

Action publique et solidarité civile : le cas du maintien à domicile des personnes âgées
Community Solidarity and Government Action: The Case of Home Care for the Elderly
Acción pública y solidaridad civil: el caso del mantenimiento a domicilio de las personas de edad avanzada

Bruno Jobert

Number 19 (59), Spring 1988

Repenser les solidarités étatiques

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1034244ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1034244ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (print)

2369-6400 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Jobert, B. (1988). Action publique et solidarité civile : le cas du maintien à domicile des personnes âgées. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (19), 89–93.
<https://doi.org/10.7202/1034244ar>

Article abstract

The author presents the findings of research done on policies of home care for the elderly. The goal of the research was to understand the relationship between community solidarity, the market and primary solidarity. The study consisted of qualitative interviews with senior citizens in two neighborhoods of Grenoble.

The research showed that contrary to the widely held view that the dynamic between the State and civil society is adversarial, government action was not perceived either in nature or with any frequency to be contrary to the interest of primary solidarity.

But it clearly emerged that the entourage plays an essential role in maintaining the elderly in a home environment. And this reality becomes particularly difficult to administer when it involves severe cases of dependency or senility. In this respect we see a serious lack in government social action.

Action publique et solidarité civile : le cas du maintien à domicile des personnes âgées

B. Jobert

Les grandes épreuves sont parfois l'occasion des grandes oeuvres. Ne pourrait-on ainsi considérer les contraintes que fait peser la tension sur les dépenses publiques comme une occasion rêvée de remettre en chantier l'édifice de la politique sociale dans notre pays ? La croissance économique des trente dernières années avait autorisé des attitudes paresseuses. À chaque nouveau problème, à chaque nouvelle demande, notre État protecteur avait tendu à répondre par de nouvelles prestations, de nouvelles professions et de nouvelles organisations. Cette croissance par sédimentation successive a engendré peu à peu un ensemble baroque chaque année plus complexe, chaque année plus difficile à maîtriser. Les mutations économiques et démographiques actuelles rendent

toujours plus inadéquat ce type de croissance. La poussée du chômage, les charges nouvelles du vieillissement, les exigences de compétitivité limitent plus étroitement la marge d'action disponible.

Dans cette perspective la crise financière des États apparaît comme une occasion inespérée de sortir de cet engrenage. Un nouveau climat idéologique s'impose. Selon celui-ci, chaque société nationale devrait sous peine de mort opposer un refus ferme à la demande indéfinie d'assistanat et d'expansion des bureaucraties publiques. Le maintien d'un plafond dans les dépenses sociales publiques serait un impératif catégorique. Pour le reste il paraîtrait nécessaire de revitaliser le sens de la responsabilité et de la solidarité civile dans tout le tissu social : il faudrait faire revivre la famille, redonner leur di-

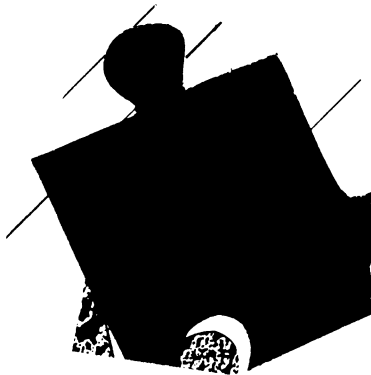
gnité aux solidarités de voisinage, exalter par les médias tous les efforts d'organisation privée de la solidarité. Les exploits du « charity business » devraient ainsi trouver un nouveau terrain d'exercice, non plus dans les déserts et les savanes du Tiers monde, mais dans nos villages et nos banlieues secoués par la crise.

Dans ce schéma de pensée, action publique et solidarité privée semblent reliées entre elles comme deux vases communicants : un surcroît d'action publique ne peut qu'entraîner la destruction de la solidarité privée. Inversement, un arrêt de l'expansion de l'État protecteur rendra la société civile plus adulte, plus inventive dans la résolution de ses propres problèmes.

La recherche que j'ai entreprise sur l'utilisation des services à domicile par les personnes âgées

90

met sur la piste d'hypothèses différentes. L'action publique n'apparaît pas toujours et par nature comme l'ennemi de la solidarité privée. Ce qui compte, c'est plutôt ses modalités différentes d'intervention. Selon les cas, elle sera soit un complément indispensable à un effort considérable de solidarité primaire, soit une prise en charge totale et excluante. Si ce constat est exact, il conduira à l'hypothèse que le problème des politiques sociales n'est pas l'opposition globale entre ces deux formes de solidarité mais une meilleure vision de leur interaction et de leur valorisation réciproque.



