master en Ingénierie et Action sociales**

**Corinne MALCHAIR**

Année académique 2011 - 2012

Table des matières

<b>1</b>	<b><i>L'autonomie : un terme 'multi-facettes'</i></b>	<b>4</b>
1.1	Autonomie versus 'individu autosuffisant'	4
1.2	Autonomie versus 'échange'	7
1.3	Autonomie versus 'autonomie de volonté'	8
<b>2</b>	<b><i>La prévoyance comme outil de défense de l'autonomie... ?</i></b>	<b>11</b>
2.1	'Penser plus tôt... à plus tard'	12
2.2	Le temps de la déprise	14
2.3	Prévoir pour qui, pourquoi ?	16
2.4	Une prévoyance sociale active	18
2.5	Une responsabilisation individuelle	20
<b>3</b>	<b><i>En conclusion : vers une interdépendance acceptée et une responsabilité partagée ?</i></b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b><i>Bibliographie</i></b>	<b>23</b>

## Les seniors pris entre injonction d'autonomie et injonction de prévoyance

---

*Abstract : Dans une société où l'autonomie est posée comme un impératif absolu, la dépendance et la vieillesse font peur. Les seniors expriment, de ce fait, un désir profond de rester autonomes jusqu'à la fin de leur vie et de retarder le plus possible l'idée même de leur hétéronomie. Par ailleurs, les professionnels, désirant défendre l'autonomie de volonté des seniors, conseillent aux seniors l'anticipation d'une dépendance qu'ils considèrent comme inévitable afin de communiquer leurs choix de vie aux proches. Le présent article étudie les conceptions de l'autonomie des seniors et des professionnels ainsi que le conseil de prévoyance de ces derniers en lien avec le paradigme de l'État social actif. Il analyse les limites de ces conceptions ainsi que l'image de la vieillesse qu'elles sous-tendent. Enfin, l'article questionne les choix collectifs et propose en alternative une société d'interdépendances acceptées et de responsabilités partagées.*

*Mots-clés : Senior, autonomie, prévoyance, responsabilisation individualisée, État social actif, déprise*

---

Il ressort d'une recherche qualitative que nous avons menée auprès de seniors bruxellois<sup>1</sup>, un désir ardent de rester autonome.

Pour les seniors rencontrés, quels que soient leur âge et leurs origines sociales ou culturelles<sup>2</sup>, l'autonomie est synonyme de « se débrouiller seul », sans l'aide - ou le moins possible - ni de proches, ni de services.

*« Etre dépendant de gens ou d'une organisation, ce n'est jamais très drôle hein. »*

(Béatrice Y, 63 ans)

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'un travail exploratoire sur les besoins des seniors (exprimés par ceux-ci) effectué en 2010-2011 dans le cadre d'un Master en Ingénierie et Action Sociales, à la demande du Groupe de travail Personnes âgées de la Coordination sociale d'Ixelles (commune située en Région bruxelloise). Dans ce cadre, 26 entretiens compréhensifs ont été menés auprès de seniors ixellois, dont 17 vivent à domicile – 5 sans aides, 12 avec une aide professionnelle. 17 professionnels ont également été rencontrés au travers d'entretiens semi-directifs ou collectifs.

<sup>2</sup> Précisons que les seniors d'origine étrangère rencontrés vivent tous depuis plus de 40 ans en Belgique et ont donc intégré une bonne part des normes sociales belges.

*« J'espère mourir en bonne forme comme ça personne ne doit s'occuper de moi. C'est mieux. » (Ouidad L, 71 ans)<sup>3</sup>*

Envisager la perte de cette autonomie fait peur, elle est à retarder le plus possible. Y penser, l'anticiper en recherchant des informations sur les services ou en entreprenant des démarches liées à ses choix de fin de vie peut même être vu comme 'mettre le doigt dans l'engrenage'.

*« On recule toujours.... C'est vrai qu'il faut franchir le pas, hein... j'ai l'impression justement que ça te rapproche de la fin, quoi ... C'est quelque chose de concret, qui se met en route... Ce n'est pas évident... » (Béatrice Y, 63 ans)*

Or, les professionnels et experts de l'aide aux seniors 'dépendants' insistent actuellement sur la nécessité pour les seniors bien portants d'anticiper une dépendance éventuelle afin de mûrir leurs choix, leurs désirs et de les exprimer à leur entourage, leur médecin... (Rondia et Raeymackers, 2011 : 7) Ces professionnels, défenseurs de l'autonomie des seniors, envisagent celle-ci comme une autonomie de choix et de décision dans une situation de dépendance qui paraît comme quasiment inévitable. (Gobert & al, 2010)

Ces conceptions divergentes de l'autonomie et ce conseil de prévoyance nous semblent devoir être interrogés, notamment afin de déterminer les représentations sous-jacentes de l'aide à organiser pour ceux qui en ont besoin et de la place accordée aux seniors dans la société

## *1 L'autonomie : un terme 'multi-facettes'*

### *1.1 Autonomie versus 'individu autosuffisant'*

Parmi les définitions actuelles de l'autonomie nous trouvons la « capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui » (Larousse, 1982); est dit autonome

---

<sup>3</sup> Les propos repris dans cet article sans référencement bibliographique sont des extraits d'entretiens effectués dans le cadre de la dite recherche. Afin de respecter l'anonymat des personnes, les noms ont été modifiés.

« quelqu'un qui a une certaine indépendance<sup>4</sup>, qui est capable d'agir, de conduire sa vie, de se déterminer sans avoir recours à autrui. » (Larousse, 1982)

Dans ces définitions, proches de la vision exprimée par les seniors rencontrés, l'autonomie prend une signification positive en opposition à la notion de dépendance<sup>5</sup>.

