

Regard critique sur les politiques de maintien à domicile des personnes âgées en France et au Québec

DANIEL REGUER, PH.D.,* ET MICHÈLE CHARPENTIER, PH.D.**

*Daniel Reguer est maître de conférences, C.I.R.T.A.I. (CNRS), Université du Havre, France

**Michèle Charpentier est professeure à l'École de travail social, Université du Québec à Montréal

Résumé

Cet article vient porter un regard critique sur les fondements et les impacts des politiques de maintien à domicile des personnes âgées qui, en France et au Québec, se sont développées telle une évidence. Se basant sur leurs travaux de recherche et sur leurs expériences d'intervention, les auteurs interrogent la pertinence d'un objectif de politique publique défini par l'espace (le domicile) et le temps (le plus longtemps possible), de façon statique (maintien), pour une population vieillissante caractérisée par d'importants changements sociaux et médicaux. Ils démontrent aussi comment cette injonction au choix du domicile a produit une juxtaposition de services et d'établissements spécialisés dans la prise en charge de niveaux ponctuels et spécifiques de dépendance, qui tendent à normaliser les parcours de vieillesse et à contraindre les personnes âgées à s'adapter aux conditions d'accès et de « transferts » du domicile aux « placements ».

Mots clé : politiques sociales, personnes âgées, maintien à domicile, France-Québec

Abstract

This article is a critical examination of the fundamentals and the impacts of the home care policies for seniors that were developed by governments in France and in Québec. Based on their research and their experience in the field, the authors question the relevance of public policies, the objectives of which are defined by the concepts of space (the home) and time (as long as possible) in a static way (status quo) for aging individuals who are undergoing continuous social and medical changes. They also demonstrate how the priority given to home care has produced a collection of services and facilities specialized according to

timing and level of dependency. These services tend to standardize the itinerary of the senior population and force seniors to adapt to the terms of access to institutions, and transition from home to institution.

Keywords: *social policies, seniors, home care, France-Quebec.*

Introduction

La présente réflexion est issue de la rencontre de deux chercheurs universitaires, l'un français l'autre québécois qui, au-delà de leur langue commune, partagent une interrogation sur l'évidence et l'incidence d'une définition d'une politique publique pour les personnes âgées, par l'espace (le domicile) et le temps (le plus longtemps possible) (Charpentier, 2002 ; Reguer et Gricourt, 1997). Cet objectif semble être partagé, de façon quasi unanime, par les médias, les professionnels et les familles, au-delà des partis politiques, mouvements de retraités et organisations professionnelles, au point de croire que, non seulement il répond à une aspiration du plus grand nombre, maintes fois mesurée par des sondages, mais qu'il constitue «La réponse» aux besoins de toutes les personnes âgées. Les travaux de chercheurs ne manquent pas aussi dans un contexte où pèse encore de façon forte, l'héritage des hospices et autres établissements de relégation au-delà du domicile (Ennuyer 1986, Bernan 1978, Guillemard 1980). Or, notre position d'intervenant et de chercheur en gérontologie nous a amené à réaliser que c'est lorsque le quotidien bascule, suite à la maladie, au décès du conjoint ou à l'épuisement du principal aidant, que la question, auparavant hypothétique, se pose réellement et que la réponse est loin d'être si évidente. En fait, comme nous le démontrerons, le maintien à domicile « le plus longtemps possible » peut condamner à des solitudes et à des inquiétudes extrêmes. À l'opposé, il peut conduire à une rupture définitive, dite « placement », des personnes qui auraient voulu demeurer paisiblement dans leur domicile ou dans leur résidence pour aînés et ce, malgré l'aggravation de leur condition de santé.

Ces parcours professionnels et cheminements entre théorie et pratique conditionnent notre positionnement critique face aux politiques publiques de maintien à domicile, en France et au Québec, et ne sont pas sans lien avec notre volonté de soulever dans cet article certains questionnements hors des lieux communs. Pour ce faire, nous formulerons dans un premier temps quelques rappels relatifs aux caractéristiques des populations vieillissantes, en montrant la pluralité et le dynamisme des potentialités sociales trop souvent occultées qu'elles peuvent mobiliser. Par la suite, à partir d'une approche historique, nous nous attarderons à observer la construction des politiques publiques de « La » vieillesse de façon restrictive sous la dénomination de « maintien à domicile », en réponse et en opposition aux conditions faites antérieurement aux exclus et malades mentaux (Goffman, 1968), aux « infirmes et incurables » rassemblés dans des hospices pour indigents (Bernan, 1978). Aux fins de démonstration, nous convoquons deux expériences