La démarche : le bénéficiaire comme acteur

Pour tenter de répondre à ce type de questions, il faut adopter une stratégie de recherches spécifiques. Il faut tout d'abord se détourner des approches qui tendent à faire du bénéficiaire le support passif des interventions col-

lectives. En effet, les politiques de maintien à domicile que nous étudions visent à éviter la prise en charge totale par la collectivité d'une personne âgée en difficulté. Leur succès dépend donc de la capacité de la personne âgée de mobiliser et de combiner les services offerts par la collectivité, ceux qu'elle peut financer sur le marché, sa propre capacité de travail domestique et les efforts de son entourage. L'articulation entre solidarité publique, marché et solidarité primaire constitue donc la pierre de touche de toute politique de maintien à domicile. Cette articulation n'est pas définie une fois pour toutes par des normes institutionnelles ; elle est construite par la personne âgée et son entourage, ce qui aboutit à des combinaisons variées selon le degré de recours aux services publics (il peut y avoir, par exemple, recours à une infirmière libérale plutôt qu'au service de soins à domicile), aux services marchands (par exemple, à une femme de ménage ou à une aide ménagère) et à la famille.

Pour restituer ces stratégies, les sources habituelles des enquêtes de politiques sociales ne suffisent pas. D'une part, les données issues des institutions sociales ne comportent habituellement pas d'informations significatives sur les réseaux sociaux dans lesquels le bénéficiaire est inclus. D'autre part, la fragmentation extrême des systèmes d'intervention est telle qu'il est tout à fait impossible de retracer à partir de ceux-ci les logiques d'action des bénéficiaires.

C'est donc à partir d'un nombre restreint d'entretiens qualitatifs auprès des personnes âgées que nous avons essayé de répondre à notre objectif. Pour garder un minimum de cohésion à ces entretiens, nous avons sélectionné nos interviewés dans deux quartiers de l'agglomération grenobloise, par-

mi une population à bas revenu mais ne relevant pas en général de l'aide sociale.

Action publique et solidarité civile : deux situations contrastées

La logique apparente des institutions qui s'occupent du troisième âge organise une graduation progressive des services en fonction du degré de dépendance de la personne âgée. Pour la personne autonome, un ensemble de services légers visent à compenser à domicile quelques handicaps ponctuels. Pour la personne âgée plus dépendante ou plus fragile, on prévoit une prise en charge de plus en plus lourde par la collectivité, le bénéficiaire passant des foyers logement aux maisons de retraite, puis à l'hôpital de long et moyen séjours. Ainsi, fort rationnellement, la solidarité publique semble se consolider au fur et à mesure que se renforcent les besoins d'assistance.

Mais la pratique des personnes âgées bouscule l'ordre rationnel de cet édifice. Aucune ne peut, ni ne souhaite, accomplir un parcours qui, du domicile à la maison de retraite et de celle-ci à l'hospice, entraînerait une suite de déracinements mortels. De plus, le vieillissement de la population aidant, l'écart se fait de plus en plus grand entre l'importance démographique de la population dépendante et la capacité des institutions qui sont censées l'accueillir.

En effet, si l'on se réfère aux études statistiques qui font autorité, il n'y a aucune mesure entre la capacité d'hébergement des institutions existantes et le nombre de personnes frappées par une incapacité sévère, c'est-à-dire « confinées au lit ou au fauteuil ou totalement dépendantes pour les actes élémentaires de la vie ». On peut, à cet égard, citer ces chiffres sur l'incapacité sévère en Haute

Normandie en 1979, tirés de J.-M. Robine et A. Colvez (« Espérance de vie sans incapacité... », *Population*, 1, 1984 : 35) :

	Hommes	Femmes
75-79 ans	5,7	2,7
80-84 ans	8,6	7,2
85 ans et plus	14,3	17,7

Il apparaît donc qu'une grande partie de la population âgée dépendante continue à vivre à domicile. Une comparaison entreprise sur le niveau de dépendance des personnes âgées placées dans les institutions du département de l'Isère ou suivies par le service de soins à domicile (voir graphique) aboutit à la conclusion paradoxale que ce service gère une plus grande proportion de personnes en situation de dépendance lourde ou totale (Source : Grenoble, Service de soins à domicile, étude non publiée, septembre 1987).

Selon la responsable du service, le profil de dépendance des personnes suivies est semblable à celui des longs séjours hospitaliers.

Pour ces deux raisons, l'équation de départ entre maintien à do-

micile et personnes âgées peu dépendantes se révèle inexacte. Une proportion importante de personnes âgées dépendantes souhaitent rester chez elles ; leur entourage est bien obligé d'accéder à cette demande, d'autant plus que les files d'attente pour le placement sont longues et que l'image des institutions d'accueil est très dévalorisée.