Selon Jean-Yves Dartiguenave et Jean-François Garnier (2008), cette manière de voir l'autonomie est au cœur du travail social dans nos sociétés, dont l'objet est de rendre les personnes 'autonomes' ou de 'faire en sorte qu'elles le deviennent' :

*« Viser l'autonomie, c'est faire en sorte que l'individu puisse s'assumer lui-même, sans faire appel aux aides des différents organismes sociaux... C'est être capable de gérer tout seul ses problèmes, d'organiser sa propre vie. C'est s'assurer totalement en dehors des aides financières, c'est faire des choix de vie sans être dépendant du service social... C'est ne pas être dépendant des relations avec les autres »* (extrait d'un entretien avec un travailleur social, dans le cadre d'une étude réalisée par J-Y Dartiguenave, in Dartiguenave et Garnier, 2008 : 66)

Pour ces auteurs, l'autonomie constitue un véritable maître mot du travail social. Elle est érigée par les travailleurs sociaux en absolu à atteindre. « Le 'sois autonome' s'apparente à un impératif catégorique qui ne souffre aucune concession avec la dépendance 'institutionnelle', relationnelle et affective » (Dartiguenave et Garnier, 2008 : 66) Cette vision semble à nuancer lorsqu'on rentre dans le champ du 'care' en travail social, nous y reviendrons.

---

<sup>4</sup> Le terme indépendant est à entendre ici comme : « état de quelqu'un qui n'est tributaire de personne sur le plan matériel, moral, intellectuel. » (Larousse, 1982)

<sup>5</sup> Dans les différents dictionnaires, le terme dépendance est mis en lien avec la subordination et la sujétion : « Le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un ou de quelque chose. V. asservissement, assujettissement, chaîne, esclavage, obéissance, obéissance, servitude, soumission, subordination, sujétion, vassalité » (Petit Robert., 1986).

Le Larousse ajoute également «Etat d'une personne qui ne peut plus réaliser toute seule les actes de la vie quotidienne. » (Larousse, 2005) Cette définition-ci correspond à la perspective biomédicale qui définit la dépendance comme « La situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes de la vie quotidienne sans le recours d'autrui, d'une prothèse, d'un remède. » (Gobert & al, 2010 : 204)

Cette conception de l'autonomie individuelle n'a pas toujours existé. S'il n'entre pas dans notre objectif de mener une analyse historique des définitions données à l'autonomie, il est intéressant de relever qu'au début du 20<sup>ème</sup> siècle, le mot 'autonomie' ne paraît pas être défini en lien avec l'individu (ou alors en terme figuratif d'autonomie de raison) mais uniquement destiné à une ville, un pays, les communes, une province ou colonie, à certaines tribus ou monnaies. (Larousse, 1928)<sup>6</sup>

Les définitions actuelles semblent porteuses d'une idéologie qui favorise une certaine vision de l'individu, un individu autosuffisant capable de décider et d'agir seul. Datant des années 80', elles prennent leur sens dans la perspective historique de l'avènement de l'individualisation<sup>7</sup>. Jean-Claude Kaufmann décrit cet avènement comme un long processus complexe débutant dans l'après-guerre, avec un pic, un basculement dans les années 60'. L'individu devient sujet. « C'est l'émergence de l'individu comme centre de sa propre vie (...), l'approfondissement démocratique dans la vie privée : l'individu peut, et même doit – c'est ça le pire !- choisir, dans tous les domaines, sa vérité, sa morale, son identité, son avenir... (...) C'est devenu une machinerie incroyable, qui nous oblige à chaque instant à réfléchir et à prendre des décisions.» (Kaufmann *in* Molénat & al, 2004 : 42-43)

L'individualisation offre ainsi un réel espace de liberté, permettant aux personnes de décider de leur action dans tous les domaines. Cependant, elle devient également une contrainte. Les chances et les difficultés de la vie, qui auparavant étaient prises en charge par le groupe familial, la communauté locale, dans le respect de règles culturelles, sociales ou corporatives, doivent désormais être assumées par l'individu sur base de ses propres compétences (acquises ou à acquérir si elles font défaut). (Beck cité par Molénat, 2004 : 32)

---

<sup>6</sup> Dans le *Larousse du XX<sup>e</sup> siècle en six volumes* de 1928, le mot 'autonome' n'est associé qu'à des villes et pays (« qui se gouverne par ses propres lois »), à des tribus ou des monnaies. Le mot 'autonomie' est lui mis en lien avec les communes (droit de s'administrer librement dans le cadre d'une organisation plus vaste), de l'autonomie de gestion d'une Province ou colonie (« qui, sans être indépendante, jouit de la faculté d'administrer ses affaires intérieures et d'une législation spéciale »). En terme figuratif, la définition fait référence à l'autonomie de la raison ou en lien avec les théories philosophiques de Kant (l'homme ne réalisant, selon lui, son autonomie qu'en agissant selon la raison).

<sup>7</sup> Selon Beck, l'individualisation signifie la décomposition puis l'abandon des modes de vie de la société industrielle (classe, strate, rôle sexué, famille) pour de nouveaux modes sur la base desquels les individus construisent, articulent et mettent en scène leur propre trajectoire personnelle. (Beck cité par Molénat, 2004 : 32)

Ce processus n'a fait que se développer avec l'avènement de l'État social actif<sup>8</sup> fin des années 90' (Astier, 2007 : 7-8). Dès lors, l'autonomie individuelle devient le centre de la socialisation. « Plus l'individu est autonome, plus il est authentique, créatif, plus il sait trouver en lui les ressources de sa gestion de soi sans se référer à des règles prédéfinies, plus il sera considéré comme socialisé. » (Franssen, 2003 : 34) Définie comme norme sociale, l'autonomie individuelle devient une injonction, opérant par là-même un tri entre les individus considérés comme 'aptes' ou comme 'inaptes', entre les 'autonomes' et les 'dépendants'. (Franssen, 2003 : 33)

Si le paradigme de l'État social actif admet que chaque individu puisse être à la fois capable et incapable, indépendant et dépendant, il insiste sur les capacités de résilience, sur les ressources intrinsèques qui permettent à chacun de se reprendre en main. L'hétéronomie<sup>9</sup> à long terme apparaît désormais intolérable. Ceci, tant pour ceux qui souffrent d'incapacité et qui revendiquent un soutien pour une maximalisation de leur autonomie que pour ceux qui les aident ou pour la société en général. (Genard, 2011 : 13-14)

Le désir profond, tel qu'exprimé par les seniors rencontrés lors de notre recherche, s'inscrit en droite ligne dans cette conception de l'autonomie. Ceux-ci semblent donc avoir parfaitement intégré, pour eux-mêmes, cette injonction sociale.