nationales, France et Québec, pour permettre l'éclairage réciproque de l'une par l'autre et confronter les logiques de construction sociale. Au-delà des importantes différences dans les régimes de protection sociale des deux pays et des contextes culturels dans lesquels ils s'inscrivent, de fortes similitudes ont pu être constatées dans le discours public sur le « maintien à domicile ». L'analyse combinée de deux expériences nationales prémunit contre le risque de simple juxtaposition. Enfin, ces éléments démographiques, historiques, sémantiques, politiques et administratifs nous donneront les moyens d'une exploration interprétative des enjeux d'une définition d'une politique publique qui en vient à prôner une norme du « bien vieillir » basée sur un critère spatial : le maintien à domicile.

1. Des vieillissements et des habitats pluriels

Le rappel succinct d'un portrait des « personnes âgées » et de leurs habitats nous est apparu indispensable en raison des représentations réductrices, statiques et négatives qui semblent fonder le discours public et, conséquemment, les politiques publiques. En effet, le vieillissement de la population est presque toujours présenté comme une menace, surtout économique, principalement à cause des coûts de santé qu'engendre une telle « marée grise » et qui ne font que s'ajouter aux enjeux considérables liés au financement des régimes publics de retraite. Pourtant, de nombreux travaux, notamment ceux de Jean-Marie Robine en France et de Frédéric Lesemann au Québec, ont montré, depuis déjà plusieurs années, que l'augmentation de la population âgée s'accompagne d'une plus grande espérance de vie en bonne santé, sans incapacité. Cet alarmisme ambiant entretient l'image d'une vieilleuse qui ne serait que fardeau et dépendance. Il construit les personnes âgées comme un groupe homogène, sur le seul critère de l'âge (Guillemard, 2003), occultant ainsi les multiples critères qui le caractérisent (genre, ethnicité, revenu, statut social, etc.). Ce raisonnement omet aussi de prendre en compte les considérables transformations de comportements (CREDOC, 1979 à 1998) et les réalités plurielles des différentes générations de retraités entre elles et au sein de chacune d'elles (Reguer, 2001). Ainsi, les populations vieillissantes, qui se trouvent dans une longue phase mouvante de leur vie, se caractérisent davantage par des changements importants au niveau social : retraite, décès du conjoint et des collatéraux, nouvelles activités et implications sociales, diverses fragilisations, (arrière) grand-parentage et, il va sans dire, déménagements.

Enfin, l'habitat des aînés, dont les caractéristiques importent dans une interrogation sur les politiques publiques de maintien à domicile, est également largement hétérogène et mouvant. En France, comme au Québec, on voit se développer une grande variété de ressources résidentielles : appartement-logement, maison de retraite, résidence pour personnes âgées, coopérative d'habitation, ressource intermédiaire, centre d'hébergement ou de long séjour, etc. qui se distinguent tant par leur statut

(privé, public ou communautaire) que par leur taille, leurs coûts et mode de gestion (Charpentier, 2007). Pourtant, on a tendance à entretenir une représentation simpliste, voire dualiste, de l'habitat des personnes âgées entre d'une part « le domicile », que l'on cherche à définir comme le premier et quasi seul choix de tous, et « l'institution » que l'on présente comme dernière solution ou même non-choix. La façon de présenter les statistiques résidentielles illustre avec éloquence cette intention. Ainsi, affirmer qu'en France seuls 4,1 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent en institution, pour en déduire un choix du domicile n'a aucun sens. Il faudrait comparer ce taux à ce qui est comparable, soit celui des personnes « en perte d'autonomie ou handicapées » de cette catégorie d'âge qui ont « élu domicile », soit 35 %. Le taux d'institutionnalisation serait aussi beaucoup plus élevé si l'on ne considérait que la population âgée vivant seule. La solitude soulève avec plus d'acuité la question des lieux de vie adaptés pour les citoyens du grand âge, majoritairement des femmes souvent moins fortunées. La même erreur (ou manipulation statistique) se produit aussi au Québec où l'on conclut à un taux d'institutionnalisation de moins de 4 % des 65 ans et plus. En réalité, le critère d'âge à retenir dans un souci de rigueur statistique devrait être en lien avec l'âge des personnes qui vivent en institution (CHSLD). Or, au-delà de 85 ans, ce sont 44 % des aînés qui vivent en institution. Les catégories administratives ou organisationnelles, bien souvent utilisées sans réflexion sur leur construction et leur objet, modifient largement l'interprétation des données recueillies, sur lesquelles pourtant se fondent les politiques publiques en quête de légitimation. Raisonner ainsi, sur un large groupe d'âge, tend non seulement à nier le caractère hétérogène du groupe et de ses modalités résidentielles, mais surtout à nier les dynamiques du vieillissement et ses réalités différentielles, voire ses importantes inégalités, selon le genre, la génération, l'origine ethnique, l'habitat, la trajectoire socioprofessionnelle, le contexte familial et social.