Les nouvelles méthodes de gestion hospitalière, le budget global risquent d'ailleurs d'augmenter encore l'importance de ces populations. Dans le système du prix de journée, accueillir un vieillard ne nécessitant que peu de soins techniques était une bonne affaire pour le directeur d'hôpital en mal de remplissage des lits. Le vieillard n'est maintenant plus qu'une charge supplémentaire. La logique financière converge donc maintenant avec la logique technique du médecin hospitalier pour organiser le refoulement aussi rapide que possible de ce malade. Mais à quel prix ?

L'existence de cette vaste population dépendante à domicile place en porte à faux les dispositifs de maintien à domicile construits

autour du modèle du troisième âge actif et participatif.

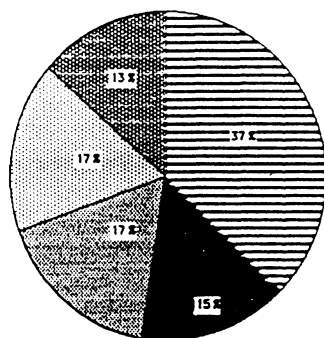
Ce dispositif trouve en fait sa pleine efficacité quand on a affaire à des personnes âgées qui ont de très faibles ressources et souffrent de handicaps importants mais limités qui leur rendent pénibles certains travaux domestiques (mauvaise vue, rhumatismes, fatigue généralisée à la suite d'un épisode hospitalier). L'aide ménagère leur permet de garder une maison bien tenue ; régulièrement, le lit est fait à fond, la propreté du logement est assurée, les armoires remplies par les courses. Ici, une intervention légère de la collectivité évite que ces personnes cèdent au découragement face à des travaux qui dépassent leurs forces. Elle allège aussi sensiblement les charges qui retomberaient autrement sur les voisins, les amis et la famille. Certes, les tâches qui sont laissées à la charge de l'entourage restent souvent lourdes. Mais l'action publique évite une surcharge de l'entourage, qui pourrait lui aussi se décourager. Loin de détruire la solidarité privée (comme le voudraient certaines critiques légères de l'État providence), la solidarité publique suscite et consolide dans la durée une mobilisation active des réseaux sociaux autour des personnes âgées.

Mais ce dispositif souffre d'une double limitation. D'une part, une tarification très progressive de ces prestations produit des effets de seuil très marqués. Passé un certain plafond — très bas — de revenus, la contribution des usagers à la prestation d'aide ménagère devient comparable puis supérieure au coût d'une femme de ménage, souvent payée au noir jusqu'aux récentes mesures d'exonération. Du coup, bien des familles semblent alors préférer le recours aux services de femmes de ménage aux horaires plus souples et disposées à entreprendre certains gros travaux. Mais elles se privent

91

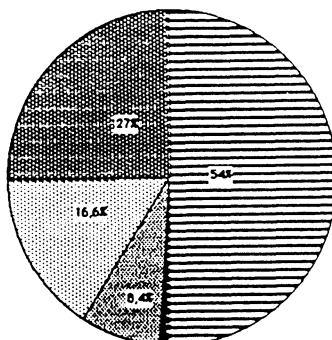
ÉTUDE COMPARATIVE DE LA DÉPENDANCE

Établissements du département

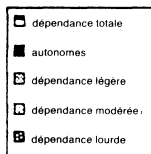


PMD 3,40

Soins à domicile — Grenoble



PMD 4,30



du même coup des compétences d'aides ménagères mieux formées au rapport avec les personnes âgées, et surtout plus aptes à mobiliser rapidement les services sociaux et sanitaires compétents en cas de crise ou de dégradation sensible de l'intéressé. Il en résulte alors des décisions trop tardives, prises en catastrophe, qui peuvent être douloureuses et coûteuses pour les intéressés.

Mais c'est surtout dans la gestion de la dépendance lourde que se révèle l'inadaptation du dispositif. En effet, celui-ci se présente comme un ensemble de services visant à apporter une aide compensatoire et correspondant chacun à un aspect de la vie quotidienne : toilette, soins, ménage, repas... Mais il présuppose toujours une personne autonome mentalement et physiquement, capable d'orchestrer elle-même cet ensemble de services et de vivre sans surveillance externe le reste du temps. En dehors de ces tâches particulières, c'est, dans ce modèle, à la famille ou aux proches à assurer un minimum de présence et de surveillance. Or il apparaît que cette exigence de présence devient une charge extrêmement lourde quand on rentre dans la zone de la démence sénile ou de l'incapacité sévère (confinement au fauteuil ou au lit). Cette dépendance lourde survient en général avec le grand âge et donc à un moment où, du fait de la ma-

ladie et de la mort, se dégarnissent de plus en plus les rangs des amis et des proches qui auraient pu venir en aide. Au moment où le réseau social qui soutient la personne âgée tend à se rétrécir de plus en plus étroitement à quelques enfants, la contribution de la solidarité publique ne se renforce pas. Une coordination des moments de passage des divers intervenants peut, au mieux, dégager quelques heures de liberté pour l'entourage.