## 1.2 Autonomie versus 'échange'

Cette vision de l'autonomie, selon laquelle la personne agit seule sans le recours à une aide, fait fi de l'ensemble des relations (sociales, institutionnelles, culturelles, symboliques, techniques...) qui la structurent et la soutiennent. (Daems et Nijs, 2010 : 143) Elle ne correspond donc en rien à la réalité, la vie étant faite de liens et d'interdépendances. La

---

<sup>8</sup> L'analyse des politiques économiques et sociales depuis la fin de la seconde guerre mondiale fait apparaître l'émergence successive de différents paradigmes : le paradigme de l'Etat social (ou providence) des années '45 à '70, le paradigme néolibéral des années '80 et depuis la fin des années '90, celui de l'Etat social actif. Les notions centrales de ce dernier paradigme sont, entre autres, l'activation, l'autonomie des individus, la responsabilisation individualisée, la prévoyance, la discrimination positive, le « case-managment », la gestion par projet et de dispositifs locaux, la mise en réseau et partenariats ... En Belgique, le concept d' « Etat social actif » fait son entrée dans les discours politiques du gouvernement « arc-en-ciel », dont le 1<sup>er</sup> Ministre était Guy Verhofstadt, en juin 1999. (Astier, 2007) (Franssen, 2003)

<sup>9</sup> Prise dans son acception large, l'hétéronomie est l'inverse de l'autonomie.

situation de dépendance, dans une perspective psychosociale, peut être de ce fait associée à un sens positif d'échange, les individus étant dépendants les uns des autres au niveau économique, social et affectif. (Gobert & al, 2010 : 204)

Dans ce contexte, l'autonomie peut être entrevue comme un espace de liberté de choix et d'actes, d'indépendance individuelle relative au sein d'un réseau d'échanges et d'interdépendances socialement normées et positives.

Néanmoins, cette perspective-ci semble actuellement être niée tant au travers des propos des seniors que nous avons rencontrés, que dans les discours sociétaux, ou dans ceux des professionnels de l'aide aux seniors 'dépendants'.

### 1.3 *Autonomie versus 'autonomie de volonté'*

Ces professionnels exercent dans un champ particulier du travail social-santé : celui qu'on appelle le 'care'. Les personnes travaillant dans ce champ aident, soignent des personnes pour qui il paraît évident qu'on ne peut attendre de contrepartie : les jeunes enfants, les personnes lourdement handicapées, les mourants, les malades mentaux, ceux qui meurent de faim, qui sont épuisés, qui sont inconscients ou à la limite de la conscience, les seniors dépendants... Ils travaillent dans l'humanitaire (restos du cœur et autres), les soins 'lourds', l'aide à la petite enfance, la gérontologie, la psycho-gériatrie... De ce fait, l'acceptation de l'hétéronomie des usagers de ce champ social fait partie intrinsèque de ce que Jean-Louis Genard (2011) nomme « l'éthique du care<sup>10</sup> ».

La définition de l'autonomie exprimée par des professionnels et des experts de l'aide aux seniors dépendants, évoquée en début de cet article, se situe en droite ligne de cette éthique : considérant que la dépendance des seniors fait partie de l'évolution pratiquement

---

<sup>10</sup> Cette éthique est caractérisée par « l'absence d'exigence de contrepartie, la focalisation sur la seule vulnérabilité, mais aussi la construction de sa logique sur base de relations fortement dissymétriques (...). [La personne aidée] exigeant éthiquement un care, une sollicitude qui n'attend rien en retour (...) ... C'est-à-dire tous les 'cas' auxquels l'application de l'exigence de contrepartie, de responsabilisation, d'activation, d'appel à l'autonomisation... non seulement n'aurait pas de sens mais paraîtrait totalement inacceptable éthiquement. » (Genard, 2011 : 18)

inévitable de la vieillesse, ils se rallient à la définition de l'autonomie comme « la possibilité de décider, pour un organisme ou un individu, sans se référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité. Droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet ». (Petit Robert, 1986) Devant la nécessité de recourir à l'aide d'un tiers, l'autonomie renvoie ainsi à la manière dont la personne va choisir de confier son sort à un(e) ou plusieurs personne(s) ou service(s).

Pour Jean-Louis Genard, l'éthique du care « apparaît comme l'exact opposé de l'exigence néo-libérale de responsabilisation maximale des êtres, y compris voire surtout les plus faibles ». Elle est plus proche de la responsabilité collective à l'égard de la pauvreté, de la maladie et autres risques de la vie, du 'Nous' responsable de l'État social (et non du 'Je' de l'État social actif). (Genard, 2011 : 18)

Il nous paraît que ces propos sont à nuancer. En effet, si l'éthique du care admet une forte dissymétrie dans la relation aidant-aidé, il semble que dans la pratique quotidienne une bonne part des professionnels et des proches instituent cette dissymétrie, consciemment ou non.