Nous avons voulu démontrer dans cette première partie, qu'à l'encontre des discours et idées dominantes, il n'y a pas une vieillesse, il y a des vieillissements. La seule caractéristique commune au groupe n'est pas d'être vieux mais d'être en train de vieillir, avec des accélérations plus ou moins importantes suivant les périodes, les individus et leur environnement. Or, précisément, c'est cette dynamique du vieillissement qui n'est pas reconnue ni prise en compte dans l'objectif statique et uniforme de « maintien à domicile » qu'énoncent les politiques publiques.

2. Des politiques publiques pour un modèle unique de vieillissement

Au Québec comme en France, la famille rurale hébergeait l'un des enfants, qui devenait soutien de famille en prenant la succession de l'exploitation agricole. Traditionnellement, ce n'est donc pas l'enfant qui hébergeait le parent âgé, mais l'inverse. Les mutations économiques provoquent des exodes massifs qui constituent

autant de ruptures générationnelles familiales suppléées par la montée de l'État providence. À la seule solution de l'hébergement, dans des conditions qu'il n'est pas exagéré de qualifier d'enfermement (Bernan, 1978), succèdent des initiatives politiques favorables au maintien à domicile. Pour comprendre les logiques à l'œuvre, une analyse sémantique des politiques publiques est inséparable d'une observation de ses effets, non pour montrer un décalage entre une intention (maintien à domicile) et son financement, mais pour montrer la cohérence de l'intention avec la pénurie de moyens. Objectifs et moyens construisent un parcours, érigé en modèle universel, du domicile à l'hébergement institutionnel.

a) *Au Québec : de la commission CASTONGUAY au plan d'action : « un défi de solidarité »*

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la société québécoise a connu des changements profonds depuis la Commission Castonguay (1966–1972). Cette imposante réforme a donné lieu à la création du réseau de la santé et des services sociaux avec ses divers établissements, dont les CLSC (Centres locaux de services communautaires). Les changements amorcés touchent autant la façon dont les services sont organisés que les principes et les valeurs qui les sous-tendent. Le Québec passe alors d'une politique misant sur le développement de ressources hospitalières et d'hébergement, avec un très fort penchant pour l'institution (avant 1980), à une politique qui préconise le maintien des personnes dans leur milieu de vie « nature », avec un très fort penchant pour le domicile (Vaillancourt et Jetté, 2004). S'en est suivie une série de documents, rapports qui sont tous venus réitérer haut et fort la primauté du domicile, avec quelques variantes dans la terminologie¹. La toute dernière politique de soutien à domicile du Québec ne saurait mieux illustrer cette option, en la présentant maintenant comme étant un libre choix de l'individu. « Dans le respect du choix des individus, le domicile sera envisagé comme la première option, au début de l'intervention ainsi qu'à toutes les étapes » (MSSS, 2003, p. 5).

Par contre, malgré les multiples énoncés politiques et l'important consensus social en faveur du maintien à domicile des personnes âgées, les ressources financières sont restées nettement insuffisantes pour assurer le succès d'un objectif de politique publique. Tous les acteurs concernés s'entendent pour dénoncer le sous-financement des services de soutien à domicile au Québec (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004; Vaillancourt et Jetté 2004 ; MSSS, 2003; Conseil des aînés du Québec, 2000). Ce contexte d'insuffisance de ressources publiques à domicile a imposé le recours à la sous-traitance privée, en fonction des niveaux de solvabilité. Nos travaux de recherche ont mené au même constat de forte privatisation dans le secteur de l'hébergement (Charpentier 2002). Les personnes

âgées qui vivent dans des résidences privées avec services sont maintenant deux fois plus nombreuses que celles accueillies dans les établissements agréés CHSLD (MSSS, 2005). Alors que le Québec des années providentialistes (1960–1980) a affiché un des taux d'institutionnalisation des personnes âgées les plus élevés au monde, on peut dire que la situation a significativement et très rapidement changé. L'avènement de la politique dite de « maintien à domicile » a renforcé le principe du « placement », réservé aux personnes en grande perte d'autonomie². Ainsi, entre un domicile démuné de services suffisants et un placement en institution dont l'accès est très limité, les personnes âgées, surtout très âgées et seules, n'ont quasi d'autres choix que de recourir aux résidences privées. Considérer ces ressources marchandes comme un domicile n'a d'autre objet que de limiter leur financement public et de faire porter les coûts équivalents sur la famille-providence. Il s'agit alors moins de promouvoir le maintien à domicile que de retarder le recours aux institutions que sont les CHSLD, comme nous le constaterons aussi pour les politiques françaises.

Lorsqu'on examine l'évolution des politiques de santé et des services sociaux au Québec, comme en France, force est de constater un écart important entre les orientations retenues et la réalité. D'une part, les conditions pour que les personnes âgées en perte d'autonomie soient soutenues à domicile et reçoivent les services requis ne sont pas remplies alors que, d'autre part, les objectifs de diminution du taux d'institutionnalisation ont été réalisés. Rapports après rapports, l'importance des services à offrir aux personnes est réitérée (en termes d'accessibilité et d'intensité) mais les mesures appliquées continuent d'être centrées sur leur organisation, voire leur rationalisation. Finalement, c'est davantage sur les familles, les proches, la débrouille individuelle des aînés et, de plus en plus, le secteur marchand que repose l'application d'un objectif de politique publique de maintien à domicile dit « de solidarité ».

b) En France : du rapport LAROQUE au plan « vieillissement et solidarité »

En 1962, le rapport LAROQUE « condamne de la manière la plus formelle toute solution qui conduirait de quelque manière que ce soit à une ségrégation des personnes âgées » (Rapport LAROQUE, 1962, p. 262). Il y est question de « maintien dans "leur" milieu habituel », de « maintien dans "un" logement », ce qui n'exclut pas le déménagement de logement (bourses d'échanges de logements et Foyers Logements). Il n'y est pas question de « maintien à domicile », glissement sémantique qui apparaît durant le 6^{ème} plan, et encore moins de « maintien à domicile le plus longtemps possible » du 7^{ème} plan. Ces formulations émergent en même temps qu'une réponse hospitalière spécifique aux personnes lourdement handicapées ou très affaiblies : les Centres de Long et Moyen Séjours (CLMS)³. Cette tendance à la spécialisation d'établissements a été renforcée par le

développement d'un important programme de construction de foyers logements⁴, demeurés très peu médicalisés. Ils deviennent alors, sans le dire, une étape intermédiaire et additionnelle entre le « maintien à domicile » et les CLMS, à l'instar des résidences privées et ressources intermédiaires du Québec (D'Autume, 1988). Alors que l'ambition du *décret du 4 août 1980* pour les logements-foyers est de « permettre d'accueillir des personnes dépendantes », 58 % des sorties des foyers logements se font en direction d'un autre mode d'hébergement. Seuls 42 % résultent d'un décès. Avec les lois de décentralisation, les nombreuses structures de consultation des retraités, les années 80 sont propices au discours participationniste. Le maintien à domicile est justifié par le choix des personnes âgées : « une politique globale d'accompagnement de la dépendance peut seule garantir à toute personne la sauvegarde de son choix de vie ... cette politique donne la priorité au maintien à domicile, ainsi qu'à l'aide qui peut être apportée à l'entourage naturel » (Laroque, 1989, p. 2).

Après le rapport SCHOPFLIN (1991) qui réserve la maigre « Prestation Spécifique Dépendance » aux interventions à domicile, puis le rapport « Vieillir en France », l'Allocation pour l'Autonomie n'est plus ségrégationniste sur le critère du lieu de vie. Le plan « vieillissement et solidarité » sur la période 2004–2007 rappelle les objectifs du Projet Annuel de Performances, (PAP) : « Permettre aux personnes âgées de faire le choix du mode de vie qui leur convient implique d'accentuer l'effort en faveur de la vie à domicile qui est une aspiration partagée par la grande majorité de nos concitoyens ». Le plan « vieillissement et solidarité » poursuit dans ces termes la définition de l'objectif de prévention : « Les actions de prévention doivent permettre aux personnes âgées d'avancer en âge tout en conservant la plus grande liberté de choix possible quant à leur mode de vie, ce qui nécessite de promouvoir l'adaptation de l'habitat et son accessibilité afin de permettre la poursuite de la vie à domicile ».

Le « choix » de la population, ainsi présenté comme une évidence, induirait des orientations financières en faveur du maintien à domicile. En réalité il n'en est rien : trois des quatre objectifs opérationnels sont relatifs à « l'amélioration de la qualité de vie » (des établissements) ou à « l'humanisation des établissements ». Le quatrième concerne la maltraitance. Ainsi, l'objectif général érige le maintien à domicile en modèle normatif, alors que la formulation des « objectifs opérationnels et indicateurs de résultats » en omet la simple mention. La contradiction ne se trouve pas où on la pense, entre un discours et son application, mais entre une conception uniforme d'une vieillesse segmentée et la réalité d'un vieillissement pluriel et progressif. Les contradictions se trouvent au cœur du discours public. Ces politiques publiques consacrent le passage d'une norme de lieu de vie à une norme de parcours de vie suivant une conception ségrégationniste, entre domicile pour personnes valides et institutions pour personnes non valides, contraire à l'intention du rapport Laroque.

3. La normalisation d'un parcours de vie

Cette lecture historique des politiques publiques nous a permis de découvrir une concordance du discours de part et d'autre de l'Atlantique, au point que nous pourrions inter-changer plusieurs des textes de référence et ce, au fil des alternances et des gouvernements successifs socio-démocrates ou libéraux. Elle a mis en évidence une conception statique d'une population aux situations familiales et médicales pourtant mouvantes et pointé les contradictions d'un discours public opposant deux solutions spatiales faussement présentées comme alternatives : « le domicile » et « le placement ». Il n'est pas dans notre propos de se satisfaire ou de déplorer le choix de l'une ou l'autre des solutions, comme pourraient le faire des militants d'une cause, retraités ou professionnels. Au contraire, alors que les deux espaces sont présentés comme opposés, nous mettons en évidence une autre contradiction qui ne se situe pas là où on la pense. Elle ne se trouve ni entre « domicile » et « placement », ni entre l'ambition d'un objectif et les moyens alloués, même si la faiblesse de ces derniers constitue un élément majeur de notre analyse critique. Nous y décelons plutôt un ajustement du discours public à la réalité de l'économie générale du dispositif d'intervention (services et établissements), qui érige en norme et impose un « parcours-type » de fin de vie.

En réalité, le « maintien à domicile le plus longtemps possible » ne fait que précéder le « placement le plus tard possible ». C'est d'ailleurs au nom d'un « libre choix de l'immense majorité de nos concitoyens en faveur du maintien à domicile » qu'est justifié un « placement » le plus tard possible, déniait un « droit au domicile » au-delà du « plus longtemps possible », de même qu'un « droit au placement » le « plus tôt possible ». Les politiques publiques viennent déterminer et ériger en norme le moment du passage d'un lieu à l'autre, sans le remettre en cause. Or, si « libre choix » il doit y avoir, c'est celui d'un déménagement préventif et précoce ou, au contraire, curatif et tardif, voire même qui n'a jamais lieu. Tous ces scénarios sont aussi respectables et envisageables, d'autant que l'injonction normalisatrice du « plus longtemps possible » correspond de moins en moins à la réalité des aspirations (Viller et al., 1993) et des pratiques, notamment de femmes avisées, prévoyantes, lucides et prudentes, qui se savent potentiellement seules et aux moindres ressources en vieillissant (Charpentier et Soulières, 2007; Reguer et Gricourt, 1997).

En fait, le maintien à domicile semble recommandé par les politiques publiques et dispositifs d'intervention, tant que celui-ci est rendu acceptable et socialement possible, alors que l'hébergement collectif le devient lorsque la croissance des besoins de service fait de ce lieu de vie la solution moins onéreuse pour la solidarité nationale et plus acceptable à la lisibilité publique. Ainsi, ces objectifs de politiques publiques révèlent des enjeux financiers, notamment en raison de l'importance du

marché que peut constituer une population aux services de plus en plus privatisés (Charpentier 2002) et réduite à l'état de clientèle. Ils allouent aux services à domicile, les personnes qui disposent de ressources privées, notamment sociales et financières, et au « placement » de dernier recours, celles qui en sont dépourvues. Il y a organisation de ségrégation et de rupture sociales, sous apparence d'objectivité scientifique et médicale, car ce sont des critères de niveau d'autonomie fonctionnelle, mesurée par des grilles d'évaluation, qui déterminent l'accès ou non aux services à domicile et au placement. Outre ces enjeux, ce modèle de parcours conduisant du « domicile au placement » n'est pas sans effet pervers. Notre analyse met en évidence le caractère essentiellement social de la décision d'orientation, en guise de « libre choix » ou de situation médicale érigée en contraintes. A ce point de notre réflexion, nous voyons quatre conséquences à une norme restrictive de politique publique, outre qu'elle constitue une brèche dans le droit fondamental à la liberté de choisir son mode et son milieu de vie.

Premièrement, en la repoussant toujours à plus tard, la prise de décision s'exerce souvent à un moment de crise, où les capacités de pouvoir sont largement aliénées par l'urgence et la détérioration de la situation, les pressions pour ne pas « mobiliser » un lit hospitalier et l'obsession de ne pas être un fardeau pour les enfants. Le fait de repousser à plus tard la question du lieu de vie, organise la dépossession du pouvoir de décision des personnes âgées qui ne sont plus actrices de leur déménagement. Ainsi, retarder un déménagement au plus tard possible, a pour deuxième conséquence de le transformer en « placement », au moment où les capacités d'adaptation à une nouvelle vie sont diminuées. Tout déménagement, professionnel ou familial, y compris à l'occasion d'évènements heureux de mariage ou de naissances d'enfants, génère du stress et nécessite la mobilisation de ressources d'adaptation et d'invention de nouveaux modes de vie et d'habitudes. Or, nombreux travaux de recherche, dont ceux de Castle (2001) ont démontré les difficultés particulières vécues par les personnes âgées, surtout celles qui sont très âgées et fragilisées, lors d'un relogement. Une troisième conséquence de l'injonction à demeurer dans son domicile le plus longtemps possible, est de renforcer les visions anti-hébergement et anti-institution, et d'entretenir une stigmatisation culpabilisante et dévalorisante de l'institutionnalisation, des personnes et de leur famille. Cette stigmatisation affecte majoritairement des femmes du grand âge qui, confrontées à la solitude, au deuil du conjoint, à l'éloignement imposé aux enfants, à la disparition des collatéraux et voisins, ne peuvent ou ne veulent plus demeurer seules et souvent malades chez elles, dans leur domicile. À cet égard, la politique vient exacerber le sentiment d'être un fardeau social, en y ajoutant une pression supplémentaire, dans le sens de la normativité qui a cours dans nos sociétés obsédées par l'autonomie, l'indépendance, l'adaptation, etc. Enfin, le quatrième effet pervers de cette politique, est de rendre difficile pour les personnes lourdement

handicapées et qui sont admissibles à un « placement », d'élire domicile et de se sentir chez elles dans les établissements concernés, (CHSLD au Québec et USLD en France). La concentration de personnes appelant des services de soins médicaux et d'aide à la vie quotidienne impose un environnement médical (mobilier, heures de visites, tenue vestimentaire du personnel) souvent contradictoire avec l'idée même d'un « chez soi ». Là encore, le recours terminal à ce type d'établissements peut être la stratégie respectable de certaines personnes, mais est-ce vraiment l'expression unanime d'une population lorsqu'elle dit souhaiter « le maintien à domicile » ? Est-ce le rôle d'une politique publique d'ériger en norme cette trajectoire résidentielle spécifique ? D'ailleurs, dans cette construction d'un parcours de vie, en étapes spécifiques, se sont ajoutés en outre des établissements non médicalisés comme ressources, en réalité intermédiaires, entre le « domicile habituel » et le « placement ». Ils entraînent de nouveaux changements de domicile ou déplacements, parfois sources de désorientations temporo-spatiales.

Conclusion

Le fait de « limiter le maintien à domicile au plus longtemps possible » a conduit à promouvoir des filières spécifiques, donc ségrégatives, de consommation de services et de mode d'habitation pour les personnes qualifiées en perte d'autonomie lorsque le maintien à domicile est considéré comme devenu impossible. Il impose aux personnes de s'adapter au passage du « domicile » au « placement », faute de mieux, faute de possibilité, en négatif du lieu de vie antérieur, sur des critères sociaux objectivés en critères médicaux, au nom d'un « libre choix ». Il peut en être autrement. Dans une période de vie de plus en plus longue, où tous s'accordent pour constater un brouillage des catégories et une diversification des comportements, les politiques publiques doivent adapter le champ de leurs effets normalisateurs, en n'imposant pas un parcours unique avec tous les effets négatifs que nous avons identifiés précédemment.

Finalement, dans une perspective plus théorique, nos travaux sur les mutations en cours dans le secteur des milieux de vie et d'hébergement des personnes âgées (Reguer, 2001) ouvrent la voie à une redéfinition des concepts de domicile et d'hébergement, traditionnellement vus et perçus comme des univers distincts aux valeurs irréconciliables. Les représentations portées par les politiques publiques perpétuent une opposition entre d'un côté, le maintien à domicile, approche valorisée et associée aux concepts d'autonomie et de vieillissement réussi et, d'un autre côté, le recours à l'hébergement, approche dévalorisée et associée aux concepts de perte, de déclin et de dépendance. Ces conceptions cachent, en fait, d'importants enjeux sociaux, politiques, économiques, idéologiques et culturels, que nous avons tentés ici de mettre en évidence. Ils ne sont pas étrangers à des

caractéristiques sociétales concernant le rôle de l'État, notamment une « marketig-nisation » de la vicillesse, de plus en plus privatisée et réduite à l'état de clientèle senior dans son pouvoir de décision, et une pression constante de conformité à des normes d'indépendance, d'autonomie, d'adaptation et, bien entendu, de « maintien à domicile le plus longtemps possible ».

Après avoir énoncé les critères d'une orientation du domicile au placement, et les effets indésirables d'une norme de report au plus tard de celle-ci, nous ne pouvons nous soustraire à une formulation exploratoire de recommandations. Une telle démarche ambitionne en outre de contribuer à questionner le débat sur le sens et l'objet des politiques publiques. Nos recommandations ne s'apparentent en rien à un procès à charge des institutions ou du maintien à domicile. Nous voulons au contraire dépasser cette alternative inopérante puisque le « placement » apparaît comme la suite d'un maintien à domicile conçu comme limité au plus longtemps possible. Nous mettons en débat la nécessité de redéfinir des objectifs de politiques publiques qui auraient le mérite de s'appliquer à l'ensemble des lieux de vie. Si une politique publique se refuse à ériger en norme un lieu de vie ou un autre, ou le moment du passage de l'un à l'autre, il nous semble qu'un objectif de soutien à la vie sociale peut être partagé, tout en étant respectueux des diverses modalités de mise en œuvre. Une telle formulation présente l'intérêt, de ce fait, d'interroger l'évidence d'une seule vie sociale dans le domicile habituel. Ce que nous suggérons n'est pas l'ajout de nouvelles structures dites intermédiaires, lesquelles impliqueraient d'autres déracinements, mais bien des structures adaptables aux besoins évolutifs des personnes vieillissantes, à leurs potentialités et leurs fragilisations. Entre l'adaptation des personnes aux établissements, et l'adaptation des établissements à des personnes aux caractéristiques mouvantes, un choix s'impose. La logique serait de s'adapter à l'évolution des personnes et à leur préférence résidentielle. Le libre choix du lieu de vie (domicile ou hébergement) et du moment de passage d'un espace à l'autre que nous prônons s'oppose à une politique prétendument libérale qui, en fin de compte, s'avère contraignante et inéquitable, puisqu'elle impose des solutions en fonction des ressources financières et sociales dont disposent les personnes âgées et leurs proches.

Notes

- 1 Parmi les documents déterminants, mentionnons la Commission Rochon (1988), la Réforme Côté (MSSS, 1990), le Cadre de référence sur les services à domicile (MSSS, 1994), les Orientations ministérielles sur les services aux personnes en perte d'autonomie (MSSS, 2001), la « nouvelle » Politique de soutien à domicile (MSSS, 2003) et le tout récent Plan d'action 2005-2010.
- 2 Selon la logique en vigueur, le recours au « placement » est considéré comme requis à partir d'une norme, d'une cote de lourdeur. Alors qu'en 1985, les personnes âgées

hébergées en centre d'accueil requéraient en moyenne 1,85 heure de soins et d'assistance par jour, elles doivent actuellement nécessiter près de 3,5 heures soin par jour pour y être admises. (Charpentier, 2002 : 18)

3. Ces services relèvent de la Loi du 31 décembre 1970 relative aux établissements hospitaliers.
4. Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui les définit ainsi : « Groupe de logements assortis de services collectifs dont l'usage est facultatif ».

Références

- Association des CLSC et des CHSLD du Québec (2004). *Groupe de travail ministériel sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie*. Communiqué à la Direction générale des CLSC, des CHSLD et des Centres de santé.
- Bernan, C. (1978). *Les vieux vont mourir à Nanterre*, Paris, FR: Ed. Sagittaire.
- Charpentier, M. et Soulières, M. (2007). *Vieillir en milieu d'hébergement. Le regard des résidents*. Collection Santé et Société, Maisonneuve, D. (dir), Ste-Foy, PQ: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M. (2002). Priver ou privatiser la vieillesse. Entre le domicile à tout prix et le placement à aucun prix. H. Dorvil et R. Mayer (dir), *Collection Problèmes sociaux et interventions sociales*. Ste-Foy, PQ: Presses de l'Université du Québec.
- Commission SCHOPFLIN (1991). Commissariat général du plan, *Dépendance et solidarités, mieux aider les personnes âgées*, Rapport de la commission présidée par P. Schopflin, La documentation française.
- Commission Rochon (1987). Commission d'enquête sur les services de santé et services sociaux, *Rapport*. Les publications du Québec.
- Conseil des aînés du Québec (2000). *Avis sur l'hébergement en milieux de vie substitut pour les aînés en perte d'autonomie*. Québec.
- D'Autume, A. (1988). Les logements foyers pour personnes âgées sont-ils un mode d'hébergement dépassé ? *Solidarité Santé, Etudes statistiques*, n°3, mai-juin.
- Ennuyer B. (1986). Prix de revient et coûts respectifs du maintien à domicile et de l'hébergement : enjeux financiers, économiques, politiques et ... philosophiques. *Gérontologie et société*, n°39.
- Girard, C., Létourneau, E. et Thibault, N. (2004). La composition par âge de la population du Québec d'ici 2051. Institut de la statistique du Québec. *Données sociodémographiques en bref*, Vol. 8 no 2, pp. 3-5.
- Goffman, E. (1968). *Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres exclus*. Paris, FR : Les Éditions de Minuit.
- Guberman, N. (2002). L'analyse différenciée selon les sexes et les politiques québécoises pour les personnes âgées en perte d'autonomie. *Lien social et Politiques-RIAC*, 47, *Le genre des politiques publiques*, printemps, pp. 155-169.
- Guillemard, A. M. (1980). *La vieillesse et l'Etat*, PUF.
- Guillemard, A. M. (2003). *L'âge de l'emploi*, Armand Colin.

- Laroque, G. (1989). *L'hébergement des personnes âgées et dépendantes*, Rapport du groupe de travail de l'IGAS, tome 1, juillet, p. 2
- Legrand, M. (2001). *La retraite, une révolution silencieuse*, ERES.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). *Chez soi, le premier choix : la politique de soutien à domicile*. Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Les services aux aînés en perte d'autonomie. Un défi de solidarité*. Plan d'action 2005–2010. Gouvernement du Québec.
- Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale (1982). Secrétariat d'État chargé des personnes âgées, circulaire du 7 avril 1982.
- Rapport LAROQUE (1962). Haut Comité Consultatif de la population et de la famille : *Politique de la vieillesse*, La documentation française.
- Reguer, D. et Gricourt, C. (1997). Influence des éléments de perte d'autonomie dans la décision de placement, *La Revue de Gériatrie*, 22 (5).
- Reguer, D. (2001). Recomposition d'une vie sociale. M. Legrand (sous la direction de) *La retraite : une révolution silencieuse*. Édition ERES.
- Vaillancourt, Y. et Jetté, C. (2003). La politique de soutien à domicile au Québec. Un perpétuel recommencement. Y. Vaillancourt, Y. F. Aubry, et C. Jetté (sous la direction de), *L'économie sociale dans les services à domicile*. Ste-Foy : PUQ.
- Viller, H., Thomas, H., Reguer, D., Guillemard, A.-M. et Paris, C. (1993). *Étude santé, autonomie, modes de vie, logement*. Panorama des travaux des Observatoires Régionaux de la Santé, ORS Haute-Normandie, Fédération CRI, CCAS de Sotteville-lès-Rouen.