En pratique, tout se passe comme si la société avait assigné au troisième âge la fonction de prendre en charge le quatrième. Au sein du troisième âge, c'est surtout aux filles qu'il incombe d'accomplir ce devoir de maternage et de présence permanente. Plus s'accroît la dépendance, plus l'entourage social actif de la personne âgée semble se réduire à un seul intervenant stable. En dehors de quelques familles nombreuses très solidaires, c'est le tête-à-tête oppressant entre la fille et le parent dépendant qui prévaut. La vie « sans loisirs, sans plaisirs » faite à ces filles dévouées est à cent lieues du mythe de la retraite active et joyeuse, grandes vacances récompensant une vie de travail, que prétendent promouvoir les politiques du troisième âge.

On aperçoit bien comment la combinaison de l'action publique et de la solidarité privée ne permet plus ici de parvenir à une solution harmonieuse.

Pour traiter de ce problème de la dépendance lourde, les entours des personnes âgées n'ont guère le choix qu'entre une solution totalement publique et une solution totalement privée qui ne correspondent pas du tout aux aspirations des intéressés.

En effet, le seul choix possible est soit le placement en institution, soit un maintien à domicile où l'essentiel de la charge incombera à l'entourage.

Contrairement à bien des préjugés, nous n'avons pas trouvé dans notre groupe de tendance nette de la part des entoursages à vouloir se débarrasser des personnes âgées en les mettant en institution pour de simples raisons de convenance personnelle. Inversement, nous avons même repéré trois cas où des familles ont retiré des vieillards séniles de l'hôpital psychiatrique. Dans ces cas, elles pensaient qu'il était de leur devoir d'assurer une fin de vie digne à ces vieillards, loin des asiles de fous. De façon générale, c'est l'image de l'asile ou du mouiroir qui prévaut pour désigner les institutions de placement. Du coup, ni les personnes âgées, ni leur entourage n'envisagent de gaieté de cœur le placement. Il est vrai que ces institutions sont souvent éloignées du domicile des intéressés et que, par conséquent, le placement implique souvent une rupture quasi totale des derniers liens sociaux qui relient les personnes âgées à la vie.

Mais, à l'inverse, le maintien à domicile de la personne âgée dépendante repose encore très largement sur les seules ressources de l'entourage. Dans les familles très aisées le recours à des gardes privées peut permettre de desserrer les exigences qui pèsent sur les proches. Mais, pour la plupart des personnes âgées, le financement d'un système de garde permanent (ou comportant un nombre d'heures significatif) est hors d'atteinte, même avec les nouvelles exonérations des charges sociales. Il y a une disproportion majeure entre la demande solvable de garde et les besoins réels des familles à revenu moyen ou modeste. Dans ces conditions, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes se traduit par une mobilisation intensive et quasi permanente de l'entourage. Les coûts sociaux de cette situation paraissent alors extrême-

ment lourds pour les femmes qui vivent cette sorte d'enfermement forcé, ce face à face implacable avec un père ou une mère en fin de vie. Pour elles, le troisième âge « nouvelle jeunesse épanouissante » n'est qu'un mythe inaccessible. Les relations avec le conjoint se tendent, la vie amicale devient un rêve irréel. Le temps leur manque aussi pour cultiver leurs enfants et petits-enfants qui pourraient également avoir besoin d'elles. Comment penser, enfin, que cette contrainte excessive n'empoisonne pas leurs relations avec la personne âgée ?

93

Conclusion

Un équilibre assez harmonieux entre action publique et solidarité privée a pu être atteint dans les politiques de maintien à domicile dans le domaine qui leur était initialement assigné : celui de la compensation de handicaps spécifiques pour une population faiblement dépendante. C'est cet équilibre qui apparaît gravement rompu quand se pose le problème de la dépendance sévère et de la sénilité. Le placement en institution ne constitue alors pas la solution la plus souhaitée. Mais la gestion à domicile de la dépendance fait apparaître un déficit grave de l'action publique. C'est un nouveau chantier qui s'ouvre à la solidarité collective si celle-ci veut écarter, dans une phase particulièrement éprouvante de la vie des individus, des inégalités sociales lourdes et de graves perturbations sociales. L'idée d'une égalité fondamentale des citoyens face aux risques majeurs de l'existence ne pourra pas longtemps, sans se pervertir, laisser la dépendance hors du champ des droits sociaux à concrétiser.

Bruno Jobert
CERAT

Institut d'études politiques
Grenoble