Dans le cas qui nous occupe, l'aide aux seniors, il n'est pas rare de voir des décisions liées aux aides à mettre en place, aux services et professionnels à choisir se prendre en l'absence du principal intéressé. « Comme si l'image, la conception que chacun de nous se fait de sa propre vie et de sa qualité pouvait tout simplement être remplacée, sous prétexte de grand âge, par la vision qu'en ont les proches ou les soignants ». (Rondia et Raeymackers, 2011 : 12)

De même, de nombreuses décisions prises par les familles et les professionnels limitent les possibilités d'activités des seniors ou bouleversent leur vie (entrée en maison de repos) sur base de la crainte que la personne prenne un risque : qu'elle chute, qu'elle se perde... Ainsi, une personne, parce qu'elle est devenue plus vulnérable, devrait être hyper protégée (comme un enfant) et n'aurait plus la possibilité de poser des choix, avec tous les risques inhérents à ceux-ci, n'aurait plus le droit au risque. (Amyot J-J, 2011)

*« Le vélo, ça me manque. (...) Ils ont toujours peur qu'on tombe mais s'il faut penser à tout, on ne fait plus rien. »* (Rachel B, 67 ans, entrée en maison de repos avec son mari qui a besoin de soins)

De manière plus générale, les professionnels de l'aide et des soins aux seniors, pris dans leurs pratiques quotidiennes, ne se rendent plus compte qu'ils entrent dans des espaces privés auxquels ils n'auraient pas accès normalement. Ils entrent dans des 'bulles' personnelles, ils font intrusion. Or, un adulte, dans notre société occidentale, ne donne pas accès à ses espaces de vie à toutes les personnes. Certaines sont reçues sur le pas de la porte, d'autres dans le couloir d'entrée, d'autres au salon, d'autres pourront entrer dans la cuisine, la chambre, la salle de bain... Accepter de 'faire entrer un étranger chez soi' n'est pas chose aisée et dépend de son histoire de vie (habitude d'avoir une femme de ménage ou pas, etc.).

*« Ce n'est pas facile cette intrusion par des personnes qu'on ne connaît pas. »* (Carine X, 75 ans, reçoit une aide ménagère et des soins infirmiers qu'elle espère temporaires)

L'aide et les soins peuvent être vécus comme un retour à l'enfance où les parents entraient dans la chambre ou vous lavaient. D'autant plus si l'aidant n'échange pas, ne permet pas de mettre des mots sur cette intrusion 'anormale' dans un rapport d'adulte à adulte.

L'infantilisation, dans le cadre de l'aide aux seniors, est un phénomène que le secteur professionnel essaye de combattre mais que les seniors ressentent encore lourdement aussi bien dans le cadre de soins, d'aide, que d'activités de manière plus large.

Les différents phénomènes d'infantilisation que nous venons d'aborder semblent confirmer que dans le champ du care, l'asymétrie des relations fait basculer le senior devenu dépendant du statut d'adulte, de capable, d'autonome à celui d'enfant. (Dartiguenave et Garnier, 2008 : 68)

Par là même, les aidants proches et professionnels du care concrétisent, volontairement ou non, les valeurs de l'État social actif. Celui-ci jugeant qu'une personne qui ne parvient pas à

être véritablement un acteur autonome, est 'immature' et témoigne d'une régression assimilable à l'état d'enfant. (Dartiguenave et Garnier, 2008 : 67)

Dans ce contexte, il est compréhensible que les seniors rencontrés ne désirent pas une autonomie réduite à une 'autonomie de volonté', ils veulent continuer à répondre aux critères qui feront d'eux des adultes acteurs jusqu'à la fin de leur jours. Nous pouvons donc poser l'hypothèse, comme le font Micheline Gobert, Caroline Jeanmart et Marie-Christine Closon, que les seniors, soucieux de préserver leur statut d'adulte autonome, hésitent à recourir à l'aide professionnelle par crainte et par conviction que cette aide leur ôte ce statut. (Gobert & al, 2010 : 216)

## *2 La prévoyance comme outil de défense de l'autonomie... ?*

Les professionnels soucieux de l'autonomie des seniors (et défenseurs de leur autonomie de volonté) considèrent, à contrario, qu'anticiper<sup>11</sup> sa dépendance constitue une défense, une certaine protection contre le risque d'infantilisation, voire même de perte totale d'autonomie (autonomie de volonté incluse).

Ils soulignent que dans notre société de 'projets', on planifie tout : agenda, carrière, congés, vacances, succession... « La seule chose qu'on laisse planifier par les autres est sa propre fin de vie » (Rondia et Raeymackers, 2011 : 11)

---

<sup>11</sup> A prendre dans son acception « imaginer, éprouver à l'avance ». (Petit Robert, 1986). Le terme peut ici être mis en relation avec le terme prévoir compris comme « organiser d'avance, décider pour l'avenir ». (Petit Robert, 1986)

## 2.1 *'Penser plus tôt... à plus tard'*

Cette prévoyance est envisagée de différentes manières par les professionnels et experts.

Une des solutions proposées est le 'projet de soins personnalisé et anticipé'. Construit en dialogue avec une personne de confiance, le médecin traitant, les soins à domicile, la maison de repos, « celui-ci devrait comprendre les préférences de la personne en matière de lieu de vie, philosophie de vie, valeurs de vie (spiritualité), les souhaits de l'entourage, les 'caps' que la personne ne souhaite pas franchir et la représentation mentale qui se cache derrière » (Rondia et Raeymackers, 2011 : 32)

Cette idée, pensée et soutenue principalement par des professionnels en contact avec des seniors souffrant de démence (dont la maladie d'Alzheimer), est évidemment porteuse de sens. Cependant, ces professionnels le soulignent, elle se heurte à de nombreux obstacles.

Tout d'abord, comme nous l'avons signalé, les personnes n'ont pas envie de perdre leur autonomie. L'image de la grande vieillesse, de la dépendance fait peur. Les seniors n'ont donc pas envie d'envisager leur fin de vie, tant qu'elle ne se dessine pas avec certitude. Ceci d'autant moins lorsqu'il s'agit de s'imaginer atteint d'une maladie dégénérative, de concevoir de la 'subir' et d'une certaine manière l'imposer à ses proches...

Ces craintes et tabous ne se trouvent pas uniquement dans le chef des seniors, on les retrouve en miroir chez les proches peu à même, de ce fait, d'être à l'écoute des désirs du senior et de les respecter.

