



Tutorat 2024-2025



FORMATION EN SOINS
INFIRMIERS
PREFMS CHU DE TOULOUSE
Rédaction 2023-2024

Semestre 3

UEC 10 Gérontologie

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé et de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne subsiste pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Sociologie du vieillissement

I. Introduction

Dans le monde on remarque une augmentation générale de la longévité. Cette augmentation est plus marquée dans les sociétés occidentales : le vieillissement de nos sociétés est un **fait social** (car il répond au 4 critères d'un fait social) :

- **Critère d'historicité** : c'est un processus qui s'est construit dans le temps, surtout à partir de la seconde moitié du 20^{ème} siècle. *En France, au 1^{er} janvier 2016, 21 000 centenaires vivent en France, soit 20 fois plus qu'en 1970. En France en 2022, on compte 30 000 centenaires, et 5 centenaires sur 6 sont des femmes et près de la moitié des centenaires vivent à domicile (INSEE).*
- **Critère de généralité** : tous les groupes sociaux n'ont pas la même espérance de vie, même s'il y a un allongement de l'espérance de vie pour tous. Il existe différents portraits sociaux du « vieillir ».
- **Critère de coercition** : accompagne un changement de normes dans la conception sociétale de la vieillesse à travers des dispositifs sociétaux (politiques publiques et institutions) et le développement des normes du « bien vieillir ».
- **Critère d'extériorité** : plusieurs entrées possibles en sociologie pour analyser ce fait social

1. 3 entrées d'analyses sociologiques du vieillissement

Par la **construction sociétale du vieillissement** : comment une société pense et met en forme le fait social « vieillir » à travers ses dispositifs sociétaux (politiques publiques, institutions et idéaux-types du vieillir dans notre société) – **échelle macrosociale**

Par la **description statistique du groupe d'âge** (quelles tranches d'âge sont à définir dans la population dite d'âgée et qui sont les personnes dites âgées – genre ; niveau de diplôme ...). Analyse de différents portraits sociaux du vieillir ayant une homogénéité statistique (groupe sociaux) – **échelle méso-sociale**

Par l'**analyse plus qualitative du vécu** de l'expérience sociale du vieillissement – **échelle microsociale**. Recueil de données par entretien, et/ou observation → cette troisième entrée est celle qui relève davantage d'une sociologie de la vieillesse c'est-à-dire étudie la vieillesse comme un vécu.

II. La construction sociétale et institutionnelle du vieillissement

En France, les personnes de plus de 75 ans vivent pour une majorité chez elles, ou chez un proche. Le **recours aux solidarités** tant familiales que professionnelles pour s'assurer de rester chez soi se pose de plus en plus tard.

L'**entrée en EHPAD** (Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes / médico-social) est de **plus en plus tardive** et en partie liée à l'aggravation des problèmes de santé mais aussi à la possibilité des prises en charge à domicile (jusqu'où le maintien à domicile est-il envisageable ?) Les EHPAD (médico-social) sont considérés comme un **domicile**. Par exemple une HAD est possible en EHPAD.

Création d'une offre (aidants professionnels hébergeant à leur domicile, expérience communautaires intergénérationnelles, résidences autonomie/résidence services, des modèles qui se veulent alternatifs avec une offre privée abondante).

Depuis la fin des années 70, on se concentre sur une nouvelle catégorie de définition du dernier âge de la vie : la **catégorie de la dépendance**.

Début des **années 2000**, les politiques publiques relayées par les médias ne parlent plus de dépendance mais de « perte d'autonomie » → on passe des politiques de la dépendance aux **politiques de l'autonomie**

- 2002 : **mise en œuvre de l'APA** (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie)
- Pour les politiques publiques et institutionnelles, le bien vieillir est le fait de garder le plus longtemps possible son **autonomie** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie)

Début des années 2000, on assiste au développement de la **notion d'aidants familiaux** ou **d'aidants naturels** apparaissant dans le langage des politiques publiques en France.

2016 : Loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV) avec **plus de financements** pour aider les aidants familiaux, le droit au répit et **revalorisation** de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

Dans l'institution médicale, on constate :

- La **naissance de la gériatrie** qui traite les maladies spécifiques des personnes âgées dans la seconde moitié du 20^{ me} siècle
- La **naissance de la gérontologie** ( tude des modalités et des causes des modifications que l'âge imprime au fonctionnement des humains, sur tous les plans biologique, psychologique, social, économique et à tous les niveaux de complexité...)
- Un **champ sanitaire, médico-social** et **social**   part entière. Beaucoup d'acteurs pour le maintien à domicile depuis les années 2000 (SSIAD, SPASAD (service polyvalent aide et de soins à domicile), ARS, CD, CCAS...)

Il y a 6 branches de la Sécurité Sociale :

- La branche **retraite** (Assurance Retraite)
- La branche **maladie** (Assurance Maladie)
- La branche **accidents du travail/maladie professionnelles** (Assurance Maladie)
- La branche **famille** (Allocations familiales)
- La branche **autonomie** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie). Branche crée en 2021 qui fait suite à la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale de l'autonomie) pour gérer les dépenses liées à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapée (autrefois trop morcelée en différentes institutions)
- La branche **recouvrement** (URSSAF)

La création de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) en 2002 a donné lieu à la construction d'outils (**grille AGGIR** pour évaluer le degré de dépendance des personnes âgées et déterminer le montant de l'APA). En gériatrie, on utilise aussi **l'évaluation gériatrique standardisée** (EGS) : une démarche multidimensionnelle qui participe à la prévention de la dépendance.