D'autre part, ce 'projet de soins personnalisé et anticipé' demande, d'une certaine manière, d'anticiper la manière dont on va vieillir. Or, comment le faire ? S'il est, de prime abord, malaisé de s'imaginer dans une situation que l'on n'a jamais vécue, personne ne peut savoir à l'avance à quels problèmes il va devoir faire face : problèmes de mobilité ?, problème d'équilibre, de chute et de fractures ? ; problèmes cardio-vasculaires ?, de type accident vasculaire cérébral ?, avec quelles séquelles ? ; cancer ? ; perte de la vue ?, de l'ouïe ?, jusqu'à quel point ? ; dégénérescence mentale ? à quel degré ? avec quelle rapidité de

progression ?.... Comment anticiper les problèmes auxquels on devra faire face et la manière dont on va les vivre ?

De quelle manière prévoir si les proches seront disponibles, au moment où une aide deviendrait nécessaire. Dans quel parcours professionnel ou de vie seront-ils ? Auront-ils d'autres problèmes familiaux, personnels à gérer (maladie personnelle, enfant malade, séparation d'un couple...) ?

Comment envisager l'ensemble des aides et soins nécessaires et leurs coûts et donc la faisabilité des envies, du projet de la personne ?

En posant ces questions, on entre-aperçoit toute la difficulté de la concrétisation de ce projet.

Enfin, le 'projet de soins personnalisé et anticipé' nécessite la rédaction ou la communication de ce projet, et donc une certaine stabilité de celui-ci. Or les professionnels qui en ont tenté l'expérience font échos de changements d'avis fréquents des seniors, probablement liés à la difficulté de la démarche. De ce fait, ces professionnels font part d'un certain découragement. (Rondia et Raeymackers, 2011 : 13)

D'autres experts abordent l'anticipation, par le senior et sa famille, de la dépendance de manière plus large que le projet évoqué. Pour eux, elle réside en une recherche d'informations sur l'offre d'hébergement, d'aide et de soins à domicile de manière à en disposer en cas de nécessité, ainsi qu'en l'aménagement, voire le déménagement en temps utile (dès la soixantaine) en vue des vieux jours. Ils désignent cette prévoyance comme un facteur important permettant le maintien à domicile et donc d'éviter l'entrée en maison de repos. (Gobert & al, 2010 : 209-2010)

Ces experts semblent partir de l'a priori que les seniors ont une réelle liberté de choix. Or, on peut en douter fortement.

Changer de domicile en début de retraite implique qu'on en ait les moyens. De nombreux seniors, particulièrement en Région bruxelloise, sont locataires depuis de nombreuses années de leur logement. Déménager impliquerait devoir payer un loyer correspondant au marché locatif actuel, trop élevé pour eux.

Les conditions d'accès aux soins et aides restreignent également le choix des seniors (lieu de résidence, reconnaissance d'un certain niveau de dépendance ou de handicap, services liés à une mutuelle...).

Chercher des renseignements sur les services d'aides et les maisons de repos ne permet pas de 'réserver sa place' en cas de besoin. Au vu du manque d'infrastructures, le jour dit, il faudra se contenter des disponibilités offertes, d'autant que les prix demandés par les institutions résidentielles et certains services (gardes à domicile, centres de soins de jour, centres d'accueil de jour, repas correspondant à ses désirs et besoins...) sont souvent hors de portée.

Se créer un réseau de voisinage et amical propice à l'aide informelle implique que celui-ci change peu. Or, en ville, il se modifie régulièrement suite aux déménagements et autres aléas de la vie.

La liberté de choix des seniors est donc bien limitée et liée à leur contexte de vie. Parler d'autonomie de volonté et de prévoyance dans ce contexte paraît à tout le moins illusoire.

Par ailleurs, à nouveau, la démarche de prévision demandée exige de la part du senior et de son entourage l'acceptation d'une future dépendance. Or, nous l'avons vu, la plupart des seniors ont intégré l'injonction sociale d'autonomie, ont peur d'une hétéronomie à long terme et du basculement de statut y afférent.

## *2.2 Le temps de la déprise*

Accepter de demander l'aide d'un proche ou d'un professionnel, de changer de lieu de vie (déménagement ou entrée en maison de repos) nécessite l'intégration d'une nouvelle déficience, de faire le deuil de certaines capacités perdues, de reconnaître l'incomplétude de sa situation.

La manière dont un senior va appréhender l'état de son autonomie et de ses besoins en aides résulte d'une négociation entre le sentiment de ses propres capacités et possibilités et le monde extérieur. Il va réagir en lien avec ce qu'il définit comme étant ses besoins, avec sa trajectoire, son identité personnelle.

Un adulte grippé ou souffrant d'une cheville foulée n'aura aucune envie d'être hospitalisé alors qu'il acceptera de l'être, même aux soins intensifs, en cas de nécessité. De la même manière, les seniors peu dépendants vivant à domicile refuseront l'idée d'entrer en maison de repos alors que ceux qui ont accepté d'y entrer, conscients d'un besoin, en sont satisfaits<sup>12</sup>.

Ceci fait partie d'un processus non linéaire de 'déprise' qui consiste en un « réaménagement de la vie qui tient compte des modifications dans les compétences personnelles, de la trajectoire de vie antérieure, des situations interpersonnelles d'aujourd'hui dans un contexte social particulier » (Clément et Membrado, 2010 : 118)

La déprise ne concerne pas uniquement le processus qui amène un senior à intégrer peu à peu une perte d'autonomie et à accepter une aide mais de manière plus large une réorganisation régulière de sa vie afin d'épargner des forces et maintenir des activités qu'il privilégie. On peut ainsi observer l'abandon de certaines occupations, une baisse des relations sociales, une mise en retrait ou la délégation de tâches aux proches ou professionnels (tondre la pelouse, faire les courses lourdes, nettoyer les vitres...). (Caradec, 2004 : 23 et 117) Pour Serge Clément et Monique Membrado, il s'agit « d'un formidable travail de prévention pour 'lâcher' d'un côté afin de 'tenir', de conserver des registres d'intérêts qui tiennent à cœur à la personne.» (Clément et Membrado, 2010 : 118 et 123)

Les choix effectués par le senior, la manière dont il va abandonner ou déléguer des activités se produit en cohérence avec la manière dont il se définit. (Caradec, 2004 : 21) Il n'est pas aisé de saisir ce qui sous-tend ces choix, marqués semble-t-il par la période de formation de la vie

---

<sup>12</sup> Soulignons que la plupart des seniors que nous avons rencontrés dans le cadre de notre recherche sont entrés en institution suite à un besoin d'accompagnement médical et qu'ils ne subissent pas de phénomène de maltraitance ou de négligence importante (alors que certains d'entre eux en ont subi par le passé dans d'autres lieux).

adulte (début de la vie professionnelle, de la vie de couple, de la parentalité, de l'installation des réseaux de relation). (Clément et Membrado, 2010 : 126)

La manière dont chacun va appréhender les pertes d'autonomie liées à la vieillesse s'inscrit ainsi dans ce processus éminemment individuel et progressif. Les stratégies de déprise se mettent en place par paliers, au fur et à mesure que les problèmes de santé apparaissent ou s'aggravent, que la fatigue ressentie s'accroît ou que l'inquiétude des proches s'exprime.

Le moment et la manière utilisée pour chercher des informations sur une aide considérée comme potentiellement utile, une prise de décision liée à l'aménagement ou le changement de lieu de vie, s'inscrivent dans le cadre de ce processus individuel de déprise. Demander que ces démarches et décisions aient lieu de manière prévoyante, en début de retraite ou dans une certaine tranche d'âge, semble donc ne pas tenir compte de ce processus inhérent à la vieillesse.

### *2.3 Prévoir pour qui, pourquoi ?*

Les tabous liés à la peur de vieillir, l'image de la vieillesse et de la dépendance véhiculées dans notre société, le manque de moyens pour un choix libre, le concept de déprise sont relativement connus des professionnels et experts de l'aide aux seniors. On peut donc se demander pourquoi ceux-ci présentent la prévoyance comme l'outil essentiel de la défense de l'autonomie (de volonté) des seniors alors que cette idée, rationnellement intéressante, semble à ce point en décalage avec la réalité psychosociale des seniors.

La nécessité de la prévision émerge principalement d'une réalité de terrain : l'organisation actuelle des services sociaux et de santé n'offre pas les conditions nécessaires à la réflexion et au processus de déprise.

L'instauration d'une aide à domicile ou l'entrée en maison de repos sont généralement organisées, décidées suite à l'apparition de nouveaux problèmes de santé, de déficiences et à une hospitalisation. Pour des raisons de gestion, les périodes d'hospitalisation sont

devenues très courtes et l'annonce de la sortie de l'hôpital se fait parfois la veille ou le jour même de celle-ci. Ces délais ne permettent pas de construire un projet à partir des souhaits du senior, s'il ne les a pas arrêtés pour une bonne part auparavant. Sa volonté peut, de ce fait, ne pas être respectée. Les décisions étant prises, pour le senior, par les proches sur base de leurs propres valeurs et celles des médecins.

De même, lorsqu'un senior alité à domicile ou en maison de repos requiert des soins infirmiers, le professionnel peut décider d'installer un lève-personne dans sa chambre pour faciliter ses actes techniques. Si le senior n'a pas anticipé la manière dont il va vivre ce 'transport' quotidien « *dans une mini grue, comme un paquet de sa chaise à son lit...* »<sup>13</sup>, il aura peu l'occasion d'exprimer sa volonté ou de négocier avec le professionnel les modalités d'arrivée de cet outil technique dans son espace de vie.

Les professionnels n'ont, de manière générale, que peu le temps d'être à l'écoute des seniors et de les accompagner dans la construction et l'expression de leurs désirs.

*« Il y a un paradoxe dans le monde de l'aide aux seniors. Les personnes âgées sont des personnes lentes et on demande aux [professionnels] de travailler de plus en plus vite. (...) Les personnes viennent faire leurs tâches sans avoir spécialement une écoute alors que les personnes seules ont besoin aussi d'une présence, de pouvoir discuter, pas de se sentir comme des objets - on vient vite faire la toilette et hop, au revoir. Ça, ça devient problématique. »* (Assistante sociale d'un service de soutien à domicile)

Ainsi, on pourrait émettre l'hypothèse que les discours sur la nécessité pour les seniors de prévoir sont plus liés aux conséquences de la gestion de plus en plus managériale<sup>14</sup> des services d'aide et de soins qu'aux désirs intrinsèques d'autonomie des seniors.

---

<sup>13</sup> Expression d'une assistante sociale d'un service d'aide et de soins à domicile rencontrée dans le cadre de notre recherche.

<sup>14</sup> Relatif à l'introduction du management au sein des services et associations du secteur non marchand. Le management étant « l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion d'une affaire, d'une l'entreprise. » (Petit Robert, 1986) Dans la pratique, la gestion managériale est centrée essentiellement sur la rentabilité des services non marchands, moins sur la réponse aux besoins des usagers.

A ce propos, Bernard Ennuyer souligne que depuis la montée du chômage et les difficultés économiques des années 80' l'optique gestionnaire de la prise en charge de la vieillesse va prendre le pas sur celle de l'intégration. C'est pour lui l'époque où apparaît la notion de 'personnes âgées dépendantes', la médicalisation de la vieillesse, renvoyant les seniors qui vieillissent mal au seul statut de 'personne malade'. Dans ce cadre, le

## 2.4 Une prévoyance sociale active

D'autre part, le discours sur la prévoyance nécessaire des seniors semble contenir des ingrédients du concept de prévention développé dans le cadre de l'État social actif.