1. Les différents modèles de la protection sociale

Le **modèle bismarckien** est assurantiel (fondé en Allemagne, fin 19^{ me}) : protection fondée sur le **travail**, gestion décentralisée et confiée à différentes caisses. Cotisations sociales proportionnelles aux salaires. Ces cotisations constituent une assurance pour acquérir des droits (au chômage, à la retraite, à la santé).

Le **modèle beveridgien** est assistanciel (fondé en Angleterre fin de la 2GM en 1946) : protection fondée sur **l'universalité** => protection de toute la population (non liée à l'emploi) et de tous les

risques. Et fondée sur **l'uniformité** => droits équivalents, de même montant pour tous ; une seule assurance nationale gérée par l'État. Son financement vient de l'impôt en fiscalité directe.

Entre les deux pôles bismarckien et beveridgien, les pays d'Europe de l'Ouest se situent dans un modèle plus ou moins mixte. Aucun pays européen ne correspond strictement à l'un ou l'autre de ces modèles.

La France occupe une **position mixte** avec : une protection qui reste basée sur les cotisations salariales (bismarckien) mais intervention importante de l'Etat (beveridgien). Financement par les cotisations sociales + l'impôt (CSG) + des contributions directes de l'Etat (depuis les années 2000 : développement du modèle libéral des assurances privées).

Le **modèle libéral** correspond à une part importante de la protection sociale liée aux assurances privées.

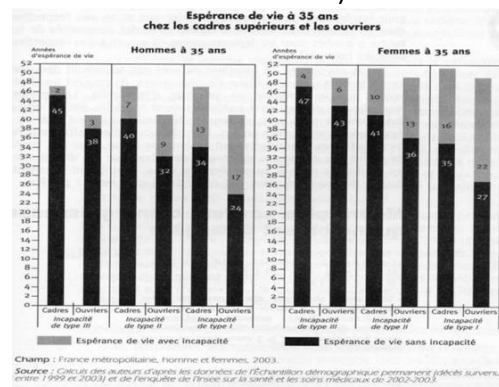
III. La description statistique des groupes d'âge : vieillissement et ISS

La santé en fin de parcours de vie a une **dimension hétérogène et inégalitaire** : la vieillesse étant le résultat d'une histoire de vie, elle ne recouvre donc pas des situations homogènes.

Les avantages et les désavantages sociaux acquis au cours de la vie continuent de se manifester lors du vieillissement qui est aussi un **indicateur des inégalités sociales** de santé (modèle Lifecourse Epidemiology).

Ce graphique met en avant la différence entre l'espérance de vie sans incapacité entre un ouvrier et un cadre.

On remarque que **l'espérance de vie sans incapacité** est plus importante pour un cadre que pour un ouvrier (que ça soit chez les hommes ou chez les femmes).



IV. Vécu du vieillissement comme expérience sociale

Les « **années fragiles** » (Lalive d'épinay, Bickel 2008) comme phase ultime du cycle de vie sont celles où la santé peut être définie comme un **état incertain** entre le normal et le pathologique.

L'expérience de la fatigue plus que celle de la maladie caractérise le sentiment de vieillir.

Viellir s'accompagne de **transitions** dans les modes de vies, les relations, les capacités physiques et psychiques.

Concept de déprise : l'individu avançant en âge est un acteur pris dans un travail de négociation dont l'enjeu est le maintien de ses identités en dépit des éventuelles implications biologiques (telle qu'une dégénérescence physiologique) et sociale (par exemple un veuvage du passage du temps).

Le concept de déprise pointe tout le **travail de transition identitaire** et de substitution d'activité ou de relation qui peuvent intervenir après des expériences de ruptures (retraite, veuvage et deuil, expérience de rapprochement familiaux subis, placement en institution...) d'incapacité (accidents, chute) ou sans ruptures : simplement des **changements** avec le sentiment de ne plus pouvoir accomplir **ce qu'on faisait avant** (exemple : rendre son permis de conduire).

La déprise est un **processus « normal »** des formes courantes du processus de vieillissement. Normal ne signifie pas pour autant homogène !

Enjeu d'une déprise maîtrisée : pouvoir **aménager des identités antérieures** lors de moments de transitions biographiques.

Exemple :

- La **retraite** : n'est plus synonyme de retraite, elle paraît **plus attractive** aujourd'hui car la durée de vie s'est allongée et les idéaux types d'auto-réalisation et d'épanouissement se poursuivent, la retraite devient une **nouvelle étape de la vie** avec de nouvelles activités et de nouvelles ressources identitaires fondées sur les identités antérieures.
- Le **veuvage** : statistiquement concerne plus les femmes que les hommes. Le veuvage est de plus en plus tardif : les possibilités d'investissement dans de nouvelles activités sont moins nombreuses que pour le moment de la retraite

Il existe une « **déprise inquiète** » quand la déprise n'est plus maîtrisée ou maitrisable (Clément, Drulhe, Montovani, 1999) : ce sont les personnes qui **subissent** plus qu'elles ne peuvent anticiper (sentiments angoissants de la mort, sentiment d'insécurité et d'inutilité, attitude de démission et formes de dépression).

Dans l'expérience de vieillissement, **l'entourage proche** joue un **rôle important** => **aidant naturel ou familial** : personne venant en aide à une personne dépendante et/ou handicapée faisant partie de leur entourage proche ou choisie par la personne.

L'intervention des professionnels à domicile s'accompagne de **l'imposition de normes professionnelles** auprès des aidants familiaux.

Les tensions entre normes profanes et normes professionnelles :

- Les **divergences d'évaluation** des états de santé
- Des **effets de négociation** des modalités d'application des normes professionnelles
- Un **besoin aigu de prise d'information** sur l'état de santé du parent et une distanciation quant à l'application des normes professionnelles
- Des **coopérations** mais aussi des **conflits** ou des concurrences (et tantôt l'un ou l'autre) sur les registres des normes