L'État social actif, idéalement, n'attend pas qu'un risque social se produise, il met l'accent sur la prévention en mettant les groupes ciblés comme vulnérables sous 'surveillance' (statistique et autre). Ceci afin de « prévenir de coûteuses coupures » et pointer si les problèmes « peuvent être imputés à un défaut de prévoyance ou à la responsabilité de la personne elle-même. » (Franssen, 2003 : 18)

Dans ce contexte, « l'autonomie croissante des individus doit aller de pair avec un élargissement de la responsabilité ». (Franssen, 2003 : 18)

Les discours sur la responsabilisation des seniors, quant aux conséquences de leurs choix de vie sur leur vieillesse ne manquent pas. « Aujourd'hui, l'homme devient responsable de la durée et de la qualité de sa vie. Il sait qu'il peut jouer un rôle dans le déclenchement des pathologies, puisque nombre de maladies – cancers et maladies cardio-vasculaires notamment – dépendent du tabac et de l'alcool, de l'alimentation et de l'exercice physique. » (Molénat & al, 2004 : 37) Les politiques de réduction des coûts du vieillissement sont pensées en conséquence, s'axant principalement sur des stratégies de promotion de la vie saine et de prévention des séquelles coûteuses des maladies. (Pacolet et Deliège, 2006 : 175)

De même, Micheline Gobert, Caroline Jeanmart et Marie-Christine Closon, lorsqu'elles abordent la prévoyance comme outil pour les seniors, l'utilisent comme élément de séparation des seniors et leurs familles en deux types : d'une part les familles à 'l'attitude

---

maintien à domicile perd son statut éthique pour devenir un instrument de gestion des populations à risque à moindre coût et un gisement de création d'emploi pour chômeurs infra-qualifiés. Ceci se traduisant par l'apparition de nombreux services parallèles (chômeurs mis à l'emploi par les agences locales pour l'emploi, entreprises de titres-service...), la bataille de la concurrence faisant rage. Ce n'est donc plus la qualité de l'aide aux seniors qui est visée mais la mise à l'emploi, principalement de femmes non qualifiées. (Ennuyer, 2007 : 161-163)

prévoyante' qui permettent au senior de rester à domicile grâce à la recherche d'information avant que les besoins émergent, à l'aménagement de la vie et l'utilisation des services professionnels ; d'autre part les familles à 'l'action urgente' qui n'ont pas d'action préventive, ne font pas appel aux services professionnels, ont recours tardivement à l'information et dont le senior termine ses jours en maison de repos. (Gobert & al, 2010 : 209-2012)

Pour elles, l'inscription dans la trajectoire préventive permettrait d'éviter l'hospitalisation et l'entrée en institution, qu'elles considèrent comme un échec et un non respect de l'autonomie de choix de la personne dépendante (idée nuancée par d'autres<sup>15</sup>). (Gobert & al, 2010 : 216)

Le senior 'non-prévoyant' pourrait dans ce contexte être tenu responsable de la non-consideration par les proches et les professionnels de ses désirs, de la perte de son autonomie, du basculement du statut d'adulte à celui d'enfant. La prévoyance n'est plus un conseil, un outil pour le senior mais devient une injonction.

Le discours sur la prévoyance semble donc faire basculer le poids de la responsabilité de la qualité de l'aide apportée et du respect de l'autonomie du senior sur lui-même.

---

<sup>15</sup> Le rejet de la maison de repos et la mise en exergue du maintien à domicile furent au centre de la plupart des discours et écrits d'experts de l'aide au seniors pendant une période récente. Cette conception de l'aide au senior est aujourd'hui nuancée tant en termes de choix adéquats pour les seniors (l'un étant vu comme complémentaire de l'autre) qu'en termes de coût pour les familles et les pouvoirs publics. (Jaumotte, 2011) C'est également ce qui est apparu dans le cadre de notre recherche : la dichotomie entre les deux types de familles, les conséquences en termes de maintien à domicile et le rejet complet de la fin de vie en maison de repos ressortent pas (ou très peu) des entretiens. Les trajectoires d'aide étaient fort diversifiées tant chez les seniors rencontrés vivant à domicile qu'en maison de repos. Les motifs d'entrée en maison de repos variés s'inscrivaient généralement dans un processus de déprise, les seniors interviewés exprimant leur satisfaction d'être dans un cadre sécurisant, choisi. Les seniors rencontrés en maison de repos insatisfaits étaient, quant à eux, entrés pour raisons éloignées du rôle principal d'une telle institution (suite à l'expulsion d'un logement, par ex.) ou y étaient entrés alors qu'ils étaient inconscients et n'avaient pas été consultés.

## 2.5 *Une responsabilisation individuelle*

Or, s'il n'est pas de notre propos d'infantiliser les seniors en les dédouanant de toute responsabilité, il nous semble que celle-ci concerne tant les individus, leurs proches que les pouvoirs publics et donc la société en général.

Un individu ne peut effectuer des choix 'responsables' et penser à son futur s'il est dans l'incertitude des opportunités qui lui seront offertes. Il a besoin que des choix collectifs soient posés afin de financer et organiser une gamme de services répondant à des besoins et en suffisance pour permettre des choix individuels. Manifestement, cette politique publique 'responsable' manque. Les discours politiques oscillent entre arguments d'assainissement budgétaires et éthique sociétale de prise en charge. La programmation de l'organisation des services en lien avec les besoins futurs paraît faire défaut<sup>16</sup> et inquiète tant les professionnels des services, les médecins généralistes que les seniors.

Le discours sur le libre choix et sur l'autonomie des seniors est donc « une malhonnêteté intellectuelle » (Ennuyer, 2007 : 165) puisque les choix collectifs qui en sont le fondement ne sont pas clarifiés ni financés.

## 3 *En conclusion : vers une interdépendance acceptée et une responsabilité partagée ?*

Ainsi, nous avons montré que la vision de l'autonomie versus 'individu autosuffisant' des seniors rencontrés dans le cadre de notre recherche, est empreinte du concept d'individualisation, de l'injonction d'autonomie de l'État social actif et donc de son rejet de l'hétéronomie à long terme.

La vision de l'autonomie versus 'autonomie de volonté', exprimée par les professionnels et experts de l'aide aux seniors dépendants, semblait plus proche de l'éthique du care.

---

<sup>16</sup> Ceci d'autant plus dans le contexte actuel de réformes institutionnelles où les transferts de compétences et de moyens liés aux maisons de repos, du Fédéral aux Communautés, doivent encore être précisés.

Cependant, nous avons mis en lumière que, paradoxalement, la pratique des professionnels du care concrétise également les valeurs de l'État social actif.

Nous avons décrit que dans ce cadre, la personne devenue dépendante bascule du statut d'adulte autonome à celui d'enfant avec tout ce que cela implique en termes relationnels (avec les proches et les professionnels), de respect des choix de la personne et d'organisation de vie. Ce qui pousse les seniors à retarder le plus possible l'expression d'un besoin d'aide, le recours aux services ou même le contact avec ceux-ci par crainte que cette aide leur ôte leur statut d'adulte.

Nous avons souligné que le conseil, adressé aux seniors par les mêmes professionnels et experts, d'utiliser la prévoyance comme protection contre le risque d'infantilisation et la perte totale d'autonomie, semble lié aux effets de l'organisation managériale des services d'aide et de soins. La demande faite aux seniors d'anticiper leur vieillesse s'avère être en décalage au processus de déprise inhérent à celle-ci et illusoire face aux nombreux obstacles que nous avons décelés.

De manière plus large, nous avons vu que la prévoyance contient les ingrédients du concept de prévention de l'État social actif et induit une responsabilisation individuelle, le senior 'non-prévoyant' devenant responsable de son basculement de statut d'autonome à celui d'enfant. De ce fait, prévoir n'est plus un outil pour le senior mais devient une injonction qui lui est destinée.

Les seniors sont dès lors pris entre injonctions d'autonomie et de prévoyance.

Ainsi, tant les seniors rencontrés que les professionnels et experts semblent avoir intégré le paradigme actuel qui, derrière un discours éthique, demande aux personnes d'être indépendantes des autres, de porter la responsabilité de leur histoire de vie, de leurs actes et de leurs choix et semble nier le poids que les choix collectifs de société font peser sur les individus.

Il nous semble, quant à nous, qu'il serait nécessaire que les professionnels, les politiques, les seniors et la société en général se réapproprient le concept d'autonomie versus 'échange' ;

c'est-à-dire, comme déjà évoqué, un espace de liberté de choix et d'actes, d'indépendance individuelle au sein d'un réseau d'échanges et d'interdépendances socialement acceptés.

Ceci requiert donc de changer de paradigme, de construire une société où l'individualisation offre une place aux liens sociaux respectueux, à la solidarité ; où la responsabilisation est partagée entre les individus et la collectivité. Il s'agit également de redonner une place centrale à l'être humain et ses besoins, en lieu et place d'une société centrée sur l'organisation de l'économie, du travail, du management...

Ce n'est qu'alors, à nos yeux, que les discours éthiques actuels sur le respect des seniors, leur place dans la société et sur l'organisation de structures d'aide attentives à leurs besoins psycho-médico-sociaux seront susceptibles d'être mis en pratique.

Dans ce nouveau contexte, les seniors pourront envisager leur vieillesse non plus comme une 'déchéance' mais comme un processus d'accumulation des années, nécessitant certains aménagements de la vie. Ils auront la possibilité de faire appel aux différentes aides existantes tout en respectant leur libre choix, leur rythme de déprise, leur continuum de vie, leur identité, leur autonomie (versus 'échange').

## 4 Bibliographie

Amyot J-J. (2011), « Le droit au risque », colloque Espace Seniors *Lieux de vie d'ici et d'ailleurs : des libertés pour demain*, Bruxelles, Espace Seniors.

Astier I. (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF.

Caradec V. (2004), *Vieillir après la retraite. Approche sociologique du vieillissement*, Paris, PUF.

Clément S. et Membrado M. (2010), « Expérience de vieillir : généalogie de la notion de déprise », in Carbonnelle S. & al, *Penser les vieillesse*, Paris, Seli Arslam, 109-128.

Daems A., Nijs G. (2010), « L'expérience des déplacements quotidiens à mesure de l'avancée en âge : ce qui nous tient », in Carbonnelle S. & al, *Penser les vieillesse*, Paris : Seli Arslam, p 129-148.

Dartiguenave J-Y. et Garnier J-F. (2008), *Un savoir de référence pour le travail social*, Monts, Érès.

Ennuyer B. (2007), « 1962-2007 : Regards sur les politiques du 'maintien à domicile' et sur la notion de 'libre choix' de son mode de vie », *Gérontologie et Société*, n° 123, 153-167.

Franssen A. (2003), «Le sujet au cœur de la nouvelle question sociale», *La Revue nouvelle*, n°12, 10-51.

Genard J-L. (2011), « Glissement anthropologiques et déplacements institutionnels : les nouvelles coordonnées des politiques sociales », *l'Observatoire*, n° 71, 12-18.

Gobert M., Jeanmart C. et Clososon MC. (2010), « L'ancrage social de la personne âgée en milieu urbain : la double trajectoire », in Carbonnelle S. & al, *Penser les vieillesse*, Paris, Seli Arslam, 199-216.

Jaumotte A. (2011), « Personnes âgées : un éventail de lieux de vie en lien avec les autres générations », *l'Observatoire*, n° 71, 62-66.

Larousse (ed) (1928), *Larousse du XXè siècle en six volumes*, Paris, Librairie Larousse.

Larousse (ed) (1982), *Grand dictionnaire encyclopédique*, Paris, Librairie Larousse.

Molénat X. & al (2004), « Dossier. L'individu hypermoderne : vers une mutation anthropologique ? », *Sciences humaines*, n° 154, 30-44.

Pacolet J. et Deliège D. (2006), « Vieillesse, aide et soins de santé en Belgique », *Revue belge de sécurité sociale*, n° 2.

Petit Robert (1986), *Le petit Robert 1. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Le Robert.

Rondia K. et Raeymaeckers P. (2011), *Penser plus tôt... à plus tard. Projet de soins personnalisé et anticipé. Réflexions sur son application en Belgique, avec une attention particulière pour le déclin cognitif*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin.