

Appel à projets de recherche 2009 DREES-MiRe – CNSA

*« Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction,
prise de parole des usagers »*

Rapport final

**La prise en compte de la parole des personnes âgées vivant à domicile :
Quels enjeux pour les pouvoirs publics et les professionnels ?
*L'exemple du département de la Drôme***

Dominique Argoud (MCF, responsable de la recherche)
Claire Verga-Gérard (Chargée d'étude)

Avec la collaboration de Jacqueline Trincas (PR) et Bernadette Puijalon (MCF)

**Equipe REV (Reconnaissance Expérience Valorisation)
Laboratoire CIRCEFT, EA 43 84**

Août 2011

Remerciements

Toute recherche sociologique, particulièrement quand elle est de nature qualitative, nécessite d'avoir des interlocuteurs qui nous ouvrent leur porte pour que l'on puisse tenter d'appréhender les différentes logiques d'action et, en les assemblant, proposer une vision d'ensemble qui pourra peut-être fournir une grille d'interprétation utile pour l'action des uns et des autres.

Qu'ils en soient remerciés.

Par ailleurs, il est également indispensable d'avoir des interlocuteurs qui nous aident à ouvrir ces mêmes portes. Pour cela, nous voudrions remercier plus spécifiquement :

Pierre PIENIEK, conseiller général délégué aux personnes âgées et à la santé

Bernard HAEGEL, directeur « personnes âgées – personnes handicapées », conseil général 26

Martine CHAZELLE, coordinatrice CLIC du Diois et du pays de Saillans, conseil général 26

Evelyne BONNARDEL, présidente, EOVI Services et Soins

Michel BELLE, président, CODERPA 26

Sommaire

<u>Introduction</u> : Définition de l'objet d'étude.....	6
 <u>Première partie – Quelle place pour la représentation et la participation des personnes âgées en France ?</u>	9
1- Esquisse d'une problématique	10
1.1- Deux enjeux liés à la prise en compte de la parole.....	10
1.1.1- La difficile articulation entre les niveaux individuel et collectif.....	11
1.1.2- L'existence de deux modes de production de la parole.....	12
1.2. La prise en compte de la parole des personnes âgées aujourd'hui.....	13
1.3. Hypothèses et méthodologie.....	17
2- La représentation collective des personnes âgées	19
2.1- Une logique participative.....	19
2.2- Une logique représentative.....	24
2.2.1- Le comité national des retraités et personnes âgées.....	24
2.2.2- Les agences régionales de la santé et la démocratie sanitaire et médico-sociale.....	26
3- L'émergence de la figure de l'usager	30
3.1- L'usager dans l'action sociale et médico-sociale.....	30
3.2- La mobilisation de l'usager au nom de la qualité.....	31
3.2.1- L'évaluation de la qualité des prestations.....	34
3.2.2- Des démarches qualité au service du client.....	36
 <u>Deuxième partie – Enquête monographique dans le département de la Drôme : analyse des configurations territoriales et du jeu des acteurs gérontologiques</u>	40
1- Le département de la Drôme et ses acteurs	41
1.1- Les caractéristiques du département.....	42

1.2- Un acteur politique et administratif : le conseil général.....	43
1.2-1. La direction « personnes âgées – personnes handicapées ».....	43
1.2-2. Les Centres Locaux d'Information et de Coordination.....	45
1.2-3. Le service Allô Drôme Séniors.....	46
1.3- L'instance de représentation départementale des retraités : le CODERPA.....	46
1.4- Les associations d'aide à domicile.....	47
1.4-1. EOVI Services et Soins.....	47
1.4-2. L'ADMR de la Drôme.....	50
2- Une enquête monographique sur trois territoires infra-départementaux.....	54
2.1- Le territoire du Tricastin.....	55
2.1.1- Un territoire composé de trois cantons de taille moyenne.....	55
2.1.2- Une population âgée au profil hétérogène.....	57
2.1.3- Une action sociale vieillesse d'origine communale.....	59
2.1.4- Un CLIC confronté à une absence d'intercommunalité.....	60
2.2- Le territoire du Diois et du Pays de Saillans.....	64
2.2.1- Un territoire composé de deux communautés de communes de taille inégale.....	64
2.2.2- Une population rurale et néo-rurale.....	67
2.2.3- Un forte vitalité associative conjuguée à des situations d'isolement.	69
2.2.4- Un CLIC promoteur de développement local.....	70
2.3- Le territoire Romans-Royans-Vercors.....	74
2.3.1- Un vaste territoire composé de cinq communautés de communes..	74
2.3.2- La spécificité gérontologique de Romans.....	75
2.3.3- Le CLIC : un travail de maillage des réseaux locaux.....	78
 <u>Troisième partie – Les enjeux liés à l'expression des usagers : entre représentation collective et participation individuelle</u>	 82
1- Un secteur de l'aide à domicile en pleine mutation.....	83
1.1- L'ambivalence de l'utilisateur-client.....	84
1.1-1. Une logique sociale visant l'utilisateur.....	84
1.1-2. Une logique économique visant le client.....	87
1.1-3. Démarche qualité et certification : l'omniprésence du client.....	90
1.2- Une gestion individualisée de la demande.....	93
1.2-1. Une personnalisation accrue de l'aide.....	93

1.2-2. Le développement d'outils de mesure de la qualité.....	95
1.2-3. La fabrique d'un consommateur exigeant.....	97
1.3-L'impact du statut juridique de l'intervention sur la place de l'usager.....	99
1.3-1. L'intervention à domicile en mode prestataire.....	99
1.3-2. L'intervention à domicile en mode mandataire.....	100
1.3-3. L'intervention à domicile en gré à gré.....	101
2- La difficile prise en compte de l'usager.....	102
2.1- Une logique représentative au détriment d'une logique participative.....	102
2.2- Les enjeux de la parole en interaction.....	107
2.2.1- L'interaction : un rapport de force inégal.....	107
2.2.2- Un usager plus loyal que contestataire.....	110
2.2.3- Un usager peut en cacher un autre.....	113
3- L'invention de nouveaux registres d'expression et d'écoute.....	116
3.1- Une prise en compte indirecte de la parole des personnes âgées.....	116
3.2- Des territoires face au défi du vieillissement.....	120
3.2.1- Du groupe de pression à l' <i>empowerment</i>	120
3.2.2- Une parole réflexive au profit d'une approche endogène du vieillissement.....	121
3.2.3- Une politique de territoire intersectorielle.....	124
<u>Conclusion</u>	127
Bibliographie.....	133

Introduction : définition de l'objet d'étude

Notre réponse à l'appel à projets de recherche s'inscrit dans le prolongement d'une recherche menée il y a quelques années sur « la parole des vieux » (Argoud, Puijalon, 1999), qui avait permis d'identifier les enjeux et notamment les obstacles à cette prise en compte de la parole.

Plus précisément, il s'agissait dans cette recherche exploratoire de mieux appréhender les conditions de production de la parole des personnes âgées. La « parole » était prise au sens large du terme puisqu'elle incluait non seulement ses dimensions orales et écrites, mais aussi toutes les formes d'expression même non verbales. Un tel postulat avait permis de recourir à un matériau très varié allant de textes d'auteurs âgés évoquant leur propre vieillissement à des recueils de paroles dans des établissements pour personnes âgées et dans d'autres lieux institutionnels, en passant par des revues d'informations et de défense des intérêts des retraités.

Ce travail exploratoire avait été réalisé avant que la figure de l'usager ne soit placée par le législateur au cœur de l'action sociale et médico-sociale (en particulier, par la loi du 2 janvier 2002). De même, le secteur lucratif était encore peu présent dans le champ gériatrique et la figure du client relativement absente de la réflexion.

Par conséquent, toutes ces récentes mutations nous amènent à faire l'hypothèse que les conditions de production de la parole des vieux sont en train d'évoluer. Selon les termes même du Code de l'Action Sociale et des Familles, « *la participation directe (...) à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne* » est devenue un impératif dans le secteur social et médico-social.

C'est pourquoi il nous a semblé opportun de reprendre la réflexion engagée à la fin des années quatre-vingt-dix au regard des divers changements qui ont eu lieu ces dernières années : en quoi la question de « la prise de parole » des usagers se pose différemment aujourd'hui ? Dans cette perspective, et pour dépasser le stade de la recherche exploratoire, nous avons proposé de restreindre l'objet de recherche aux personnes âgées vivant à domicile et résidant sur un territoire prédéfini à l'avance. Il s'agissait ainsi d'exclure, d'une part, une parole trop générale sur le vieillissement, et d'autre part, la parole des personnes âgées vivant en établissement qui est sans

doute la plus facile à appréhender compte tenu du cadre institutionnel, et qui par ailleurs ne correspondait pas à l'appel à projets de recherche. Pour cela, nous avons choisi d'ancrer la recherche sur un département – en l'occurrence celui de la Drôme – de façon à pouvoir entamer un travail de type monographique.

L'autre limite que nous avons assignée à l'objet de recherche est directement dépendante du choix de notre problématique. Ainsi, notre objet est moins lié à la parole de l'usager en elle-même qu'à la manière dont cette parole est construite et prise en compte à un niveau collectif par les divers acteurs que sont les collectivités territoriales, les centres communaux d'action sociale, les prestataires de services à domicile, les centres locaux d'information et de coordination, le comité départemental des retraités et personnes âgées... C'est pourquoi nous avons exclu du périmètre de notre investigation les acteurs individuels, c'est-à-dire essentiellement les personnes âgées bénéficiaires d'allocations ou de prestations à domicile.

Il aurait été possible, en parallèle, de prendre en compte la demande individuelle des personnes âgées pour mieux appréhender leur sentiment d'être « entendues » par les prestataires ou les pouvoirs publics. Mais l'analyse des interactions au sein de « la boîte noire » réunissant, autour de situations individuelles, personnes âgées, professionnels, et éventuellement aidants, nous paraît constituer un sujet de recherche à part entière, qui aurait nécessité des moyens d'investigation plus lourds que ceux correspondant à notre proposition de recherche. Ce choix nous a permis de restreindre notre objet, mais aussi de le différencier d'autres recherches menées dans le cadre du même appel à projets Drees-Mire.

Par conséquent, ce qui nous intéresse est moins « la parole en interaction », telle qu'elle se joue entre les personnes âgées, les professionnels et la famille notamment lors de l'élaboration des plans d'aide, que les lieux d'expression collective et les stratégies mises en œuvre par les organisations pour faciliter – ou non – cette expression, voire pour l'intégrer. En ce sens, notre recherche se veut complémentaire de celles dirigées, respectivement, par Jean Mantovani et par Catherine Gucher qui, elles, se focalisent plutôt sur les interactions et les formes de négociation se déroulant dans le cadre de la définition des plans d'aide personnalisés et s'appuient sur des monographies de situations-types. En effet, nous nous situons beaucoup plus dans une perspective de sociologie des organisations afin d'appréhender comment ces dernières se positionnent dans un contexte où la prise en compte de la parole des usagers tend à devenir une préoccupation importante dans le discours public et professionnel. C'est pourquoi le principal objectif assigné à notre recherche est de parvenir à mieux comprendre comment les différents acteurs situés du côté de l'offre (de prestations

ou de politiques publiques) prennent en compte la parole des personnes âgées vivant à domicile. Il n'est pas de confronter ce point de vue avec celui des personnes âgées et de leur famille dans une perspective qui viserait alors à identifier quelle serait « la réalité » de la prise en compte de la parole.

Nous reprendrons régulièrement l'expression « prendre en compte la parole ». Cette expression ne doit pas être prise au sens strict du terme et nous entrainer vers une sociologie « clinique » s'intéressant à la souffrance et au mal-être. Elle fait référence à l'étude déjà mentionnée et vise en fait à prendre en compte la manière dont les diverses composantes de la société font une place à « l'intérêt » des personnes âgées (au sens défendu par la sociologie des groupes d'intérêt).

PREMIÈRE PARTIE

**Quelle place pour la représentation et
la participation des personnes âgées
en France ?**

Le thème de la prise en compte de la parole suscite un intérêt incontestable qui dépasse très largement les limites de la gérontologie. Aujourd'hui, il est demandé aux parents de prendre en compte la parole de l'enfant, aux professeurs de prendre en compte la parole des élèves, aux éducateurs de prendre en compte la parole des jeunes en difficulté, aux services publics de prendre en compte la parole des usagers... Elle correspond à une remise en cause des pratiques professionnelles et institutionnelles basées sur une « prise en charge » traduisant une profonde inégalité dans la relation entre l'aidant et l'aidé.

C'est pourquoi il existe aujourd'hui une littérature abondante sur le thème de la prise en compte de la parole de l'utilisateur, notamment dans le secteur social et médico-social (Humbert, 2000 ; Barbe, 2006 ; Bouquet, Draperi, Jaeger, 2009 ; etc.). Cette littérature est très liée aux évolutions législatives et réglementaires – en particulier celles induites par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – qui ont contraint les professionnels à revisiter leurs pratiques pour être en conformité avec les nouvelles injonctions des pouvoirs publics. Malgré les ambiguïtés liées à la figure de l'utilisateur (Chauvière, 2000), il est indéniable que la participation des plus âgés – comme des autres cibles de l'action sanitaire et sociale – est de plus en plus invoquée au nom de la reconnaissance de la place des usagers dans un système qui, historiquement, s'était construit selon une logique verticale de prise en charge.

Dans cette première partie, nous définirons notre objet d'étude et notre problématique, tout en montrant en quoi la question de la prise en compte de la parole des personnes âgées constitue un enjeu de premier plan dans un contexte plutôt propice à l'expression des usagers.

1- Esquisse d'une problématique

1.1- Deux enjeux liés à la prise en compte de la parole

Pour cette recherche, nous avons voulu prendre appui sur une étude pionnière, spécifiquement consacrée au public des personnes âgées, que nous avons conduite en 1998 sur un plan plus théorique, bien que non dénuée d'objectifs opérationnels (Argoud, Puijalon, 1999). En l'occurrence, nous avons identifié deux enjeux principaux : la difficile articulation des niveaux individuel et collectif et l'existence de différents modes de production de la parole.

1.1.1- La difficile articulation entre les niveaux individuel et collectif

Prendre en compte la parole des personnes âgées pose la question de l'articulation entre les niveaux individuel et collectif : comment la parole individuelle peut-elle se traduire en une action collective ? Autrement dit, la parole des personnes âgées n'étant majoritairement pas organisée sous forme collective, les différents acteurs sont confrontés à une parole essentiellement individuelle. Dans ces conditions, comment est-il possible, pour une instance collective (collectivité, établissement, service...), de prendre en compte cette parole individuelle dans la mesure où elle présente différentes caractéristiques qui la rendent difficilement « exploitable » : elle peut être inhibée, contradictoire, illogique, inutile... et surtout elle est irréductible à chaque situation individuelle. A défaut d'une construction collective du groupe des personnes âgées, les positions des uns et des autres peuvent être antagoniques, ne permettant pas toujours une agrégation des cas individuels. Or les instances, même si elles tendent à individualiser leurs pratiques ou leurs politiques, situent leur action d'abord sur un registre collectif.

Cette difficulté d'articuler une expression individuelle et un mode d'action collectif – ou une demande et une offre – contribue à ce que la gérontologie se soit construite sur un savoir essentiellement exogène. Ainsi, jusqu'à ces dernières années, les divers travaux gérontologiques accordaient rarement une place à la parole des vieux (Gérontologie et Société, 2005). Il suffit pour s'en convaincre de se rendre dans un centre de documentation et de constater que la plupart des ouvrages ou revues consacrés à la vieillesse sont rédigés par des experts. Ceux-ci appliquent sur leur objet d'étude une grille de lecture en usage dans leur discipline (psychologie, économie, sociologie, médecine...). Cela ne signifie pas que la parole ne constitue pas un support pour ces études. Mais il s'agit moins d'une parole « brute », telle qu'elle est exprimée par la personne âgée, que d'une parole canalisée et codifiée à travers des entretiens, des questionnaires ou des grilles. A l'extrême, le succès actuel des grilles de dépendance ou d'autonomie témoigne de « l'inutilité » de prendre en compte la parole puisque ce qui importe n'est pas ce que la personne dit pouvoir faire, mais ce qu'elle fait réellement et qui peut être observé en extériorité.

Sur la base de cette observation, nous avons pu constater que cette difficile articulation entre les niveaux individuel et collectif de la prise en compte de la parole des personnes âgées avait abouti à la construction d'un savoir exogène sur le vieillissement, c'est-à-dire d'un discours dépossédant les plus âgés de leur propre vécu. Dans ce cas de figure, c'est l'acteur collectif (la collectivité publique, l'établissement, le service...) qui procède à l'agrégation de situations individuelles, à partir d'outils

dont il a la maîtrise, pour définir le cadre de l'action. Cela ne signifie pas que l'acteur collectif ne soit pas en mesure d'individualiser une action ou une prestation, mais il le fera à partir d'outils construits dans une logique de rationalisation collective. Un tel constat a été également formulé, sous un autre angle, par les chercheurs qui ont tenté de mesurer l'impact des nouveaux outils de gestion ou de management dans le social (Le Goff, 2000 ; Chauvière, 2007 ; de Gaulejac, 2009). Le recours croissant à des outils de gestion confère un pouvoir non négligeable aux experts et aux décideurs, qui sont incités à pourchasser les situations individuelles s'éloignant de la norme collective.

1.1.2- L'existence de différents modes de production de la parole

Lors de notre travail exploratoire sur « la parole de vieux », nous avons cherché à mieux appréhender en quoi les conditions de production de la parole n'étaient pas neutres quant au constat formulé précédemment. En l'occurrence, nous avons identifié trois postures ou trois modes de production de la parole qui, chacun, sont plus ou moins propices au développement d'un savoir endogène ou exogène sur la vieillesse.

- **La parole réflexive** : il s'agit d'une parole tournée vers soi dans une perspective compréhensive. Il existe différents registres pour cette parole réflexive : le témoignage, le récit de vie, la relecture de vie... Les événements comme la perte du conjoint, l'anniversaire, le handicap... sont l'occasion d'exprimer une telle parole. Cette parole peut également avoir été suscitée par un interlocuteur extérieur, mais sans que ce dernier ait une visée fonctionnelle. Dans le cadre de notre étude, nous avons notamment pris appui sur les textes littéraires écrits par des écrivains âgés souhaitant faire part de leur expérience du vieillissement. On a donc affaire ici à une parole intime et singulière qui permet de dessiner un savoir en intériorité sur la vieillesse. Cette parole réflexive correspond ainsi à un mode peu pris en compte par les divers acteurs collectifs. Elle est en effet plus compliquée à intégrer dans l'action car non seulement elle ne vise pas prioritairement l'action, mais également elle s'inscrit sur une temporalité longue qui n'est ni celle des pouvoirs publics, ni celle des professionnels.

- **La parole en interaction** : il s'agit d'une parole mettant en scène au moins deux personnes, un vieux et un non-vieux. Quand il y a interaction, la parole du vieux est confrontée à une autre parole. Dans ce contexte, il s'instaure un rapport de pouvoir qui peut être défavorable à celui qui est dans une position de fragilité. Bien que les conditions dans lesquelles se déroule l'interaction soient primordiales pour cerner ce rapport de pouvoir, notre étude a démontré que les personnes âgées étaient peu souvent en mesure de faire valoir leur expérience du vieillissement. En effet, l'interaction est souvent dominée par des impératifs collectifs qui amènent à ce que la prise en compte de la

parole soit précodifiée et canalisée selon un savoir exogène. C'est sans doute cette posture de la parole en interaction, observée classiquement à travers la relation entre un aidant (professionnel ou non) et une personne âgée, qui témoigne le plus de la difficile articulation entre les niveaux individuel et collectif. Une des conséquences de cette difficulté se traduit dans des situations de non-communication et par des attitudes de « loyauté » (ou résignation) des personnes âgées, à défaut d'être en mesure de faire « défection ».

- **La parole représentée** : à la différence des deux modes de production précédents, il s'agit d'une parole qui se situe explicitement à un niveau collectif. Par conséquent, la question de l'articulation mentionnée ci-dessus se pose moins. La parole représentée est une parole qui fait l'objet d'une mise en scène, c'est-à-dire d'un travail d'élaboration pour passer d'un niveau individuel à un niveau collectif. Autrement dit, le « nous » tend à se substituer au « je » grâce à un travail d'agrégation de positions individuelles permettant de passer du singulier au collectif pluriel. La parole représentée est caractéristique de la parole tenue par les organisations représentatives de retraités. Elle correspond également à la parole telle que la font ressortir les diverses enquêtes d'opinion. En ce sens, la parole représentée s'inscrit dans une logique de construction collective d'un groupe social. Mais ce faisant, le centre de gravité de cette parole devient assez proche de celui développé par les experts de la vieillesse. La parole représentée contribue à réifier le groupe des personnes âgées sur un mode singulier et à le positionner sur des thématiques ou des positions qui sont celles à l'ordre du jour sur l'agenda politique.

1.2-La prise en compte de la parole des personnes âgées aujourd'hui

Cette recherche exploratoire que nous avons conduite dans les années quatre-vingt-dix constitue un jalon, mais elle mérite d'être réinterrogée à la lumière d'éléments nouveaux. Ces derniers sont de trois ordres.

En premier lieu, il y a les évolutions législatives et réglementaires qui concernent la place des usagers dans le système d'aide et de soins (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale), mais également dans le système de planification et d'allocation de ressources avec la mise en place des Agences Régionales de Santé et de diverses instances de représentation des usagers (loi du 21 juillet 2009 dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires).

En second lieu, il y a des évolutions qui concernent spécifiquement le secteur de l'aide à domicile. Ce dernier connaît une profonde mutation depuis quelques années compte tenu de la volonté des

pouvoirs publics d'encourager le développement des services à la personne et de professionnaliser le secteur (notamment à travers la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale). En particulier, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'accroissement des exigences en termes de qualité auxquelles doivent se soumettre les opérateurs autorisés ou agréés, ainsi que le contexte de plus en plus concurrentiel de l'aide à domicile, ne sont pas sans conséquences sur le traitement de l'utilisateur et donc sur la prise en compte de sa parole.

Enfin, les personnes âgées elles-mêmes ne sont plus les mêmes qu'une génération auparavant. Au-delà de leur importance numérique croissante, de nombreuses études sociologiques ont montré que leur profil était en train d'évoluer avec leur renouvellement générationnel : meilleur état de santé, élévation de leur niveau de vie, nouvelles aspirations au moment de la retraite... Par conséquent, il est tout à fait possible que ces changements aient des répercussions sur leur volonté et leur capacité à faire entendre leur voix. Pour reprendre, la typologie des répertoires d'action d'Albert O. Hirschman (1995), on peut penser que la prise de parole (*voice*) est en mesure de supplanter la loyauté ou résignation (*loyalty*). Alors que les personnes âgées constituent traditionnellement un public peu revendicatif et peu demandeur (de prestations sociales), nous pouvons nous interroger si des changements ne sont pas en train de s'opérer à ce niveau et si, notamment, la figure de l'utilisateur n'est pas en train d'être remplacée par celle du client (Humbert, 2000).

A la lumière de ces éléments, nous souhaiterions croiser la problématique mentionnée plus haut avec trois angles théoriques qui nous semblent pertinents pour mieux appréhender les enjeux liés à l'expression des personnes âgées.

La sociologie du vieillissement

Si jusque dans les années quatre-vingt-dix, la sociologie, comme l'ensemble des disciplines s'intéressant à la vieillesse, étaient dominées par une approche explicative située en extériorité, c'est beaucoup moins le cas aujourd'hui. Ainsi, dans la discipline sociologique, de nombreux travaux appréhendent aujourd'hui le vieillissement comme un processus et une expérience : « *après avoir considéré le vieillissement comme un phénomène qu'il convenait d'analyser de l'extérieur, [la sociologie] s'est de plus en plus intéressée à la manière dont il était vécu* » (Caradec, 2001, p.100). C'est dans cette perspective que se sont situées de multiples manifestations scientifiques ces dernières années (cf. en particulier le colloque international « Vivre le vieillir : des lieux, des mots, des actes » organisé à Toulouse en mars 2009).

Au-delà des travaux et manifestations scientifiques, il est indéniable que cette approche du vieillissement – comme processus et expérience – est peu à peu en train d’être prise en compte par un réseau d’acteurs plus large incluant notamment des professionnels, des administratifs, des élus... Ce phénomène ne fait que traduire le retour en force de la figure de l’usager, aussi bien dans les champs éducatif, sanitaire que social. Il est désormais attendu de toute politique ou de tout système d’action qu’il s’adapte à la singularité de l’individu. Cette évolution paradigmatique est toutefois loin d’être aboutie et il existe encore de nombreux obstacles à une réelle prise en compte endogène de la vieillesse.

La sociologie des groupes d’intérêt

Les projections démographiques indiquent qu’incontestablement les personnes âgées seront plus nombreuses demain, tant en nombre qu’en part relative. Ce vieillissement démographique est incontestablement à l’origine depuis une dizaine d’années de toute une série de travaux et de réflexions sur la capacité des vieux à se constituer en un puissant groupe d’intérêt. Si l’on sait que, traditionnellement, le public des personnes âgées est peu organisé collectivement, à la différence d’autres groupes sociaux comme les personnes handicapées ou les malades, plusieurs éléments plaident en faveur d’une évolution de la situation. Le travail pionnier de Jean-Philippe Viriot-Durandal a notamment montré que l’émergence d’un « pouvoir gris » était parfaitement envisageable en France, tout au moins que les organisations de défense des retraités et personnes âgées œuvraient activement à la structuration d’un groupe social identifiable dans l’espace public (Viriot-Durandal, 2003).

Même si tous les chercheurs s’accordent à penser que la situation française n’est culturellement pas identique à la situation américaine, et donc que l’âge ne constitue pas un vecteur suffisamment structurant pour que se constitue un « lobby », de multiples travaux témoignent de l’émergence de pratiques nouvelles de participation ou d’« empowerment » des retraités et personnes âgées notamment au niveau local (cf. en particulier les travaux mis en exergue dans le cadre du REIACTIS¹). Par conséquent, on ne peut prendre en compte cette question de la parole des vieux sans utiliser les apports de la sociologie des groupes d’intérêt et des nouveaux mouvements sociaux.

La sociologie des politiques publiques

Les politiques publiques dans le champ gérontologique sont aujourd’hui à la croisée des chemins. Elles sont guidées par un double référentiel qui peut paraître contradictoire. D’un côté, comme dans

¹ Réseau de recherche International sur l’Age, la Citoyenneté et l’Insertion Socio-économique.

tout le secteur social, elles sont soumises à une logique de gestion (Chauvière, 2007). Ce référentiel de gestion est très prégnant depuis que l'Etat et l'assurance maladie, mais surtout les conseils généraux, sont confrontés à une raréfaction de leurs ressources et, conjointement, à une explosion des besoins – liée dans le secteur gérontologique à l'accroissement considérable du nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie. Comme cela a été démontré par plusieurs auteurs (Ennuyer, 2002 ; Frinault, 2005), cet impératif gestionnaire trouve un ancrage particulièrement favorable dans l'approche bio-médicale de la vieillesse. En effet, l'alliance entre le savoir gestionnaire et le savoir gériatrique a contribué à donner force à un paradigme bio-médical dominant dans le champ de la vieillesse depuis presque deux décennies. Or cet aspect du référentiel des politiques sociales et gérontologiques a une répercussion très concrète sur la manière dont est appréhendée la parole des personnes âgées : il favorise un traitement essentiellement individuel et exogène de cette parole.

Néanmoins, les politiques de la vieillesse ne sont pas entièrement dominées par un tel référentiel. L'évolution du « problème » personnes âgées – et en premier lieu la prise de conscience des réponses apportées jusqu'alors – contribue à ce qu'émerge un référentiel plus territorial (Argoud, 2006). En effet, de nombreuses actions prennent aujourd'hui appui non pas sur les personnes âgées (dépendantes) en tant que groupe social, mais sur le territoire. Ce dernier apparaît comme un support capable de mieux appréhender la problématique du vieillissement de manière moins stigmatisante et plus transversale. A travers le slogan du « bien vieillir », qui se décline différemment selon les territoires, commence à apparaître une approche visant à prendre en compte l'ensemble du processus du vieillissement en fonction des caractéristiques locales et non plus en fonction d'une catégorie d'âge ou de dépendance. Or, là aussi, une telle approche n'est sans répercussion sur la façon dont est appréhendée la parole des personnes âgées. En l'occurrence, est dans ce cas privilégiée une approche plus collective de la parole.

Ainsi présenté, ce double référentiel apparaît très ambivalent. C'est pourquoi il est porté par des acteurs différents. Mais ce n'est pas toujours le cas : en particulier, les conseils généraux sont souvent habités par cette dualité du référentiel. Autrement dit, leurs politiques et actions publiques sont rarement univoques, comme en témoigne la plupart des schémas gérontologiques actuels. D'un côté, les conseils généraux sont attentifs à la mise en œuvre d'une politique médico-sociale permettant d'apporter une réponse à leurs obligations légales en matière de prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Et de l'autre côté, ils tentent également d'impulser une politique territoriale du vieillissement susceptible de mieux prendre en compte la diversité sociologique de la population âgée actuelle et les enjeux en termes de lien social.

Le même raisonnement peut être tenu à propos des associations. D'un côté, en tant qu'associations gestionnaires, elles sont soumises à des contraintes liées à la gestion de la dépendance. De ce fait, la parole de l'usager peut n'être perçue que sous un mode individuel et codifié par les procédures d'allocation de ressources. Mais d'un autre côté, les associations, tant par leur vocation originelle que par l'évolution du contexte législatif et réglementaire, sont censées inscrire leurs usagers dans le cœur même de leur fonctionnement.

1.3-Hypothèses et méthodologie

C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité mener une recherche au niveau d'un département afin de pouvoir réaliser un travail de type monographique. Il s'agit d'un niveau territorial intéressant pour tenter d'appréhender en quoi un certain référentiel – au sens où il est défini par Jobert et Müller (1987) – influe sur le mode de prise en compte de la parole des personnes âgées (individuel / collectif). Mais nous faisons cependant l'hypothèse **que les formes d'expression collectives sont minoritaires**. Le secteur du domicile se prête en effet plus difficilement que l'établissement à l'organisation de telles formes d'expression. Par ailleurs, il est commun de rappeler que le public âgé est un public moins collectivement mobilisé que d'autres publics tels celui des personnes handicapées. Nous observerons donc avec attention les diverses formes émergentes s'inscrivant sur un tel registre, voire les formes d'expression qui transitent éventuellement par des canaux inhabituels (dans cette perspective, ont été évoqués lors du premier séminaire de l'appel à projets les groupes de parole, le recours à internet, etc.).

Une deuxième hypothèse repose sur l'idée que les modes d'expression de la parole sont distincts selon la nature du service intervenant au domicile des personnes âgées. En l'occurrence, les services à domicile sont exercés selon trois régimes différents : le prestataire, le mandataire, le gré à gré. Il serait intéressant d'analyser en quoi le régime de l'intervention, voire le statut juridique de l'opérateur, influe sur les modes de prise en compte de la parole des usagers. Par ailleurs, lors du premier séminaire de l'appel à projets, a été évoquée l'idée selon laquelle l'engagement des structures d'aide à domicile dans des démarches de certification pouvait jouer un rôle positif en matière de prise en compte de la parole des usagers.

Au-delà du repérage des formes d'expression de la parole des personnes âgées vivant à domicile, nous souhaitons analyser en quoi cette parole influe sur les actions menées par les acteurs professionnels et associatifs locaux. **Notre troisième hypothèse repose en effet sur le fait que, dans**

l'articulation demande-besoin-réponse, le type de recueil de la parole joue un rôle primordial. En particulier, compte tenu des rapports de pouvoir liés à l'interaction entre deux acteurs n'ayant pas le même statut (personne âgée / professionnel), nous faisons l'hypothèse que la logique individuelle de prise en compte de la parole structure les modalités d'action auprès du public âgé dans un sens différent de celui induit par une logique collective. Par conséquent, nous voudrions mieux appréhender le passage de l'expression de la parole à la décision ou, en tout cas, son impact sur les orientations de l'action (de l'association, de l'administration, du politique), en fonction du type d'expression des personnes âgées (individuel / collectif).

Pour arriver à nos fins, il nous a semblé nécessaire d'ancrer notre recherche sur un terrain particulier pour privilégier une approche de nature monographique. Compte tenu d'un travail de formation-action engagé antérieurement sur le département de la Drôme, nous avons choisi de poursuivre la collaboration avec ce département. En effet, le repérage des diverses formes d'expression des personnes âgées et leur articulation avec les stratégies institutionnelles et professionnelles nécessite de bien connaître les acteurs et problématiques locales, et par conséquent de ne pas disperser les terrains d'investigation. Dans un premier temps, nous avons procédé à l'interview des principaux acteurs gérontologiques ayant vocation départementale, de façon à cerner les caractéristiques du jeu des acteurs et les principaux enjeux liés à « la parole » des personnes âgées. Puis, dans un second temps, nous avons effectué un travail monographique sur trois territoires infra-départementaux devant permettre d'identifier plus finement les dynamiques à l'œuvre dans la prise en compte de la parole des usagers. Sur ces trois territoires locaux, nous avons rencontré les principaux acteurs politiques, administratifs, professionnels ou représentants de la société civile concernés par la problématique du vieillissement : élus, services médico-sociaux, C.L.I.C., associations d'aide à domicile, associations d'habitants... Les trois territoires en question sont le Romanais, territoire composé d'une ville et d'un C.C.A.S. de taille relativement importante ; le Diois, territoire rural à forte présence associative ; et le Tricastin, territoire constitué de trois cantons de moyenne importance.

2- La représentation collective des personnes âgées

La représentation collective des personnes âgées transite par deux canaux. Il y a, d'une part, les formes d'expression associative que la population se donne pour avoir des porte-parole et, d'autre part, les instances instituées par les pouvoirs publics qui visent à associer le public aux politiques les concernant. Ces deux circuits de représentation sont très liés dans la mesure où les pouvoirs publics s'appuient sur les principales associations de personnes âgées pour composer les instances de représentation. D'un point de vue théorique, on peut cependant dissocier les formes de participation des formes de représentation. Dans le premier cas, le public visé garde la maîtrise de sa mobilisation et chacun s'engage en mobilisant sa propre subjectivité dans l'action. Dans l'autre cas, l'expression est canalisée par des règles institutionnelles et les représentants s'expriment au nom du mandat qui leur a été confié.

2.1- Une logique participative

Le cadre juridique de l'association constitue un support pour que s'exprime une logique participative. Ce n'est pas le seul lieu où s'exprime cette logique participative, mais c'est le plus visible car il comporte une dimension collective. Certes, les dirigeants de l'association assument une fonction de représentation, mais la vitalité associative repose avant tout sur « la participation » des adhérents aux différentes activités.

Sur ce plan, la population âgée est généralement présentée comme l'antithèse de la population handicapée. En effet, alors que cette dernière dispose de puissantes associations qui ont œuvré tout au long du vingtième siècle à faire valoir le point de vue de leurs mandants, la population âgée dispose de porte-parole collectifs beaucoup moins présents sur la scène publique. Non seulement les associations de retraités sont nombreuses et, dans leur majorité, peu portées sur des revendications catégorielles, mais en plus elles sont fragmentées en de multiples fédérations (à la différence par exemple de l'*American Association of Retired Persons* ou AARP). Au-delà de cette fragmentation, les associations de représentation des personnes âgées sont scindées en deux univers sociologiquement distincts : la mouvance associative liée à l'émergence du troisième âge à la fin des années soixante et la mouvance syndicale constituée de sections « retraités » qui sont abritées par les grandes confédérations syndicales de salariés.

Certes, l'émergence de mouvements de protestation au cours des années quatre-vingt dix (et l'apparition de manifestations de retraités), ainsi que la constitution en 2000 de la Confédération Française des Retraités², ont pu laisser penser qu'un « pouvoir gris » était en train de se constituer (Viriote-Durandal, 1993). En réalité, la représentation des intérêts des retraités et personnes âgées reste caractérisée par une faiblesse congénitale. Comme l'ont montré les travaux de sociologie des groupes d'intérêt, l'âge ne constitue pas un vecteur suffisamment fort pour agréger massivement les comportements individuels des personnes âgées. Le fait d'avancer en âge n'annihile pas les caractéristiques individuelles et sociales qui ont forgé antérieurement l'identité de la personne devenue âgée. La remise en cause de certains acquis liés à l'Etat providence peut susciter une cristallisation des mécontentements, mais sans pouvoir l'inscrire dans le temps.

Une autre faiblesse de la représentation collective des personnes âgées réside dans la difficulté de construire une revendication fondée sur une perspective faisant l'objet d'un déni social : la vieillesse. C'est bien là que se situe une différence essentielle avec les associations de parents ou de proches d'enfants handicapés qui ont fait pression sur les pouvoirs publics pour qu'ils les aident dans la mise en place d'équipements et de services adaptés. Dans le secteur gérontologique, la dépendance est massivement vécue, aussi bien par les personnes âgées elles-mêmes que par les familles, comme un phénomène individuel. L'inscription de la vieillesse sur un tel registre individuel n'incite pas à des stratégies de « voice » et d'anticipation, mais elle conduit plutôt les personnes à tenter de s'accommoder de la situation lorsqu'elle survient. Quelques associations de familles de résidents, ainsi que d'aidants familiaux, sont certes apparues ces dernières années mais elles restent, à ce jour, des groupes d'intérêt pesant relativement peu sur l'action publique. A la différence du secteur du handicap, ce ne sont pas les associations de famille, mais les professionnels eux-mêmes qui ont été les vecteurs principaux de l'innovation gérontologique au cours de ces dernières décennies.

Par conséquent, les associations existantes aujourd'hui sont nées dans un contexte historiquement définies, en l'occurrence celui de la politique du troisième âge. Certaines associations peuvent être numériquement importantes (en particulier la Fédération Nationale des Aînés Ruraux) sans toutefois peser massivement sur les orientations des pouvoirs publics dans le domaine gérontologique. Il est vrai qu'hormis les sections syndicales de retraités, la grande majorité des adhérents privilégie la fonction « sociabilité » que jouent ces structures associatives et que symbolisent localement les clubs du troisième âge. Surtout, elles peinent à maintenir leurs effectifs : outre le problème crucial du

² La Confédération Française des Retraités est née du regroupement de la Confédération Nationale des retraités, de la Fédération Nationale des Associations de Retraités, de la Fédération Nationale des Aînés Ruraux et de l'Union Française des Retraités, soit un ensemble d'environ deux millions d'adhérents.

renouvellement de leurs adhérents et la désaffection des jeunes générations de retraités, elles se heurtent au départ des plus âgés dès lors où ceux-ci n'ont plus la possibilité de se rendre aux activités organisées par l'association.

Toutefois, il est possible d'identifier l'émergence de nouvelles associations « porte parole » qui sont, de manière générale, plus en lien avec la problématique de la dépendance, alors que la précédente génération d'associations se voulait plus généraliste. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons mentionner un premier groupe d'associations correspondant à des aidants familiaux. Ce phénomène n'est pas étonnant étant donné l'âge avancé d'un certain nombre de personnes âgées qui sont moins en capacité de se mobiliser, alors que leurs familles se sentent tout autant concernées par la problématique compte tenu de l'importance encore aujourd'hui des solidarités familiales :

- ***L'association des aidants familiaux*** : elle est née en 2003. Elle est à destination de tous les aidants qu'ils accompagnent un proche enfant ou âgé, malade ou en situation de handicap. L'association joue rôle de groupe d'intérêt vis-à-vis des pouvoirs publics afin que soient reconnues les spécificités des aidants familiaux. Par ailleurs, l'association anime un réseau de Cafés des aidants sur l'ensemble du territoire national, dont l'objectif est de proposer des lieux et temps d'information, d'échange et de soutien grâce à des équipes formées d'animateurs et de psychologues.
- ***La FNAPAEF*** : en 2005, quelques associations déjà existantes se sont retrouvées pour créer une Fédération qui a pris pour nom : Fédération Nationale des Associations de Personnes Agées en Etablissements et de leurs Familles (FNAPAEF). Cette fédération compte aujourd'hui 25 associations. Elle se donne pour objet de « regrouper des représentants d'associations dont le but est de rassembler les personnes âgées fragilisées vivant en établissement ou à domicile et leurs parents et amis qui s'engagent à œuvrer pour le confort matériel, physique et moral de (nos) aînés ».
- ***L'association Famidac***. Elle fut fondée en 1997. L'association a pour but de favoriser le développement des accueils familiaux d'adultes handicapés et de personnes âgées. Elle est constituée principalement de membres accueillants familiaux et d'associations d'accueillants familiaux. Compte tenu de l'éclatement géographique des accueillants familiaux, le développement de l'association est très liée à l'outil internet. C'est en effet par la mise en ligne de documents d'informations et la création d'un forum que l'association s'est structurée progressivement sous forme d'un réseau national.

Un deuxième groupe d'associations est constitué d'associations de personnes vivant en établissement :

- ***L'association Liberté du Résident en Institution (LRI)*** : elle est née en 1990 en région Rhône-Alpes à l'initiative de résidentes de foyers, de directeurs d'établissements d'accueil pour personnes âgées et de formateurs en milieu social autour du principe fondateur : « je suis le mieux placé pour savoir ce qui me convient ». L'intérêt de l'association LRI est qu'elle présente une particularité qui renouvelle la fonction traditionnelle de "porte-parole" : elle intègre des directeurs d'établissement dans le but de faire évoluer les pratiques quotidiennes dans les structures d'hébergement. Il ne s'agit cependant pas d'une organisation de grande taille puisqu'elle n'est implantée qu'en Rhône-Alpes et en Midi-Pyrénées ; elle ne compte qu'une douzaine d'établissements adhérents. Elle vise à amener des personnes âgées dépendantes à prendre la parole, voire le micro, alors qu'elles ne font généralement pas partie de générations et de couches sociales qui ont été habituées à recourir à la prise de parole.
- ***L'association CitoyennAge*** : elle est née en 1996 et s'est structurée sous forme associative en 2007. CitoyennAge s'inscrit dans la même veine que l'association LRI. Autrement dit, elle donne la parole aux résidents des maisons de retraite et organise régulièrement des temps d'échanges et des colloques associant les personnes âgées et les professionnels de la gérontologie. Outre son origine francilienne, la particularité de CitoyennAge est d'être très liée à l'association professionnelle AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées).

Enfin, un troisième type d'association vise des personnes vivant à domicile, mais sa problématique est plus centrée sur la vie sociale que sur celle des établissements et services de maintien à domicile :

- ***L'association Old'Up*** est apparue en 2008 autour du slogan « Plus si jeunes mais pas si vieux ». Selon sa Charte, elle « s'adresse prioritairement aux personnes vieillissantes autour de la deuxième étape de la retraite, large tranche de la population des retraités, dont le nombre est en augmentation significatif et rapide ». Son objectif est de « lever les obstacles au maintien de cette génération dans une aire active et intégrée » et d' « affirmer la capacité d'autonomie de cette génération ».

Ces associations ont en commun de n'avoir qu'une audience limitée. Il est vrai qu'elles ont un objet et/ou une population cible plus circonscrits que ne l'avaient les associations de retraités. Notamment, elles s'attachent à aborder la problématique de la dépendance ou de la fragilité liées à l'âge. Certes, on peut émettre l'hypothèse que ces associations, qui sont récentes, sont précurseurs d'une tendance à une prise de parole accrue de la part de personnes âgées et de familles confrontées de plus en plus massivement à leur avancée en âge ou à celle de leurs proches. Mais en réalité, nous doutons de la pertinence d'une telle hypothèse dans la mesure où les associations précédemment identifiées concernent peu la population âgée vivant à domicile qui est pourtant largement majoritaire, même au grand âge.

Sans doute, comme en témoignent l'association des aidants familiaux ou l'association Famidac, les aidants familiaux sont plus susceptibles de se mobiliser que les personnes âgées elles-mêmes. Le recours à l'outil internet permet de créer des liens entre des personnes ne se connaissant a priori pas entre elles. Toutefois, l'analyse de la littérature consacrée aux aidants familiaux démontre la difficulté pour les aidants de sortir d'une relation individuelle à leur parent âgé et, surtout, de s'engager durablement dans un mouvement collectif au-delà du décès de leur proche.

Certaines associations, comme CitoyennAge ou la FNAPAEF, ont tenté d'impulser une dynamique pour élargir leur champ d'action aux personnes âgées vivant à domicile. Par exemple, la FNAPAEF a modifié son sigle afin d'abandonner la référence aux établissements et elle est devenue, en avril 2007, la Fédération Nationale des Associations de Personnes Âgées Et de leurs Familles. Il ne semble cependant pas que ces initiatives aient connu le succès espéré.

La seule véritable exception ancrée exclusivement sur le domicile est l'association Old'Up. Toutefois, la base adhérente de l'association reste limitée à la région parisienne – malgré une ambition européenne – et à des personnes certes en situation de fragilité, mais provenant de milieux sociaux plutôt favorisés. De fait, à ce jour, elle s'apparente plutôt, par la composition de son comité de parrainage et de son comité scientifique, à un mouvement d'idées et de réflexions plutôt élitiste. Néanmoins, elle présente l'originalité de chercher à renouveler « la parole » des seniors dans la société en se situant sur un registre qui n'est pas le même que celui des associations traditionnelles de retraités et personnes âgées.

Il convient toutefois de ne pas négliger le fait que, parallèlement à ces mouvements associatifs d'obédience nationale, il peut exister des initiatives plus locales, donc disposant d'une moins grande visibilité. En effet, avec l'émergence de nouveaux modèles sociaux de vie à la retraite autour

notamment de ce que certains sociologues ont appelé « la retraite citoyenneté », des associations ont pu naître localement pour défendre une certaine conception de l'engagement citoyen (Gucher, dir., 2001)³. Plus sûrement, se sont développées des instances locales, qui se situent sur un registre intermédiaire entre participation et représentation. Nous faisons plus particulièrement référence aux diverses formes de conseils de seniors ou conseils d'anciens qui se sont développées depuis la fin des années quatre-vingt (Luquet, 1996). Ces instances sont créées à l'initiative des pouvoirs publics locaux, essentiellement les municipalités, mais les modalités de participation des retraités et personnes âgées sont très variables d'un lieu à un autre. En tout cas, elles se fondent plus sur une logique d'implication individuelle qu'une logique de représentation de l'intérêt des retraités en tant que classe d'âge identifiée.

2.1- Une logique représentative

Dans le secteur du handicap, le législateur a institué en 1975 (et réformé en 2002) un Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH), ainsi que des conseils départementaux, afin de garantir la participation des personnes handicapées et des associations qui les représentent à la définition des politiques publiques les concernant. Le CNCPH est ainsi saisi pour tous les textes d'application qui passent en Conseil d'Etat. Cette instance a son pendant dans le secteur « personnes âgées » : le Comité National des Retraités et des Personnes Âgées (CNRPA). Ce dernier offre une représentation institutionnelle des personnes âgées sur laquelle prend appui la nouvelle architecture issue de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

2.2.1- Le Comité national des retraités et personnes âgées

C'est la circulaire du 7 avril 1982 émanant du secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées qui a réaffirmé la nécessité d'accroître la participation des retraités aux circuits décisionnels. Dans ce but, l'Etat a réactivé le "Comité national de la vieillesse de France", qu'avait prévu la loi du 30 juin 1956, en instituant un Comité National des Retraités et Personnes Âgées (CNRPA). *"Ce comité est consulté par le secrétariat d'Etat chargé des personnes âgées sur des projets et questions touchant au vieillissement, à la vie des retraités et personnes âgées, en particulier en matière de planification. Il peut se saisir lui-même afin d'émettre des avis sur les domaines de sa compétence"* (circulaire du 7 avril 1982, p.3). La circulaire prévoit également la création de comités départementaux et,

³ Cf. par exemple l'association ALERTES 38, dans l'Isère, née en 2002 afin d'engager une réflexion départementale impliquant l'ensemble des acteurs gérontologiques.

facultativement de conférences régionales. Dans cette même volonté du début des années quatre-vingt, des assises nationales des retraités et personnes âgées ont été organisées en mars 1983. Ces assises se voulaient l'aboutissement d'un *"processus d'échanges ouvert et participatif"* (circulaire du 8 septembre 1982, p.2), qui a donné la parole aux retraités et à d'autres partenaires, à tous les niveaux territoriaux.

Mais il est incontestable que cette relance de la participation des retraités s'est traduite par une certaine institutionnalisation. Le décret du 4 août 1982 énumère les organisations qui sont admises à participer aux comités national et départementaux. Pour tenir compte des lois de décentralisation, un nouveau décret datant du 17 février 1988 a modifié la composition du comité national et des comités départementaux. Au final, les comités comprennent, outre des personnes qualifiées et des représentants de l'Etat et des collectivités territoriales, des représentants de seize associations et organisations. Ces derniers correspondent au deuxième collège, dont est issu le vice-président du CNRPA. Ce collège comprend en réalité deux groupes distincts :

- les unions confédérales syndicales et assimilées : CGT, CFDT, CGT-FO, CGC, CFTC, FGR-Fonction Publique, qui sont rattachées et défendent les positions des grandes centrales syndicales ;
- les associations indépendantes : Aînés ruraux, FNAR, UFR, CNR, UNRPA, Union des CCAS, retraités du commerce, de l'artisanat, des professions libérales, de l'agriculture.

Cette large composition des comités de retraités est basée sur la représentativité des organisations. Etant donné la fragmentation des associations et organisations de retraités en France, le CNRPA apparaît comme un regroupement important d'acteurs aux sensibilités différentes (milieu syndical / milieu associatif), qui ne facilite pas l'homogénéité et la visibilité des actions entreprises. Ainsi, par exemple, en tant qu'instance nationale consultative, le CNRPA a pour objectif principal d'assurer *"la participation des retraités et des personnes âgées à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de solidarité nationale les concernant"* (article 1er de la loi du 4 août 1982). Mais les organisations syndicales s'opposent à ce que le CNRPA se positionne sur la question des retraites. Quant à « la participation des retraités et personnes âgées », elle est surtout envisagée à partir des années quatre-vingt sous un angle institutionnel, au nom d'une meilleure représentation des retraités et personnes âgées dans la société française. Il est d'ailleurs significatif que cette « participation » ait été organisée selon un schéma calqué sur la structure administrative française.

A partir de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, on assiste à un double phénomène qui n'est pas sans répercussions sur notre problématique. D'un côté, les comités

départementaux – les CODERPA – passent sous le giron des conseils généraux : « Le comité départemental des retraités et personnes âgées est une instance consultative placée auprès du président du conseil général » (article L. 149-1 du Code de l'Action Sociale et des familles). Il en résulte une interrogation quant à la manière dont les conseils généraux vont s'emparer de cette nouvelle prérogative dans la mesure où les comités départements peuvent apparaître comme des contre-pouvoirs⁴. Autrement dit, les pouvoirs publics locaux ne risquent-ils pas de profiter de ce rôle de « chef de file » reconnu par le législateur pour ne plus laisser de place aux représentants des personnes âgées ? Et de l'autre côté, face à cet amoindrissement potentiel du rôle local des CODERPA, l'Etat a accordé un pouvoir supplémentaire au CNRPA. Ainsi, par décret du 26 mai 2006 relatif au comité national des retraités et des personnes âgées, l'Etat a élargi considérablement le rôle du comité national. Désormais, sa consultation par le ministre chargé des personnes âgées est désormais obligatoire sur les projets de textes réglementaires « concernant les personnes âgées et relatifs aux politiques de prévention de la perte d'autonomie, de soutien à la dépendance, de maintien à domicile, de coordination gériatrique ainsi qu'à la qualité des prises en charge par les services et établissements ». Il est par ailleurs demandé au comité national de constituer et d'animer des commissions régionales.

2.2.2- Les Agences Régionales de Santé et la démocratie sanitaire et médico-sociale

La représentation collective des usagers a connu un renouveau à l'occasion de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). La loi comporte en effet de nombreuses dispositions visant à renforcer la représentation des usagers dans la nouvelle organisation en train de se mettre en place sous l'égide des Agences Régionales de Santé. Il est vrai que la reconnaissance de la place des usagers ne constitue pas forcément une nouveauté dans la mesure où le législateur l'avait déjà inscrite dans la loi aussi bien dans le secteur sanitaire que dans le secteur social. Mais contrairement à ce qui a été développé précédemment, la loi HPST confère un rôle plus « politique » à la représentation des usagers.

En l'occurrence, les organisations d'usagers se sont vu reconnaître une place dans la plupart des instances constituant le nouveau dispositif issu de la loi HPST. Pour la partie concernant les personnes âgées, ce dispositif accorde une place centrale aux CODERPA dans le processus de désignation des membres représentant les usagers. Ce qui n'est guère surprenant compte tenu du

⁴ Dans les faits, les positions des conseils généraux à l'égard des CODERPA furent très variables d'un département à l'autre. Même si quelques mises en sommeil furent signalées, il ne nous semble pas que l'on puisse noter un ostracisme particulier des conseils généraux en la matière.

fait que le CODERP est la seule instance de représentation des retraités et personnes âgées instituée par les pouvoirs publics. Ces instances sont les suivantes :

- **Le conseil de surveillance.** Il est notamment chargé d'approuver le budget de l'Agence Régionale de Santé. Il est composé de 25 membres à voix délibérative, dont le préfet de région qui le préside. Sa composition comprend trois représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le collège de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie réunissant les associations correspondantes, soit un représentant d'une association de patients oeuvrant dans le domaine de la qualité des soins et de la prise en charge des malades et agréée au niveau national ou régional, un représentant d'une association œuvrant en faveur des personnes handicapées, **un représentant d'une association œuvrant en faveur des personnes âgées.**

- **La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA).** Elle joue un rôle central puisque, selon les termes de la loi, elle « peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région ». Sur la question de la représentation des usagers, elle est spécifiquement chargée de procéder « à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge ». Un décret du 31 mars 2010 précise la composition de la commission, dont les membres sont nommés pour quatre ans, renouvelable une fois. Celle-ci comprend au plus cent membres, répartis en huit collèges, dont le texte donne la composition détaillée. L'un d'entre eux est celui regroupant les représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux. Dans ce cadre, **quatre représentants des associations de retraités et personnes âgées sont désignés** par le directeur général de l'ARS sur proposition des CODERPA.

- **Les conférences de territoires.** Les ARS définissent des territoires de santé pertinents « pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». Ces territoires de santé, qui peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux, sont dotés chacun d'une conférence de territoire, dont l'objet principal est de mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

Un autre décret du 31 mars 2010 précise la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire. En l'occurrence, celle-ci est composée de cinquante membres au plus, répartis en plusieurs collèges. Dans ce cadre, l'un d'entre eux comprend, au plus, huit représentants des usagers, soit autant que le nombre de représentants des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Sur ces huit personnes, **il est prévu trois représentants des associations de personnes handicapées ou de personnes âgées**, sur proposition de leurs comités départementaux respectifs.

Les conférences de territoire définissent un bureau comprenant, outre le président et le vice-président, au plus huit autres membres élus au sein de la conférence. Là aussi, les usagers ne sont pas oubliés puisque le législateur impose au moins deux représentants des usagers.

- **Les comités d'appel à projets** : au nom d'une plus grande réactivité aux besoins des usagers et pour favoriser les innovations et expérimentations, la loi HPST du 21 juillet 2009 a institué une nouvelle procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux par appel à projet, en lieu et place des Comités régionaux d'organisation sociale et médico-social (CROSMS). Dans ce cadre, le législateur a prévu la constitution d'une commission de sélection d'appel à projet. Ses membres ont un mandat de trois ans renouvelable. La composition de la commission varie de 14 à 22 membres et selon l'autorité compétente en matière d'autorisation (celle-ci étant fonction du type d'établissement ou de service concerné). Ainsi, les usagers disposent d'un collège allant de 4 à 6 représentants et comprenant de **un à trois représentants désignés sur proposition du CODERPA (ou de la CRSA)**. Par ailleurs, à titre consultatif, deux représentants d'usagers spécialement concernés par l'appel à projet correspondant peuvent être désignés par le ou les présidents de commission.

A ces comités, s'ajoutent quatre commissions spécialisées composées de membres issus des huit collèges de la CRSA : la commission spécialisée de prévention, la commission spécialisée de l'organisation des soins, la commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers.

Il est trop tôt pour connaître l'impact de ces dispositions sur la prise en compte de la parole des usagers, en l'occurrence celle des personnes âgées. Mais on note la volonté du législateur de favoriser l'émergence d'une démocratie sanitaire et sociale. Avec la création des ARS, ces deux secteurs – sanitaire et social – se sont nettement rapprochés. Ainsi, s'agissant des trois principaux types d'usagers, deux sont désignés de manière similaire (personnes âgées et personnes

handicapées), par le biais des instances départementales représentatives – le CODERPA et le CDCPH. Tandis que pour les usagers du système de santé, la désignation transite par un appel à candidatures auprès des associations agréées.

Cependant dans le secteur sanitaire, « la parole de l'utilisateur » est beaucoup plus structurée à travers des canaux d'expression tels que les associations de malades, ainsi que par celui du Collectif inter-associatif sur la santé qui regroupe plus d'une vingtaine d'associations et qui est un partenaire reconnu par les pouvoirs publics. En fait, dès 1991, les droits du patient avaient été introduits dans le Code de la Santé Publique, puis les représentants des usagers avaient pu siéger dans les conseils d'administration des hôpitaux et dans les Conférences régionales de santé. Il est vrai que la démocratie sanitaire est plus formalisée depuis le décret du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. En effet, il existe désormais des agréments délivrés par arrêté ministériel qui donnent droit aux organismes agréés de représenter les usagers dans les diverses instances consultatives et décisionnelles. Et seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique⁵.

Et depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, plusieurs dispositions ont été introduites dans le Code de la Santé Publique pour mettre en œuvre ces droits. Si l'on ne retient que les dispositions favorisant une représentation collective des usagers, on peut mentionner la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui crée, dans chaque établissement, « une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ». Cette dernière a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

Par comparaison, dans le secteur social et médico-social, la représentation collective des usagers est beaucoup plus faible. La participation est donc souvent individuelle ou, si elle est collective, elle est plutôt construite par les institutions, par les professionnels, voire par les chargés d'évaluation (Savignat, 2009, cf. chapitre 9).

⁵ L'article L. 1114-1 du Code de la santé publique précise que : « Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est prononcé sur avis conforme d'une commission nationale (...) ».

3- L'émergence de la figure de l'utilisateur

La décennie 2000 a été propice à la mise en place d'un ensemble législatif et réglementaire conférant une place importante, voire centrale, à l'utilisateur dans le champ social et sanitaire. Sur ce registre, nous pouvons citer la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, les lois du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et tutelle et de ce même 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs ; puis celle du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) que nous venons d'évoquer.

Concernant le public âgé, la figure de l'utilisateur émerge plus particulièrement au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. A la différence de la logique participative, qui est une construction sociale ascendante, la figure de l'utilisateur telle qu'elle apparaît ici est avant tout une émanation provenant du niveau central et institutionnel. Dans la droite ligne de l'action modernisatrice de l'Etat engagée dès les années quatre-vingt (Warin, 1997), « l'utilisateur » a constitué le vecteur pour repenser – par le haut – les fondements et la légitimité de l'action sociale et médico-sociale. Les droits des usagers, s'ils correspondent bien à l'évolution de l'histoire du champ social, sont avant tout des droits octroyés qui n'ont pas été nécessairement revendiqués ni par les usagers eux-mêmes, ni par les professionnels. Et par ailleurs, comme l'ont noté de nombreux auteurs, cette figure est ambiguë dans la mesure où elle émerge dans un contexte social et institutionnel mettant de plus en plus l'accent sur la notion de qualité. Ce faisant, l'utilisateur tend à devenir une figure de plus en plus proche de celle du consommateur ou du client.

3.1- L'utilisateur dans l'action sociale et médico-sociale

Le secteur social, largement dominé par des institutions publiques ou privées à but non lucratif, est resté plutôt éloigné des logiques commerciales. Autrement dit, comme dans les services publics, l'organisation est largement auto-centrée dans la mesure où elle tire sa finalité d'objectifs politiques ou institutionnels relativement indépendants de la satisfaction à court terme d'une demande. Le principal financeur est d'abord la collectivité publique. Dans la grande majorité des cas, les usagers

ne sont pas clients car ils ne paient qu'une petite part du coût et ils n'ont souvent pas le choix du prestataire. C'est pourquoi les structures essaient plus d'avoir de bonnes relations avec leurs financeurs qu'avec leurs usagers.

Ainsi, pendant de longues années, le modèle qui a prévalu dans l'action sociale et médico-sociale est un modèle institutionnel de prise en charge. L'individu bénéficiaire, souvent qualifié de pensionnaire, bénéficie du gîte, du couvert et des soins, moyennant une obligation de respecter les règles de l'institution. Dans le secteur gérontologique, le modèle institutionnel est celui de l'hospice entouré de hauts murs qui symbolisent une extraterritorialité censée protéger la société des « reclus ».

Dès la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, le législateur tenta de faire évoluer ce modèle en associant les usagers au fonctionnement des établissements privés dont les frais de fonctionnement étaient supportés ou remboursés par les collectivités publiques ou les organismes de sécurité sociale. Ainsi, le décret du 17 mars 1978 institua un « conseil de maison » chargé, au moins une fois par trimestre, de donner son avis et faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement social ou médico-social. Le conseil de maison devait comprendre six membres au moins représentant, d'une part, les usagers, d'autre part, les personnels, et enfin l'organisme gestionnaire.

Une autre circulaire datant du 20 mars 1978 a formellement traduit la volonté des pouvoirs publics de favoriser la participation des personnes âgées résidant en établissement : « *Le bien-être physique et moral des personnes âgées résidant en établissement ne se limite pas au gîte, au couvert, à l'entretien. (...) Il s'agit de parvenir à une véritable prise en main par toutes les personnes âgées de leurs propres affaires et, au-delà, à leur participation toujours plus active à la vie de leur établissement et de la cité* » (p.1). La loi du 3 janvier 1985 et son décret d'application du 17 octobre 1985 parachevèrent le dispositif en étendant l'obligation de créer un conseil d'établissement dans tout établissement social ou médico-social, quels que soient son statut et son financement. Désormais, toutes les structures d'hébergement relevant de la loi du 30 juin 1975, qu'elles soient publiques ou privées, avaient obligation de créer un conseil d'établissement. Mais la participation des usagers reste circonscrite aux établissements.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale eut une ambition beaucoup plus importante que celle visant simplement l'instauration du conseil d'établissement, dont la mise en œuvre fut d'ailleurs plus que relative. En effet, dès son chapitre premier consacré aux principes fondamentaux, le législateur entend promouvoir les droits des usagers du secteur social et médico-

social (articles 7 à 13). Il s'agit de sortir d'une logique d'assistanat qui a longtemps prévalu au nom de la protection des personnes accueillie pour promouvoir « l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté ». L'objectif est donc de reconnaître à l'utilisateur des droits fondamentaux afin qu'il puisse participer de manière « directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui le concerne ».

Dans cette optique, plusieurs outils ont été institués :

- Le projet d'établissement et le projet de service.
- Le livret d'accueil, auquel doivent être annexés une charte des droits et liberté de la personne accueillie, ainsi que le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service.
- Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, qui doivent définir les objectifs de la prise en charge, la nature des prestations offertes et le coût prévisionnel.
- Le règlement de fonctionnement, qui détermine les droits et devoirs des usagers et qui doit être affiché et annexé au livret d'accueil.
- La personne qualifiée, qui doit permettre une médiation en cas de conflit entre l'utilisateur (ou son entourage) et les professionnels.
- Le conseil de la vie sociale, qui doit comprendre au moins deux représentants des personnes accueillies, un représentant du personnel et un représentant de l'organisme gestionnaire. Le directeur ne peut siéger qu'avec voix consultative. Les membres du conseil sont élus pour une durée maximale de trois ans. Ils se réunissent au moins trois fois par an.

Ces différents outils présentent la particularité de ne pas être spécifiques aux établissements mais de s'appliquer également aux services. Pour tenir compte de cette extension, le décret du 25 mars 2004 relatif aux conseils de la vie sociale et autres formes de participation instituées à l'article L 311-6 du Code de l'action sociale et des familles mentionne explicitement la possibilité de recourir à d'autres formes de participation que celle consistant à mettre en place un conseil de la vie sociale. En l'occurrence, il est prévu que la participation puisse s'exercer :

- par l'institution de groupes d'expression,
- par l'organisation de consultations des personnes accueillies sur toutes questions concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'établissement ou du service,

- par la mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction. Ces enquêtes sont obligatoires pour les services prenant en charge à domicile des personnes dont la situation ne permet pas de recourir aux autres formes de participation.

Néanmoins, malgré l'existence de nombreux travaux (enquêtes, mémoires universitaires, colloques) visant à mesurer l'impact de cette loi sur la mise en place des conseils de la vie sociale, nous ne savons que peu de choses concernant le secteur du domicile. Comme on pouvait s'y attendre, ces travaux et réflexions sont centrés sur les établissements car il est plus facile de réaliser une enquête dans un cadre « fermé ». Par ailleurs, l'essentiel des réflexions portant sur la place des usagers dans le secteur gérontologique est centré sur le conseil de la vie sociale, négligeant d'autres formes d'expression, alors même que le bilan du fonctionnement de cette instance reste très mitigé⁶. Cette tendance à se focaliser sur le conseil de la vie sociale a été renforcée par la volonté de l'ancienne secrétaire d'Etat aux aînés, Nora Berra, à vouloir faire de leur mise en œuvre un axe primordial du plan « Bientraitance » dans les établissements.

Concernant l'expression des usagers en établissement, nous disposons toutefois des résultats d'une enquête réalisée auprès des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 qui présente l'avantage d'appréhender aussi bien le niveau individuel que collectif de l'expression des usagers, ainsi que la façon dont l'institution s'en saisit (Chazal, Scheidegger, 2011). De cette enquête, nous retirons deux éléments intéressants au regard de notre propre recherche. D'une part, les documents et dispositifs réglementaires sur les droits et devoirs du résident sont aujourd'hui fréquemment mis en place et présentés aux résidents. Mais l'existence de ces supports n'empêche pas que les résidents sont assez peu nombreux à faire usage des instances spécifiques permettant de s'exprimer. Ainsi, 71% des résidents vivent dans un établissement qui leur permet (ou permet à leur famille), de donner un avis par le biais d'enquêtes de satisfaction, de registres, de boîtes à remarques ou de réunions d'information ; ce pourcentage atteint même 86% dans les établissements conventionnés, contre 45% dans les logements-foyers. En revanche, lorsque l'enquête cherche à appréhender comment concrètement les résidents s'y prennent pour formuler des remarques sur l'établissement, 32% des résidents déclarent spontanément ne pas avoir de remarques particulières à formuler et 10% disent ne pas oser ou ne pas vouloir formuler de remarques. Si l'on ne considère que ceux qui ont des choses à exprimer, 86% déclarent s'adresser

⁶ Sur ce point, la revue *Actualités Sociales Hebdomadaires* fournit une bonne synthèse des forces et faiblesses des conseils de la vie sociale dans les établissements pour personnes âgées depuis la loi 2002.2 (Colomb N. « Les conseils de la vie sociale à l'épreuve de la dépendance », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2658, 7 mai 2010, p. 26-29.

directement au personnel de l'établissement et 18% à d'autres personnes (proches, bénévoles...). Seuls 2% s'adressent au conseil de la vie sociale.

Ces résultats sont intéressants à un double titre. D'une part, ils démontrent l'importance de la « loyauté » que l'on peut sans doute interpréter comme l'expression d'un sentiment de résignation. D'ailleurs, dans les établissements où il y a du personnel soignant, à la question « Vous arrive-t-il de poser des questions au médecin ou au personnel soignant sur votre santé, votre traitement, vos soins ? », plus d'un tiers des résidents ne posent jamais de questions, près de la moitié en posant parfois. D'autre part, ces résultats indiquent la difficulté de faire « vivre » les instances de participation (comme le conseil de la vie sociale) quand il est possible de s'exprimer en s'adressant directement à la personne idoine. On peut émettre l'hypothèse que cette relation individualisée est la conséquence de la difficulté des résidents d'un établissement à se percevoir en tant qu'entité collective. Cette difficulté résulte de mécanismes psycho-sociologiques de défense conduisant à se différencier d'autrui dès lors où l'on partage un espace avec des personnes que l'on n'a pas choisies.

3.2- La mobilisation de l'utilisateur au nom de la qualité

La volonté d'améliorer la qualité des prestations sociales et médico-sociales, inscrite dans la loi du 2 janvier 2002, a renforcé la montée en puissance de la figure de l'utilisateur. Non seulement, la notion de qualité renvoie à une meilleure prise en compte de la personne bénéficiaire, mais en plus cette dernière est de plus en plus sollicitée pour participer à l'évaluation de la qualité. Ce faisant, la prise en compte de l'utilisateur présente plusieurs limites liées, d'une part, à la difficulté de l'associer réellement au-delà d'une simple logique représentative, et d'autre part, à l'ambivalence d'un utilisateur s'apparentant de plus en plus à un client.

3.2.1- L'évaluation de la qualité des prestations

Dans le droit fil des dispositions de la loi du 2 janvier 2002, une grande attention a été portée à la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ceci n'est pas sans liens avec la question du droit des utilisateurs. En effet, l'accent mis par le législateur sur la qualité vise à améliorer le service rendu à l'utilisateur. Ce dernier n'étant pas nécessairement en position de choisir (compte tenu de différents facteurs allant de l'existence d'une offre monopolistique à la non-solvabilité ou la vulnérabilité de l'utilisateur), c'est à la puissance publique que revient le contrôle de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux en fonction des orientations fixées dans le cadre des politiques sociales et médico-sociales.

Dans cette perspective, la loi du 2 janvier 2002 généralisa les pratiques évaluatives en imposant l'autoévaluation, dite évaluation interne, et la communication de ses résultats tous les cinq ans aux autorités compétentes. Elle imposa également l'évaluation externe à laquelle les établissements et services doivent procéder tous les sept ans en recourant à des organismes habilités. En fonction des résultats de cette évaluation externe, les établissements et services sont autorisés ou non à fonctionner tous les quinze ans⁷. Pour donner un avis sur les organismes habilités à procéder aux évaluations externes et pour valider les procédures et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, la loi institua un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS). Après diverses péripéties, cette dernière instance devint l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en 2006.

Le décret du 15 mars 2007 relatif aux évaluations externes et son annexe précisant le cahier des charges des évaluations établit clairement un lien entre qualité et droit des usagers. Ainsi, la section 2 du cahier des charges invite à explorer prioritairement le domaine de l'effectivité des droits des usagers et particulièrement « les conditions de participation et l'implication des personnes bénéficiaires des prises en charge ou accompagnements, les mesures nécessaires au respect du choix de vie, des relations affectives, de l'intimité et de la confidentialité ». Dans ces conditions, ce n'est donc pas un hasard si la recommandation de l'ANESM relative à la mise en œuvre de l'évaluation interne insiste sur quatre priorités qui sont directement liées à l'émergence de la figure de l'utilisateur : l'effectivité du droit des usagers, la personnalisation de l'intervention, les modalités d'évaluation des besoins et attentes des personnes et leur articulation avec le projet individuel comme avec le mode de fonctionnement plus quotidien de l'établissement ou du service ; la sécurité des usagers et la gestion des risques. De même, l'ANESM édita rapidement deux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ayant pour objet la participation des usagers : *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008) et *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2009).

Au-delà de l'attention portée à l'effectivité des droits des usagers, le thème de la qualité a également contribué à intégrer la figure de l'utilisateur dans le processus même d'évaluation. En effet, il est précisé que les usagers ne doivent pas être qu'objets, mais aussi sujets de l'évaluation : le processus évaluatif est entendu comme une coopération entre les usagers, les professionnels, les gestionnaires

⁷ Depuis la loi HPST du 21 juillet 2009, les établissements et services sociaux et médico-sociaux doivent procéder à deux évaluations externes entre la date de leur autorisation et celle de leur renouvellement.

des établissements et services sociaux et médico-sociaux et les autorités publiques. Cette posture est le résultat d'une doctrine qui s'est progressivement forgée dans les instances nationales en charge de l'évaluation et que reprend la recommandation de l'ANESM sur l'évaluation interne : l'évaluation « repose de manière essentielle sur le croisement des perspectives, intégrant l'ensemble des acteurs concernés : professionnels, usagers, entourage, partenaires, bénévoles... Elle est un exercice de citoyenneté au sein des établissements et des services » (ANESM, 2008). Contrairement à une approche de type audit, c'est bien une démarche participative incluant, entre autres, les usagers, qui est privilégiée par les pouvoirs publics.

Pourtant, les éléments dont nous disposons ne permettent guère d'en conclure que, dans les faits, l'utilisateur ait acquis une place centrale dans les démarches d'évaluation visant à appréhender la qualité des prestations. D'après une enquête réalisée en 2008, puis en 2009 par l'ANESM auprès d'un échantillon représentatif de 3000 établissements et services en France ayant mis en œuvre une démarche d'évaluation interne, il apparaît que la participation des usagers ne s'élève qu'à 64% dans le secteur gériatrique. Quant au mode de participation à l'évaluation interne, il transite majoritairement par la sollicitation du conseil de la vie sociale et par la réalisation d'enquêtes de satisfaction. Ce qui fit dire au président du conseil scientifique de l'ANESM : « Si les premiers résultats de cette enquête sont plutôt encourageants quant au développement de l'évaluation elle-même, la participation des usagers reste à un niveau assez faible, l'utilisateur se situant plus comme un acteur peu actif fournissant davantage des informations qu'il ne prend part au processus d'évaluation interne lui-même. Oscillant entre information et consultations, le degré de participation reste globalement bas dans les évaluations internes » (Legros, 2010, p.57). Par conséquent, si la figure de l'utilisateur est souvent invoquée, l'effectivité de sa participation, au-delà d'aspects formels, semblent encore très balbutiante. Il est vrai que les démarches participatives sont complexes à mettre en œuvre eu égard à la fragilité de la plupart des publics accueillis et elles sont également coûteuses en temps.

3.2.2- Des démarches qualité au service du client

Mais parallèlement, les grandes institutions et fédérations du secteur gériatrique se sont mobilisées, sans même attendre 2002, pour promouvoir des démarches qualité. Ainsi, beaucoup d'entre elles se sont engagées dans la construction de référentiels pour tenir compte de leurs spécificités et construire leur propre démarche d'amélioration de la qualité pouvant déboucher à terme sur une certification. Le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées a été particulièrement concerné car, indépendamment de la loi du 2 janvier 2002, la conjonction entre

la nécessité de signer des conventions tripartites Etat-département-établissement et le contexte plus concurrentiel marqué par le développement d'une offre privée commerciale a incité les divers acteurs à se mobiliser autour de la question de la qualité des prestations rendues. Ainsi, le SYNERPA (Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées) s'est engagé le premier dans la production d'un référentiel de certification en partenariat avec la FNAQPA (Fédération nationale accueil et qualité de vie des personnes âgées), avec l'appui d'un organisme certificateur.

Le processus a été encore plus intense sur le champ de l'aide à domicile ou, plutôt, des services aux personnes. En effet, avec la loi Borloo du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, le secteur de l'aide à domicile s'est libéralisé. Le mouvement de dérégulation du secteur avait déjà été bien amorcé auparavant, mais il n'a cessé de croître. Une des répercussions a été la création d'entreprises commerciales de services à la personne dans un secteur traditionnellement dominé par la mouvance associative. Alors que cette dernière représentait 90% des établissements en 2000, cette proportion est tombée à 67% en 2008. En sens inverse, le secteur lucratif est passé de 10 à 25% sur la même période⁸. Cette progression est toutefois à relativiser au regard de notre objet d'étude car elle concerne l'ensemble des services aux personnes, et pas seulement ceux relatifs aux personnes âgées.

Néanmoins, c'est bien ce caractère de plus en plus concurrentiel de l'aide à domicile qui a incité les acteurs associatifs à s'engager les premiers, dès la fin des années quatre-vingt dix, dans un processus de normalisation en lien avec l'AFNOR (Association française de normalisation). Cette réflexion, qui a eu lieu sous l'égide du Gériapa (Groupement d'Etudes, de Recherches et d'Initiatives pour l'Aide aux Personnes Âgées), a abouti en septembre 2000 à l'élaboration de la norme NF X 50-056 « Services aux personnes à domicile ». Cette norme précise les exigences normatives que doivent mettre en place les structures d'aide, de soins et de services à domicile, dont la mission vise à faciliter, maintenir ou améliorer la vie à domicile, aussi bien pour des personnes âgées, des personnes handicapées ou malades, que des familles en difficultés. Par ailleurs, cette norme a été complétée en mai 2008 pour tenir compte de l'évolution de la réglementation. Depuis, il existe d'autres référentiels de certification des services aux personnes reconnues dans le Code de la consommation : Qualicert de l'organisme SGS-ICS (1999, 2007) et Qualisap du Bureau Veritas Certification (2009).

⁸ D'après « Les chiffres clés de l'emploi de l'aide à domicile associative », Fiches pratiques du Centre national d'animation et de ressources, mars 2010, disponibles sur www.uniopss.asso.fr.

Ces processus de normalisation, voire de certification, ont été construits de façon à placer l'utilisateur au cœur des initiatives et des préoccupations des professionnels (Pelletier, 2005). Mais il ne fait pas de doute qu'au-delà d'une réelle dynamique en faveur de la professionnalisation des services d'aide à domicile, c'est bien le contexte concurrentiel qui pousse les opérateurs, tant associatifs que lucratifs, à s'engager dans de telles démarches.

Ce phénomène a été amplifié sur le champ de l'aide à domicile par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, dite loi Borloo. Jusqu'alors, la loi du 2 janvier 2002 avait prévu que l'ensemble des services à la personne soient soumis au droit commun en matière d'évaluation. Mais depuis l'ordonnance du 1^{er} décembre 2005, il existe un droit d'option pour les services d'aide à domicile entre le régime d'autorisation prévu par le Code de l'action sociale et des familles et celui de l'agrément dit qualité prévu par le Code du travail. Dans le premier cas, l'autorisation est accordée par le président du conseil général en fonction des besoins locaux tels qu'ils sont évalués dans les documents de planification. Les services doivent faire procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, par le biais d'une évaluation interne (à trois reprises sur la période d'autorisation) et d'une évaluation externe (à deux reprises sur la période d'autorisation). Cette dernière est réalisée par l'un des organismes externes habilités par l'ANESM qui doit tenir compte du respect des dispositions du cahier des charges prévues par le décret du 15 mai 2007. Seuls les organismes ayant fait l'objet d'une certification volontaire sont exonérés de l'obligation d'évaluation.

En revanche, dans le cas des services ayant opté pour l'agrément qualité, la procédure administrative est beaucoup plus souple et dépend de l'administration déconcentrée de l'Etat, le conseil général n'émettant qu'un avis. Les services concernés doivent néanmoins répondre à un certain nombre d'impératifs et de contrôles. En particulier, les services aux personnes agréés doivent s'engager sur le respect de certains points publiés en annexe d'un arrêté du 24 novembre 2005, comme l'organisation du traitement des réclamations, l'organisation de contrôles internes réguliers, la réalisation d'une enquête auprès des bénéficiaires au moins une fois par an, la transmission au préfet, chaque année, d'un rapport d'activité présentant un bilan quantitatif et qualitatif. Quant à l'agrément, il est renouvelé tous les cinq ans au vu d'une évaluation externe réalisée par un organisme habilité par l'ANESM. Si ces diverses obligations ne sont pas très éloignées de celles imposées aux services autorisés, elles ne peuvent s'apparenter aux dispositions relatives à l'évaluation dans le cadre du droit commun car elles sont beaucoup plus proches de procédures classiques de suivi et de contrôle (Savignat, 2009).

Néanmoins, dans tous les cas, l'encouragement à la création de services à la personne génère inévitablement un contexte concurrentiel accru. Les pouvoirs publics tentent de faire en sorte que ce contexte se traduise par une amélioration de la qualité du service rendu à l'utilisateur. Outre les contraintes imposées en ce domaine par les lois du 2 janvier 2002 et du 26 juillet 2005, les pouvoirs publics ont également impulsé une politique de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile. Tous ces efforts pour renforcer la qualité des prestations à domicile sont supposés tendre vers une meilleure prise en compte de l'utilisateur qui, par l'existence d'une offre de plus en plus concurrentielle, serait à même d'enclencher un cercle vertueux en privilégiant les prestataires de qualité au détriment des autres. De fait, l'utilisateur est de plus en plus considéré comme un client ou consommateur susceptible de peser sur la qualité de l'offre. Il nous restera à vérifier dans notre enquête de terrain si cette évolution du secteur de l'aide à domicile favorise effectivement une meilleure prise en compte de sa parole et, corrélativement, quel type de parole.

DEUXIÈME PARTIE

**Enquête monographique dans
le département de la Drôme :
Analyse des configurations territoriales et
du jeu des acteurs gérontologiques**

La méthodologie suivie dans le cadre de cette recherche repose schématiquement, d'abord, sur une investigation au niveau des acteurs situés à l'échelon départemental, et ensuite sur des monographies réalisées à l'échelle de trois territoires infra-départementaux permettant d'analyser plus finement les dynamiques territoriales et d'acteurs. La recherche ne s'inscrit donc pas dans une visée comparative interdépartementale. Si l'analyse comparative offre des perspectives heuristiques intéressantes, il nous semble plus fécond d'effectuer une analyse qualitative de type monographique. En effet, chaque territoire étant singulier, il serait nécessaire d'inclure dans le champ d'observation de nombreux départements pour que des recoupements puissent être valablement opérés, à l'instar de ce qui avait été réalisé, par exemple, dans le cadre de la recherche Mire-Plan urbain consacrée aux services urbains et personnes âgées dépendantes (Mire, Plan urbain, 1991).

En l'occurrence, l'objectif assigné à notre recherche est moins de tirer des conclusions généralisables à l'ensemble du territoire national que d'identifier des dynamiques territoriales et d'acteurs – par définition singulières – favorable à la prise en compte la parole des plus âgés. D'ailleurs, le choix du département de la Drôme ne résulte pas d'une volonté de mettre en exergue un département se distinguant par des caractéristiques qui pourraient être considérées comme exemplaires eu égard au thème de l'expression des personnes âgées. Le choix s'est en fait porté sur ce département compte tenu de contacts antérieurs établis à l'occasion d'une démarche de formation-action liant l'université Paris-Est Val de Marne et le conseil général. En effet, d'un point de vue démographique et sociologique, le département de la Drôme se caractérise plutôt comme un département « moyen », tant par le vieillissement de sa population (qui est assez proche de la moyenne nationale, tout en étant légèrement supérieur) que par son tissu rural/urbain assez équilibré avec une frange urbaine située le long de la vallée du Rhône et une partie plus rurale, et donc plus vieillissante, située à l'est du département.

1- Le département de la Drôme et ses acteurs

Dans un premier temps, nous avons cherché à situer le cadre d'expression des personnes âgées à l'échelle du département de la Drôme. Dans cette perspective, nous avons interviewé l'ensemble des acteurs dont le rayon d'action est à vocation départementale. Ceux-ci sont en nombre relativement

limité : il y a bien sûr les acteurs du conseil général, en particulier les agents du service « personnes âgées – personnes handicapées » ; les retraités et personnes âgées eux-mêmes à travers l'instance les représentant (le CODERPA 26) ; et enfin les deux associations d'aide à domicile très implantées sur quasiment tout le département de la Drôme (EOVI Services et Soins, ADMR 26). Ces acteurs ne peuvent à eux seuls résumer l'ensemble des enjeux liés à la prise de parole des personnes âgées. Néanmoins, ils offrent une première photographie du positionnement de trois types d'acteurs majeurs jouant un rôle dans la production de l'expression des personnes âgées.⁹

1.1- Les caractéristiques du département

Le département de la Drôme est l'un des huit départements de la région Rhône-Alpes. Son territoire présente des caractéristiques variées, ne serait-ce que par son relief qui comprend une partie de la vallée du Rhône, mais également des zones montagneuses avec en particulier une partie du Vercors.

Le département présente un tissu urbain autour de villes plutôt situées sur l'axe de la vallée du Rhône. Ainsi, au-delà de son chef-lieu, Valence (64 000 habitants), le département compte cinq villes de plus de 10 000 habitants : Montélimar, Romans, Bourg-Lès-Valence, Pierrelatte, Bourg-de-Péage. Mais il compte également de nombreuses zones rurales qui lui valent d'avoir quatre territoires labellisés « Pôle d'Excellence Rurale ». Ces territoires ruraux, voire montagneux, sont situés sur l'est du département et sont plutôt marqués par un vieillissement accru de la population.

C'est pourquoi on distingue généralement plusieurs « Drôme » : la Drôme des Collines Royans Vercors, située au nord du département ; le Grand Valentinois, qui correspond à la zone urbaine comprenant Valence et ses environs ; la Vallée de la Drôme, qui s'étend d'est en ouest de la vallée du Rhône jusqu'aux Hautes Alpes ; et enfin la Drôme provençale, située au sud du département. Ces quatre grands bassins de vie correspondent au découpage sur lequel l'organisation territoriale du département a pris appui. En l'occurrence, il s'agit des quatre territoires d'intervention de la Direction « personnes âgées – personnes handicapées ».

La Drôme est un département comptant un peu moins de 500 000 habitants, dont environ 100 000 personnes âgées de plus de 60 ans. Sa structure démographique est assez proche de celle de la

⁹ Il existe en réalité un autre acteur : l'Etat. Nous faisons ici référence à l'unité territoriale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) qui a en charge, en lien avec le conseil général, le renouvellement des agréments qualité. Compte tenu de son rôle relativement modeste, nous l'aborderons dans notre dernière partie.

région Rhône-Alpes et de celle de la France. Néanmoins, avec un taux de « 60 ans et plus » de l'ordre de 23%, la Drôme présente un vieillissement démographique légèrement supérieur aux moyennes nationale et régionale.

Population drômoise répartie par âge et sexe en 2007

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	229 952	100	243 470	100
0 à 14 ans	45 560	19,8	43 122	17,7
15 à 29 ans	41 166	17,9	43 122	17,7
30 à 44 ans	46 718	20,3	48 370	19,9
45 à 59 ans	47 771	20,8	50 175	20,6
60 à 74 ans	32 331	14,1	36 070	14,8
75 à 89 ans	15 484	6,7	23 775	9,8
90 ans ou plus	922	0,4	2760	1,1

1.2-Un acteur politique et administratif : le conseil général

Le conseil général de la Drôme est présidé depuis 2004 par un élu socialiste, Didier Guillaume. L'exécutif dispose d'un délégué à la santé et aux personnes âgées, dont le poste est occupé par un élu socialiste qui est par ailleurs médecin généraliste sur la ville de Romans. Comme tous les départements français, le conseil général de la Drôme consacre une part importante de son budget aux dépenses sociales. En l'occurrence, le poste « personnes âgées » correspond approximativement au dixième de ses dépenses ; c'est le deuxième poste de dépenses après celui des routes et des transports. En particulier, le département compte plus de 6 000 bénéficiaires de l'APA pour un coût d'environ 25 millions d'euros.

Dans ce chapitre, nous présenterons l'organisation et le rôle central joué par la Direction « personnes âgées / personnes handicapées » au sein du conseil général, ainsi que deux services qui en dépendent, mais qui remplissent une fonction particulière par rapport au thème de la prise en compte de la parole des personnes âgées : la coordination gérontologique et Allô Drôme Seniors.

1.2.1- La Direction « personnes âgées – personnes handicapées »

Les services administratifs sont constitués d'une Direction « personnes âgées – personnes handicapées » qui dépend de la Direction des solidarités. Un des documents d'orientation de l'action de cette Direction est constitué du schéma gérontologique départemental. Un premier schéma gérontologique a été réalisé en 1998, suivi d'un second (2005-2009) qui est maintenant arrivé à terme. Celui-ci définit les orientations de la politique gérontologique départementale dont l'axe

central est le développement du maintien à domicile et l'amélioration de la qualité des prises en charge. La question de « la parole » des personnes âgées ne fait pas l'objet d'un traitement particulier, si ce n'est à travers une volonté de renforcer le droit des usagers par le biais d'un programme pluriannuel d'inspection des établissements et d'une politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables tant à domicile qu'en institution.

La Direction « personnes âgées / personnes handicapées » est structurée autour de quatre territoires d'intervention qui sont placés, chacun, sous la houlette d'un adjoint de direction en charge de la gestion du dispositif APA, de l'accueil familial, et des situations individuelles en soutien technique de la trentaine de centres médico-sociaux de proximité répartis sur l'ensemble du département. Parallèlement, les autres missions de solidarité du conseil général (logement, prévention-santé, enfance-famille, insertion) sont également déclinées au niveau des territoires par d'autres adjoints de direction.

Les adjoints de direction ont pour rôle principal de contribuer à la mise en œuvre des politiques départementales. Ils assurent notamment l'encadrement technique des centres médico-sociaux et de leurs professionnels de terrain (médecins, puéricultrices, assistantes sociales, psychologues...). Par ailleurs, ils sont mobilisés lorsque les situations individuelles revêtent un caractère complexe.

La gestion du dispositif APA a naturellement accru la charge de travail de la Direction « personnes âgées – personnes handicapées » puisque cette dernière a la responsabilité de l'évaluation médico-sociale des situations individuelles et de l'élaboration des plans d'aide. Mais elle a également fait émerger de nouvelles problématiques. C'est particulièrement le cas des situations de maltraitance autour duquel le conseil général s'est engagé dès 2004 en mettant en place un groupe de travail sur le thème de « La prise en considération des situations de maltraitance ou de risque de maltraitance de la personne adulte vulnérable ». Ce groupe, qui réunit une cinquantaine de professionnels très divers (organismes de tutelle, infirmières, médecins, justice, services hospitaliers, services à domicile et établissements), gendarmerie, Allo maltraitance, CODERPA...), a abouti sur la production de plusieurs outils, dont un référentiel visant à définir les actions propices à la « bientraitance » et à exposer les conduites à tenir en cas de risque et de maltraitance avérée. Cette initiative prise par le conseil général de la Drôme n'est pas sans lien avec notre sujet de recherche dans la mesure où l'un des principes fondamentaux définis par le groupe de travail est de prendre en considération la parole de la personne vulnérable et de l'associer aux actions engagées.

1.2.2- Les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC)

Le département dispose d'un service de coordination gérontologique qui regroupe huit CLIC. Les CLIC, qui ont été mis en place et qui sont gérés directement par le département depuis 2007, sont implantés sur des bassins de vie comprenant de trois à six cantons. Dans une logique de coordination de niveau 1, ils avaient notamment une fonction d'accueil, d'information, d'orientation du public âgé. Mais suite à un audit réalisé en 2009, les huit CLIC se sont vu retirer cette fonction d'accueil individuel des usagers pour être positionnés sur une fonction de développement d'actions collectives.

Si aujourd'hui, les CLIC ne font plus d'accueil individuel des personnes âgées et de leur famille, ils continuent malgré tout à rester en lien direct avec ce public (ainsi qu'avec les différents partenaires institutionnels et gérontologiques) à travers les diverses actions collectives engagées. En particulier, il convient de noter que les CLIC organisent régulièrement des sessions d'aide aux aidants.

1.2.3- Le service Allô Drôme Seniors

La création du service Allô Drôme Seniors à l'automne 2009 est la conséquence du recentrage de la fonction des CLIC sur l'animation territoriale et la coordination de projets. Ainsi, le service, qui a ouvert en novembre 2009, joue explicitement un rôle d'écoute de la parole des usagers pour « connaître les services facilitant le maintien à domicile (portage de repas ou aide ménagère), trouver un établissement d'accueil dans un secteur donné, faire une demande dossier APA, suivre une session d'aide aux aidants familiaux... »¹⁰. Il s'agit d'un centre d'appel centralisé (via un numéro azur) qui a pour objectif de répondre à toutes les questions des personnes âgées et de leur famille. Il fonctionne grâce à une équipe d'accueillantes téléphoniques qui reçoit les appels du lundi au vendredi et tente d'apporter des réponses et d'orienter les usagers vers les services adaptés à leur situation.

Le bilan d'activités du service sur l'année 2010 indique une moyenne de 1 300 appels mensuels. Les appels correspondent à des demandes d'informations très diverses qui concernent les prestations du département, mais également les différents établissements et services, le chèque emploi service universel, le transport, etc. Le service, qui a été créé à l'intention des personnes âgées de plus de 60 ans, a vocation à s'étendre également au public handicapé.

¹⁰ Selon les termes du communiqué de presse publié à l'occasion du lancement du service.

1.3- L'instance de représentation départementale des retraités : le CODERPA 26

Les personnes âgées disposent elles-mêmes d'une instance dont le rôle est de « porter leur parole » au niveau départemental. Il s'agit du Comité départemental des retraités et personnes âgées (CODERPA). Cette structure, qui existe depuis 1982 mais qui a été réinstallée suite à la loi du 13 août 2004, est un organisme ne disposant pas de la personnalité morale, ni de l'autonomie financière : il s'agit d'une instance consultative placée auprès du président du conseil général pour être un lieu d'échanges et de réflexions. Elle doit être consultée sur les textes départementaux à valeur réglementaire et peut s'autosaisir de tout sujet en relation avec les retraités et personnes âgées.

Le CODERPA 26 est une instance élue pour trois ans composée de quatre collèges comprenant :

- 17 représentants des associations et organisations syndicales regroupant les retraités et personnes âgées présentes au niveau départemental.
- 8 représentants d'institutions et services contribuant à la prise en charge des personnes âgées.
- 13 représentants des institutions et organismes financeurs contribuant à la prise en charge des personnes âgées, ainsi que des personnes qualifiées.
- 4 membres du conseil général ou de ses services administratifs.

Le CODERPA 26 fonctionne grâce à une subvention de fonctionnement apportée par le conseil général qui lui permet notamment de disposer d'un temps de secrétariat. Il se réunit trois fois par an en séances plénières. Sinon, il fonctionne essentiellement par le biais de quatre commissions (hébergement, soutien à domicile, vie sociale, information et communication) et, le cas échéant, par des groupes de travail et des réunions décentralisées. Il dispose par ailleurs d'un moyen de communication par sa *Lettre du Coderpa* qui est tirée à 1800 exemplaires.

Suite à la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, il était à craindre que le CODERPA ne devienne une structure vide. En effet, dans son titre III, chapitre IX, article L. 149-1, la loi stipule que « la composition et les modalités de fonctionnement des comités départementaux des retraités et personnes âgées (...) sont fixées par délibération du conseil général. Les membres du comité sont nommés par arrêté du président du conseil général ». Autrement dit, par rapport à la situation qui a précédé, la loi du 13 août 2004 a évincé la présence de l'Etat dans le fonctionnement des CODERPA. Surtout, elle a laissé aux présidents de conseils généraux la liberté de revoir à leur guise la composition des CODERPA, ainsi que les modalités de leurs relations avec eux ; ce qui aurait pu amoindrir le rôle de ce contre-pouvoir.

Pourtant, force est de constater que dans le département de la Drôme, le CODERPA joue véritablement un rôle de représentation et de courroie de transmission vis-à-vis du conseil général. Non seulement les comptes rendus d'activités témoignent d'un travail de réflexion non négligeable de la part du CODERPA 26, mais en plus, de son côté, le conseil général de la Drôme a fait le choix d'en faire un réel interlocuteur. Ainsi, une rencontre a lieu annuellement avec le président du conseil général pour faire le point sur les activités de l'année écoulée et des contacts réguliers existent avec l'élu départemental en charge des personnes âgées et, sur le plan technique, avec le Directeur « personnes âgées – personnes handicapées » du conseil général.

Un indicateur de la volonté du conseil général de ne pas évincer le CODERPA réside dans sa décision de ne pas imposer de représentants issus de l'assemblée départementale dans le bureau afin de laisser à ce dernier son entière autonomie. C'est pourquoi, contrairement à la plupart des autres CODERPA en France, l'instance est présidée et vice-présidée par un représentant des personnes âgées, respectivement par un représentant de la Fédération des Aînés Ruraux de la Drôme et un représentant de la Fédération Générale des retraités de la Fonction Publique¹¹. On peut donc supposer que le CODERPA est en mesure de jouer un véritable rôle de « porte-parole » des personnes âgées au niveau départemental. Parmi d'autres occasions, le CODERPA 26 est en particulier associé aux travaux préparatoires à l'élaboration du schéma gérontologique. Il a par ailleurs travaillé avec les services du conseil général et de la DIRECCTE sur la question des critères de renouvellement des agréments qualité des services aux personnes.

1.4- Les associations d'aide à domicile

Le département de la Drôme compte de nombreux services d'aide à domicile et de services à la personne. Toutefois, il n'existe que deux structures ayant un rayonnement départemental : EOVI Services et Soins et l'ADMR.

1.4.1- EOVI Services et Soins

EOVI Services et Soins est une émanation de la Mutualité de la Drôme qui bénéficie d'un ancrage historique dans le département de la Drôme et qui fait partie aujourd'hui du réseau de l'UNA. Elle a développé une grande diversité de services allant de petites unités de vie pour personnes âgées

¹¹ Au regard du décret du 22 juillet 1998, modifiant celui du 4 août 1982 instituant un comité national et des comités départementaux de retraités et personnes âgées, le CODERPA aurait dû être présidé par le président du conseil général ou par son représentant.

jusqu'à des centres d'optique et d'audition, en passant par des structures de la petite enfance. L'activité originelle de l'organisme mutualiste était consacrée à l'hébergement des personnes âgées. C'est un domaine dans lequel il a même été pionnier en contribuant à formaliser et à mettre en place un nouveau mode d'hébergement pour personnes âgées : le domicile collectif¹². C'est ainsi qu'encore aujourd'hui, EOVI Services et Soins gère une dizaine de petites unités de vie de dix à vingt places appelées « les Géronlines » pour les personnes âgées désorientées et/ou dépendantes physiquement et « les Sérénides » pour les personnes âgées valides ou en perte d'autonomie. EOVI Services et Soins gère également sept résidences pour personnes âgées, dont six bénéficient du statut d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes. Au total, près de 650 personnes âgées sont hébergées par l'organisme mutualiste.

EOVI Services et Soins dispose d'un important secteur de services à domicile. Il s'agit de services à la personne pouvant s'adresser à tout type de public. Elle intervient en mode prestataire, mais aussi en mandataire à travers l'association Agir à domicile (2Ad) qui met à disposition des employeurs des personnels pouvant intervenir sept jours sur sept, y compris la nuit et les jours fériés. Au total, EOVI Services et Soins, avec près d'un million d'heures réalisées, est le premier opérateur en Rhône-Alpes.

A ce pôle d'aide à domicile à vocation sociale ou médico-sociale, il convient d'ajouter un service de soins infirmiers à domicile pouvant intervenir auprès de 250 personnes âgées ou handicapées, par le biais de ses cinq antennes réparties sur le territoire. Depuis 2006, EOVI Services et Soins gère par ailleurs un service d'hospitalisation à domicile situé dans le nord du département qui accompagne à leur domicile les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques.

En outre, l'organisme mutualiste ayant vocation à s'adresser à l'ensemble de la population, et pas seulement aux personnes âgées ou handicapées, est également gestionnaire d'une multitude d'autres équipements et services : trois structures multi-accueil, un foyer de vie pour adultes handicapés, une résidence sociale pour jeunes de 18 à 30 ans en insertion, des cabinets dentaires, des centres d'optique, des centres d'audition, etc.

EOVI Services et Soins est donc un opérateur sanitaire et social important dans le département de la Drôme, notamment auprès du public âgé. Au-delà de son importance et de sa bonne implantation locale, l'autre caractéristique de l'organisme est qu'il est en train de redéfinir sa « stratégie

¹² Le domicile collectif est un concept de petite unité de vie, que l'on retrouve dans d'autres endroits en France, qui repose sur quelques principes fondamentaux comme, par exemples, le respect de l'autonomie des résidents qui sont chez eux dans la structure et l'externalisation des personnels soignants (Cleirppa, 1997).

d'entreprise ». Celle-ci fait suite à la nomination d'un nouveau directeur en 2006 et à une réorganisation fonctionnelle au sein de l'équipe de direction. A la culture du « social » qui a longtemps prévalu au sein de la Mutualité de la Drôme, la nouvelle direction a été porteuse d'un autre projet de nature plus entrepreneuriale et gestionnaire « *avec un double objectif : répondre à un changement culturel dans les organisations, répondre à une notion de qualité* » (directeur EOVI Services et Soins). Cette réorientation est incontestablement liée au profil du nouveau directeur qui a travaillé précédemment dans le monde de l'industrie et qui souhaite importer dans le social la culture du « client ». Aux relations marquées par l'affectif qui caractériseraient le social, il souhaite impulser un nouveau management des organisations, en l'occurrence un management par projets basé sur une approche plus transversale des problématiques.

Il y a là une stratégie de « gouvernement par les instruments » relativement similaire à ce que les politologues ont observée à propos de l'évolution de l'action publique (Lascoumes, Le Galès, 2005). En l'occurrence, les « instruments », en objectivant la réalité perçue par les usagers, se veulent un vecteur de changement de l'organisation ou de l'action publique. La gestion du changement ne s'opère ainsi plus par voie hiérarchique, mais par une auto-transformation des agents en charge de la gestion d'un public ou d'un secteur d'activité.

Dans cette perspective, la « qualité » apparaît comme une notion centrale pour faire évoluer l'organisation dans le sens souhaité. D'ailleurs, une responsable qualité a été embauchée en 2009 et l'objectif d'EOVI Services et Soins est d'obtenir une certification de ses activités, aussi bien dans le domaine de l'hébergement que de l'aide à domicile. Plus globalement, la direction vise à engager l'ensemble de la structure dans une démarche d'amélioration continue de la qualité par le biais d'une certification ISO 9001.

Indépendamment de la certification, le vecteur pour mettre en place la qualité est d'assurer une meilleure prise en compte de la parole des usagers. Sur ce registre, EOVI Services et Soins peut s'appuyer sur un modèle que la structure a expérimenté dans un cadre légal : la Commission de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC). Cette instance a été mise en œuvre dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et elle a permis d'intégrer dans la réflexion sur la qualité des représentants d'associations telles que La Ligue contre le cancer ou ALMA. Le bilan tiré de cette expérience croisant les regards des usagers et des professionnels constitue, aux yeux des responsables, une voie généralisable pour d'autres services.

« On prend toutes les plaintes que l'on a eues dans l'année. L'objectif est de faire de la transparence. Ce qui a des limites quand vous mettez des médecins ou des infirmières. Toute la difficulté est de trouver des gens qui soient représentatifs et qui puissent s'exprimer sur le sujet, mais que l'on ne devienne pas trop ésotérique et que l'on réfléchisse entre nous (...). C'est pour cela que l'on a pris des gens qui n'y connaissent absolument rien : des personnes de la Ligue contre le cancer. On prend des cas et chacun pose des questions. On voit cela ensemble. » (Directeur EOVI Services et Soins)

Sur ce modèle, la structure mutualiste entend poursuivre à partir de 2011 dans le secteur des services à la personne et des services de soins infirmiers à domicile. Dans le cas présent, ce sont moins les contraintes réglementaires qui l'incitent à procéder ainsi que la volonté d'impulser une démarche d'amélioration de la qualité. Il y a tout au moins une conjonction d'incitations, mais la prise en compte de la parole de l'utilisateur apparaît plus liée à la nouvelle culture d'entreprise d'EOVI Services et Soins qui est axée sur la satisfaction de sa clientèle que sur des contraintes normatives extérieures.

En l'occurrence, dans un premier temps, a été instituée une recension systématique des plaintes dans un souci de traçabilité, mais également de réponse aux plaintes. Ainsi, toute plainte, même téléphonique, est enregistrée et centralisée par la responsabilité qualité qui, après concertation avec les responsables concernés, rédige une réponse circonstanciée.

Puis est en train d'être généralisé en 2011 l'envoi de questionnaires de satisfaction aux personnes utilisatrices du service de soins infirmiers à domicile (au bout d'une semaine et au bout d'un an) et du service aux personnes. A terme, le traitement des résultats devrait s'effectuer de manière similaire à ce qui a été mis en place dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

1.4.2- L'ADMR de la Drôme

L'Aide à Domicile en Milieu Rural est issue d'un mouvement familial qui est né au lendemain de la guerre pour aider les familles à faire face à leurs besoins dans un contexte de pénurie et d'exode rural. A la différence d'EOVI Services et Soins, les ADMR sont présentes dans toute la France. Au total, les ADMR représentent 3 350 associations locales regroupées en 94 fédérations départementales qui elles-mêmes sont fédérées en une union nationale. A l'échelle de la France, l'ADMR représente un opérateur très important des services à domicile puisqu'avec ses 100 000 salariés, elle intervient auprès de 650 000 personnes pour un total de dix millions d'heures d'intervention à domicile.

La première association drômoise est née dès l'origine, en 1947, pour intervenir auprès des familles en difficultés dans cinq villages. La fédération ADMR de la Drôme est née quant à elle quelques années plus tard en 1951. Elle compte aujourd'hui une vingtaine d'associations locales, qui ont chacune leur autonomie par le biais de leur propre conseil d'administration.

L'ADMR trouve donc sa raison d'être dans la gestion de services de travailleuses familiales (devenues techniciennes de l'intervention sociale et familiale) au profit des familles ayant besoin d'une aide ponctuelle pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante et l'éducation des enfants. Mais progressivement, elle va suivre le même chemin de la diversification de ses activités que sa consœur la Mutualité de la Drôme devenue EOVI Services et Soins. C'est ainsi qu'aujourd'hui, outre les activités liées aux services à la personne, l'ADMR gère trois services de soins infirmiers à domicile, deux crèches-halte garderies, ainsi que des activités complémentaires telles que le portage de repas à domicile, la téléassistance, l'aide aux devoirs...

Par conséquent, l'ADMR de la Drôme se distingue quelque peu du profil d'EOVI Services et Soins dans la mesure où son histoire ne l'a pas amenée à s'engager dans la gestion de structures d'hébergement, ni de structures ou de services de santé. Au total, son activité reste conséquente puisqu'elle emploie plus de 600 personnes et prodigue plus de 650 000 heures d'interventions à domicile. Mais une des spécificités de l'ADMR est qu'elle s'appuie sur des équipes de bénévoles qui assurent une partie de la gestion administrative des associations, ainsi que le lien social auprès des personnes âgées bénéficiaires des aides. Le bénévolat est donc une caractéristique originelle de ce mouvement associatif et représenterait près de 110 000 personnes au niveau national, soit quasiment autant que le nombre de salariés. Cette importance est reconnue et valorisée dans le cadre du projet institutionnel à travers la notion centrale de « triangle d'or » qui cherche à associer de manière étroite les trois acteurs fondamentaux de l'ADMR : l'utilisateur, le professionnel de l'aide à domicile, le bénévole.

Le débat sur la qualité de l'aide à domicile a fait irruption dans le réseau ADMR de la Drôme de manière différente à ce qui s'est passé pour EOVI Services et Soins. Ici, c'est clairement l'évolution législative (en particulier la loi du 2 janvier 2002, puis celle du 26 juillet 2005), conjuguée à une forte montée en charge de l'activité liée à l'APA, qui a incité la fédération ADMR à revoir son mode d'organisation pour tenir compte de cette nouvelle réalité économique et sociale, et notamment de la lourdeur accrue des prises en charge qui se révélaient de plus en plus différentes de celles effectuées dans le cadre de l'aide ménagère traditionnelle.

« La loi nous a amené un cadre et, au-delà, nous a amenés à nous poser des questions sur la professionnalisation en vue d'améliorer la qualité de nos services, par conséquent la satisfaction des clients. Cela nous a amenés à nous remettre en question, c'était un changement assez radical. (...) Avant 2002, les associations d'aide à domicile ADMR étaient gérées par des bénévoles au domicile des personnes âgées. Et il fallait tout d'un coup respecter un cahier des charges sans en avoir les moyens. Entre 2002 et 2007, cela a donc été la phase de structuration et de professionnalisation dans notre réseau. On avait des progrès à faire. » (Directeur fédération ADMR 26)

Par conséquent, c'est ce nouveau contexte qui a conduit le réseau ADMR à revoir son mode d'organisation et à s'engager activement dans une logique de professionnalisation des aides à domicile : mise en place d'une journée d'accueil des nouveaux salariés, passage d'un paiement à l'heure à une annualisation, formation des personnels, généralisation des secrétariats administratifs salariés dans les associations locales, etc. Parallèlement, la fédération a redéfini plus clairement les rôles de chacun en renforçant notamment l'encadrement. Si les associations locales ont toujours la responsabilité de la mise en place des services et l'animation de la vie associative, la fédération départementale intervient aujourd'hui plus activement sur le plan du soutien logistique, de la mutualisation des moyens et du conseil. En particulier, la fédération a embauché trois « accompagnants de proximité » dont la fonction est d'aider les associations locales dans leurs tâches quotidiennes (présélection du personnel, organisation du bénévolat, encadrement) et dans leurs stratégies de développement.

Il résulte de ces évolutions un rééquilibrage de la relation de pouvoir. En effet, dans le schéma précédent, le caractère peu formalisé de la relation entre l'employeur, la salariée et la personne aidée conférait un pouvoir non négligeable à l'intervenante à domicile. Cette dernière avait un statut précaire (paiement à l'heure), mais elle bénéficiait d'une relative indépendance et gérait sa relation avec l'utilisateur de manière quasi autonome. Cette situation était renforcée, surtout en milieu rural, par la proximité géographique, qui pouvait engendrer une proximité relationnelle, voire affective entre la professionnelle et l'utilisateur. C'est pourquoi l'exigence de qualité imposée par le législateur, tout comme l'émergence d'une concurrence sur le champ des services à la personne (qui a d'ailleurs conduit l'ADMR à s'implanter en milieu urbain), ont incontestablement contribué à redonner un certain poids à l'utilisateur en accroissant le rôle joué par l'encadrement technique.

« Lorsqu'une aide à domicile partait en congés, elle disait : "Madame X ne veut pas de remplaçante". On a alors envoyé un petit mot pour savoir s'ils souhaitaient une remplaçante et signé des personnes. Cela a été une étape difficile pour les salariés, mais on s'est rendu compte qu'elles ne souhaitaient pas être comparées à une autre. » (Directeur fédération ADMR 26)

Dans cette même perspective, la fédération ADMR réalise une enquête annuelle de satisfaction qui est envoyée de manière anonyme à toutes les personnes ayant bénéficié de ses services. Les

résultats sont ensuite renvoyés aux associations locales pour qu'elles s'en emparent au niveau de leur conseil d'administration. Au-delà de cette obligation légale, l'union nationale encourage ses associations locales à viser la certification AFNOR des services à la personne ; mais la fédération de la Drôme a fait le choix de ne pas s'y engager compte tenu des coûts importants que représente une démarche de certification.

Malgré une référence au modèle de l'entreprise marchande et au secteur sanitaire moins marquée à l'ADMR qu'à EOVI Services et Soins, la fédération est engagée dans un processus similaire de réification de l'utilisateur à travers la figure du « client ». En effet, c'est bien ce terme qui est aujourd'hui utilisé pour désigner l'utilisateur, même si l'ADMR a tendance, dans ses publications, à faire référence au « client-adhérent » pour marquer sa spécificité associative.

Néanmoins, compte tenu des caractéristiques historiques de l'ADMR, l'utilisateur n'existe pas que sous la forme du client. Il reste une « personne âgée » dans la relation entretenue avec les bénévoles de l'association. Ainsi, ces derniers ont une fonction d'écoute et de conseil qui dépasse la simple relation marchande. Ils assurent le suivi de l'intervention par des visites régulières afin de faire remonter les remarques auprès des salariés pour faire évoluer leur fonctionnement. Ils ont aussi pour fonction de chercher à développer des liens avec l'entourage de la personne aidée (famille, voisins, autres intervenants...). Dans certaines associations locales, certains bénévoles peuvent jouer un rôle encore plus détaché vis-à-vis du fonctionnement de la prestation à domicile : il s'agit des « bénévoles visiteurs ». Leurs fonctions consistent alors simplement à rendre visite aux personnes âgées, quand celles-ci sont à domicile ou hospitalisées. C'est un moyen de maintenir un lien social et de préserver une qualité d'écoute non contrainte par les nécessités de service. Cette neutralité de la relation permet la reconnaissance de l'utilisateur en tant que personne.

2- Une enquête monographique sur trois territoires infra-départementaux¹³

Indépendamment des caractéristiques du territoire drômois et du jeu des acteurs départementaux, il nous est apparu important d'effectuer un travail monographique sur trois territoires infra-départementaux. En effet, une des hypothèses centrales de notre recherche est que la prise en compte de la parole des personnes âgées est susceptible de varier selon les configurations territoriales. Pour cela, nous avons choisi comme unité géographique trois des huit CLIC existant dans la Drôme. Les territoires des CLIC, bien que relativement vastes, présentent une certaine homogénéité en termes de bassins de vie. C'est pourquoi le choix des trois territoires s'est effectué pour avoir la plus grande diversité possible des configurations territoriales.

Comme pour la partie départementale, la méthodologie suivie au cours de cette seconde phase a consisté en un travail d'enquête qualitative (par entretiens) mené auprès des principaux acteurs associatifs, professionnels, administratifs, politiques. Sur chacun des territoires, une quinzaine d'entretiens ont ainsi pu être réalisés. Cette seconde étape de recueil de données a été plus complexe que la précédente. D'une part, nous nous sommes heurtés à la difficulté habituelle d'obtenir des rendez-vous auprès d'élus politiques, dont le calendrier ne permettait pas toujours de coïncider avec le nôtre. Et d'autre, plus significatif, il n'a pas été possible de contacter tous les services d'aide à domicile escomptés. Beaucoup se sont effet excusés de ne pas avoir le temps de répondre à nos sollicitations. En fait, nous interprétons plutôt cette lacune comme un indicateur du contexte quelque peu tendu sur le front des services à la personne. Outre une situation concurrentielle qui n'incite pas forcément à se dévoiler sur ce sujet, notre enquête de terrain débutait en même temps que s'amorçait le processus de renouvellement des agréments qualité. Cette frilosité, qui a surtout concerné les structures de petite taille, ne nous aura pas permis de rencontrer de services d'aide à la personne à caractère commercial.

¹³ L'ensemble des chiffres cités dans ce chapitre proviennent des données de l'INSEE tirées du recensement de la population.

2.1- Le territoire du Tricastin

Le Tricastin est situé dans la Drôme Provençale, au sud du département drômois. C'est une région naturelle de la Vallée du Rhône, puisqu'elle est située sur le parcours du fleuve, ainsi que sur celui du canal de dérivation du Rhône.

Les deux villes importantes de la Drôme Provençale sont Montélimar au nord et Nyons au sud-est. Cette partie du département présente, comme l'indique son nom, les caractéristiques de la Provence : une faible altitude, un paysage façonné par de petites collines boisées ou cultivées. Il s'agit d'un territoire de transition entre le Dauphiné et la Provence, souvent considéré comme la frontière climatique entre le nord et le sud.

Le paysage du Tricastin est particulièrement marqué par les exploitations agricoles typiques de la Provence : olive et huile d'olives, truffes, vignes (avec les coteaux du Tricastin) et élevage. Les exploitations agricoles sont situées dans les terres, principalement autour de Grignan et Taulignan.

2.1.1- Un territoire composé de trois cantons de taille moyenne

Le territoire du Tricastin réunit trois cantons : le canton de Grignan, le canton de Saint-Paul-Trois-Châteaux et le canton de Pierrelatte. Globalement, le Tricastin est un territoire relativement habité, sans être toutefois d'une grande densité. Il présente en effet la particularité d'être composé de petites villes, qui ne correspondent ni au milieu rural, ni à de grandes agglomérations urbaines. Cette situation est une particularité du Tricastin.

Nous commencerons par la présentation du canton de Saint-Paul-Trois-Châteaux. Sa population s'élève à 18 637 habitants pour l'année 2007, ce qui correspond à une augmentation de 10 000 habitants en l'espace de trente années. Cet afflux de population est dû à l'implantation de la centrale nucléaire Areva sur le territoire et à son importance capitale sur tout le bassin de vie. Le Tricastin bénéficie en effet de l'influence majeure de la centrale nucléaire basée principalement sur la commune de Saint-Paul-Trois-Châteaux, mais également sur les communes de Pierrelatte et de Bolène. Construite en 1974, la centrale couvre 650 hectares. Elle représente encore à ce jour un bassin d'emploi attractif et est à l'origine de nombreux mouvements de population. En effet, le site nucléaire emploie plus de 2 900 salariés, dont 35% résident dans les communes limitrophes à la centrale. 2 000 emplois sont générés par des entreprises extérieures, liées à l'activité nucléaire, ainsi que de nombreux chantiers ponctuels qui mobilisent régulièrement des personnels qualifiés.

Depuis l'installation du site nucléaire, la population n'a cessé d'augmenter dans le canton. Avant l'implantation du site, le canton de Saint-Paul-Trois-Châteaux était peu peuplé et avait essentiellement des caractéristiques rurales. L'arrivée de la centrale a transformé la physionomie du chef lieu de canton qui est devenu une commune relativement importante. Le bassin d'emploi généré par la centrale a engendré de nombreux mouvements de population et notamment beaucoup d'arrivées.

« Ce sont des gens qui viennent sur Saint-Paul, ce ne sont pas des personnes originaires du territoire, ils sont originaires de toute la France, les origines sont très diverses. » (Directrice CCAS)

En 2007, 13,9% de la population venue s'installer dans le canton provenait d'une autre région métropolitaine de France. Le tissu économique local explique que la part des professions intermédiaires, avec 16,8%, est importante. Elle correspond aux techniciens présents sur la centrale. Vient ensuite la catégorie des autres personnes sans activité professionnelle, avec 16,7%. Ce chiffre élevé est encore une fois spécifique à la structuration de l'emploi dans le Tricastin. Ce sont pour la plupart des femmes car, pour beaucoup d'entre elles, elles ont suivi leur conjoint dans le Tricastin, sans forcément trouver une opportunité d'emploi pour elle-même, n'ayant pas les profils exigés par les métiers du nucléaire, ni ceux du secteur agricole.

Le deuxième canton – celui de Pierrelatte – correspond également à un territoire qui a pris de l'importance dans les années soixante-dix avec l'implantation du site nucléaire, mais dans de moindres proportions qu'à Saint-Paul-Trois-Châteaux.

En 2007, le canton de Pierrelatte était composé de 19 219 habitants (14 221 habitants en 1975). Dans ce canton, le solde naturel est plus importante dans la variation annuelle moyenne de la population (0,6%) que le solde apparent des entrées et sorties du territoire (seulement 0,2% de 1999 à 2007). Néanmoins, le canton de Pierrelatte reste une terre attractive pour les gens extérieurs puisque 8,4% des nouveaux habitants provenaient d'une autre région de France.

Bien que le canton de Pierrelatte soit assez riche, il l'est moins que celui de Saint-Paul-Trois-Châteaux :

« A Saint-Paul, c'est quand même un autre niveau de vie que Pierrelatte et ça n'engendre pas les mêmes problématiques. A Saint-Paul, c'est beaucoup plus les problématiques classiques liées au vieillissement et beaucoup moins des personnes qui n'ont pas les moyens de se soigner par exemple, ou qui n'ont plus rien à manger, ce qui était beaucoup le cas sur Pierrelatte ». (Travailleur social, conseil général)

D'ailleurs, Donzère l'autre ville importante du canton en est le parfait exemple. En effet, Donzère est composée d'un peu moins de 5 000 habitants et jouit d'une situation économique plus sinistrée. Le taux de chômage du canton s'élève d'ailleurs à 11,5%, ce qui correspond à un niveau plus élevé de trois points par rapport à celui de Saint-Paul-Trois-Châteaux. Cette situation particulière de la ville de Donzère se ressent sur la fréquentation du centre médico-social, puisque 15% du public accueilli est âgé de plus de 60 ans (environ une personne sur huit), ce qui représente une part importante par rapport aux autres centres médico-sociaux du département.

Quant au canton de Grignan, il se distingue des deux autres sur beaucoup de points. Tout d'abord, il s'agit du territoire le moins peuplé. En effet, le canton ne comptait que 7 444 habitants en 2007. Il regroupe 14 petites communes et présente des caractéristiques rurales nettement plus affirmées. Mis à part Grignan, Valaurie et Taulignan, les communes du canton sont composées de moins de 400 habitants à l'année. C'est dans ce canton également que se situe le plus grand nombre d'agriculteurs. En 2007, l'agriculture représentait 15,7% des emplois, avec une importante prédominance des exploitations de légumes, de fruits et de vignes. Ce qui permet un faible taux de chômage (7,7%), l'agriculture étant pourvoyeuse de nombreux emplois saisonniers.

2.1.2- Une population âgée au profil hétérogène

Caractérisons maintenant les problématiques majeures rencontrées par les personnes vieillissantes du Tricastin. La plupart des personnes interviewées ont répondu que la question financière n'était pas la problématique principale rencontrée :

« Je pense que les cadres ou les techniciens, qui ont réussi à se faire leurs petites retraites, pour certains ont pu accéder à leur logement, donc la plus grande partie vit bien. » (Directrice CCAS)

« Grignan et Taulignan, il y a un milieu agricole qui cultive la truffe, la vigne, ils ne sont pas trop en difficultés. » (Coordinatrice CLIC)

Néanmoins subsiste le cas des ouvriers agricoles bénéficiant de petites retraites. Beaucoup de ces ouvriers agricoles sont originaires d'Afrique du Nord et sont donc particulièrement exposés aux situations d'isolement :

« Dans les populations vieillissantes, ce qui est croissant, ce sont les familles d'origine d'Afrique du Nord qui aujourd'hui vieillissent, elles ont participé à la création des entreprises ou ce sont des ouvriers du milieu agricole qui restent là, qui ne retournent pas dans leur pays d'origine, et qui se pose de fait à Saint-Paul. » (Directrice CCAS)

En fait, il convient de nuancer la situation car le profil sociologique de la population âgée n'est pas identique sur l'ensemble du territoire du Tricastin :

« Il y a deux secteurs : Saint-Paul, Pierrelatte où les prestations vont être des prestations de confort. Après plus on s'éloigne de la centrale, c'est plus rural et les moyens ne sont pas les mêmes. A Saint-Paul, les gens sont plutôt aisés et certains nous demandent directement, alors qu'ils pourraient avoir des aides. » (Responsable, association d'aide à domicile)

Il peut parfois se poser un problème d'accès aux droits pour les personnes âgées. Cela nous a notamment été souligné sur le centre médico-social de Donzère. La méconnaissance des possibilités d'aide ou d'accompagnement renforce parfois les difficultés premières rencontrées et rallonge les délais d'intervention. Cette problématique touche autant les personnes âgées que leur entourage.

Mais la problématique la plus répandue dans le territoire du Tricastin est plutôt l'isolement des personnes âgées. Dans les parties les plus rurales du territoire, il peut s'agir d'un isolement physique, dû à un logement isolé dans un petit village. Les deux assistantes sociales de centres médico-sociaux que nous avons rencontrées précisait d'ailleurs la nécessité des visites à domicile pour aller à la rencontre des ces personnes vieillissantes :

« La spécificité par rapport aux personnes âgées, c'est que souvent ça nécessite d'aller les voir chez elles, faute de moyens pour elles de pouvoir se déplacer. »

Mais dans les parties plus urbaines du territoire, il s'agit surtout d'un isolement social :

« Ce qui ressort énormément quand nous on intervient, c'est que la grande majorité des séniors sont seuls face aux problèmes, soit parce qu'ils avancent dans le 4^{ème} âge et leurs enfants sont déjà dans le 3^{ème} âge, ou pas suffisamment disponibles ou alertes pour être présents. » (Directrice CCAS)

Cet isolement est d'autant plus ressenti après 80 ans et concerne beaucoup de femmes seules, conformément aux constats nationaux concernant les personnes âgées. Les services d'aide à domicile travaillent particulièrement avec ce public et nous ont exprimé leurs difficultés parfois à rompre cet isolement social. La responsable d'une association d'aide à domicile se questionnait notamment sur l'adéquation entre les activités proposées aux personnes âgées et leurs capacités à y participer. Afin d'illustrer son propos, elle prenait en exemple la Semaine Bleue, organisée dans le Tricastin par le Foyer Joie de Vivre de Saint-Paul-Trois-Châteaux :

« On a des personnes qui sont très dépendantes, nous ça ne nous touche plus. C'est gentil la Semaine Bleue, mais c'est pour les personnes qui n'ont pas l'APA et qui ont juste 60 ans, qui peuvent se déplacer. Nous les personnes que l'on a, on leur propose de sortir, de les accompagner, ils ne veulent pas. C'est des personnes qui sont très lourdement dépendantes. Si on leur dit : "on va prendre deux heures sur votre plan APA pour vous emmener au cinéma", elles disent non parce que les deux heures elles ont en besoin. » (Responsable, association d'aide à domicile)

2.1.3- Une action sociale vieillesse d'origine communale

Le quart de la population habitant les cantons de Saint-Paul-Trois-Châteaux et de Grignan sont des retraités. S'agissant spécifiquement du canton de Saint-Paul-Trois-Châteaux, beaucoup d'entre eux sont d'anciens salariés du site nucléaire qui ont participé activement à la création du site. Par conséquent, le public retraité constitue une population non négligeable et active compte tenu, globalement, de son jeune âge.

Ainsi, le tissu associatif est particulièrement développé à Saint-Paul-Trois-Châteaux :

« C'est propre à Saint-Paul, le site nucléaire a été créé dans les années 70, donc on a [...] beaucoup de personnes retraitées, qui ont entre 60 et 70 ans, qui [...] se présentent fort de leur contribution indirecte au niveau de la vie économique de la ville parce qu'ils ont travaillé sur le site avec les retombées économique, parce qu'ils se sont investis au niveau associatif et certains ont été à l'origine de créations d'associations et ont ce sentiment d'appartenance de groupe incontournable sur la ville. » (Directrice CCAS)

On dénombre donc sur la commune un éventail très divers d'associations : sportives, d'action sociale ou culturelle. Les créateurs de ces associations, aujourd'hui retraités, sont d'autant plus actifs. Cette vitalité associative est renforcée par un fort engagement des villes, à travers l'action de leur CCAS, en faveur des retraités et personnes âgées. Là aussi, cet engagement n'est pas sans lien avec la présence du site nucléaire qui a permis d'obtenir d'importantes ressources financières (par le biais de la taxe professionnelle). Ainsi les CCAS de Saint-Paul-Trois-Châteaux et de Pierrelatte se caractérisent par un fort dynamisme et ils sont à l'origine de nombreuses actions destinées directement aux personnes âgées. Ces deux CCAS sont étonnamment développés et actifs pour des villes de si petites tailles.

Dans le cadre de l'enquête, nous avons pu rencontrer deux services de la ville de Saint-Paul-Trois-Châteaux : le CCAS et le Service seniors de la commune. Ces deux entités illustrent bien la particularité du fonctionnement de Saint-Paul-Trois-Châteaux, qui a choisi de créer un service municipal fort pour les personnes âgées, avec de nombreuses prestations de confort gratuites pour les usagers.

Le Service seniors est situé au sein du foyer restaurant « La Joie de Vivre ». Il propose des repas pour les plus de 65 ans du lundi au samedi, avec des activités ponctuelles organisées l'après-midi. La municipalité soutient par ailleurs le club d'anciens, géré par l'UNRPA, qui est logé dans les mêmes locaux, et qui met lui-même en place des ateliers tous les après-midi. Le Service seniors a également sous sa responsabilité d'autres services municipaux : le portage de repas à domicile, le service de livraison de bouteille de gaz à domicile, une navette gratuite pour les plus de 60 ans, ainsi que l'organisation de trois repas annuels offerts aux habitants de plus de 63 ans. Il est aussi le lieu où les

personnes âgées peuvent déposer une demande pour accéder aux pavillons « Joie de Vivre ». Il s'agit d'un ensemble de pavillons indépendants destinés aux personnes âgées bénéficiaires, éligibles au dispositif HLM, puisque les logements sont gérés par un bailleur social.

Tous ces services témoignent du choix politique et économique de la commune en faveur des jeunes retraités. Ces actions sont complétées pour le CCAS qui est, lui, positionné sur une action sociale plus traditionnelle. Bien qu'accueillant tous les publics, le CCAS de Saint-Paul-Trois-Châteaux consacre la moitié de son budget à des actions destinées aux personnes vieillissantes. Les principales actions spécifiques à ce public sont les suivantes : le retrait et le dépôt des dossiers d'allocation personnalisée d'autonomie, un forfait charges habitation pour aider au financement des frais liés à l'habitat pour les personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse, les bons d'achats de Noël (35 euros pour les habitants âgés de plus de 65 ans) et le service de prévention intempéries (inscription sur le registre municipal). En revanche, l'aide à domicile est gérée par des opérateurs associatifs : EOVI, AFI, ANCRE, Familles Rurales. Toutes ces associations offrent des prestations d'aide à domicile en prestataire et/ou mandataire.

Le territoire du Tricastin bénéficie de l'influence forte de Saint-Paul-Trois-Châteaux, commune très bien lotie en infrastructures et en associations. Cela crée un phénomène d'épicentre, qui, nous le pouvons le penser, ne permet pas forcément le développement de dynamiques locales au sein les communes voisines.

2.1.4- Un CLIC confronté à une absence d'intercommunalité

Le territoire du Tricastin présente la particularité de ne compter qu'une seule communauté de communes, celle du Pays de Grignan, composée de 13 petites communes, à laquelle la commune de Grignan n'a pas souhaité s'associer. Les trois principales communes : Pierrelatte, Saint-Paul et Donzère ne sont jamais parvenues à s'entendre sur un projet intercommunal. Ces trois villes sont donc indépendantes les unes par rapport aux autres, bien qu'il existe des syndicats intercommunaux qui permettent le partage de services, par exemple, pour le traitement des ordures ménagères.

Une telle situation, de plus en plus rare en France à l'heure des regroupements intercommunaux, s'explique pour des raisons historiques et politiques. Hormis le canton de Grignan qui appartient à la majorité départementale, les deux autres cantons sont dans l'opposition, réunis sous la bannière de « Drôme Alternance ». Néanmoins, la droite politique ne dispose pas de tous les mandats électifs puisque, par exemple, une des principales villes – Saint-Paul-Trois-Châteaux – a, à sa tête, un maire

divers gauche. A ces oppositions politiques s'ajoutent les enjeux économiques liés à la centrale Areva qui n'ont pas facilité l'union des communes autour d'un même projet.

Jusqu'alors, la situation économique des communes leur permettait de préserver une forte indépendance, sans avoir le besoin de se coordonner au niveau intercommunal. Mais le territoire du Tricastin connaît un changement de situation depuis la mise en place de la réforme de la taxe professionnelle en 2010. En effet, les communes sur lesquelles le site nucléaire Areva est implanté ne touchent plus cette taxe qui représentait une ressource financière importante.

« A Saint Paul, on est sorti d'une décennie qui avait beaucoup d'argent, avec une ville très sociale, tout était gratuit ou pas cher, salle de sport, médiathèque... Et puis, il n'y a plus la taxe professionnelle maintenant, donc ça c'est en train de baisser et ils disent : "maintenant, il faut que l'on apprenne à financer". Ils faisaient pleins de trucs sur le plan social, ils le faisaient même pour les communes environnantes. Maintenant, la mairie a dit stop. On est un peu dans cet entre-deux, mais qui reste quand même assez correct. » (Coordinatrice CLIC)

Cela a un impact direct notamment sur les associations qui voient baisser leurs subventions. Il est parfois difficile pour les bénévoles associatifs, très engagés dans la vie de la cité, d'accepter ce changement :

« Ils ont été acteurs de la vie économique, associative et certains politiques. Ils ont beaucoup de mal à accepter les évolutions sociales. Aujourd'hui, il y a des restrictions budgétaires pour tous et eux le vivent très mal, comme une atteinte à leur personne, à leur histoire, à l'implication qu'ils ont eue dans la cité. » (Directrice CCAS)

La coordination intercommunale n'étant pas instituée dans le Tricastin, le travail du CLIC est rendu complexe. En effet, partout ailleurs, les CLIC prennent appui pour leurs actions sur les structures intercommunales. Ici, le CLIC a été créé en 2006. Il ne s'est appuyé sur aucune base préexistante sur le territoire ; aucune action de coordination gérontologique n'avait été développée avant son implantation. C'est pourquoi le CLIC est implanté dans des locaux municipaux de la ville de Saint-Paul-Trois-Châteaux, qui sont les mêmes locaux que ceux du CCAS. Il en résulte pour la coordinatrice la situation suivante :

« Le canton de Saint-Paul, qui me loge, avec une forte prégnance de la ville de Saint-Paul, sont des gens très impliqués au niveau de la ville. Le CCAS juste au dessus avec des acteurs vraiment intéressants et des dynamiques, [...] mais qui a du mal à intégrer la dimension cantonale. »

Quant à la ville de Pierrelatte, elle n'a tout simplement pas souhaité ratifier et donc financer les actions du CLIC. La commune a fait le choix de se contenter de l'action de son CCAS. Cette situation particulière rend l'action du CLIC plus complexe. La mission de coordination des acteurs du

vieillesse rencontre donc de nombreux obstacles. La coordinatrice a fait le choix de travailler en commun avec les CLIC de Montélimar et de Nyons, afin de mutualiser les moyens et les actions.

Conclusion

Sur le territoire du Tricastin, il n'existe pas de dispositifs formels de prise en compte de la parole des retraités et personnes âgées. En effet, les pouvoirs publics et les professionnels privilégient un registre d'action traditionnel. Même si les actions en direction des retraités sont particulièrement développées à Saint-Paul-Trois-Châteaux et à Pierrelatte, elles restent le reflet d'une politique du troisième âge, telle qu'elle s'est développée en France à partir des années soixante-dix, c'est-à-dire une politique d'action sociale et de loisirs visant à améliorer le mode de vie des personnes âgées (Guillemard, 1986). Dans cette perspective, la politique sociale gérontologique est dominée par une approche du public-cible en tant que catégorie d'âge en direction de laquelle il convient d'apporter des prestations à la hauteur de leur place dans la cité. Il en résulte une action essentiellement descendante qui fait des personnes âgées un groupe bénéficiaire de prestations au nom de leur contribution à la vie économique et sociale du territoire.

Cette situation s'explique par le rôle central joué par les communes et leur CCAS. Il s'agit d'acteurs traditionnels de l'action sociale gérontologique qui ont toujours privilégié une relation de proximité vis-à-vis de leurs administrés. La nature de cette relation est fondée sur une connaissance des besoins des personnes âgées qui est telle qu'elle ne nécessite pas la formalisation d'espaces délibératifs ou de lieux d'écoute. Ce faisant, une telle action présente l'inconvénient de construire une situation de dépendance en enfermant le public-cible dans un rôle de bénéficiaires d'acquis sociaux ; ce qui pourra être vécu douloureusement le jour où la conjoncture locale, du fait de la réforme de la taxe professionnelle, nécessitera certaines remises en cause.

L'autre facteur explicatif réside dans la force, notamment associative, que représentent les jeunes retraités sur le bassin de la centrale nucléaire. Cette présence n'est pas sans impact sur les orientations de l'action sociale locale. A la manière de ce qui s'est produit à Grenoble à partir des années soixante, la présence massive dans le tissu social et économique d'une catégorie socio-professionnelle particulière (ici les agents et techniciens du nucléaire) a, par perméabilité, influé sur le pouvoir politique. Une telle proximité a rendu improbable l'émergence des personnes âgées sous forme d'un contre-pouvoir collectif identifié en tant que tel dans la mesure où leur identité est liée à l'histoire économique et sociale du territoire.

Mais cette force présente un inconvénient : elle renforce l'exclusion des plus âgés, dont ne font majoritairement pas encore partie les retraités de la centrale, et de ceux provenant de milieux plus modestes. Le tissu socio-politique local n'est pas à même d'entendre la voix des groupes sociaux les plus éloignés du pouvoir, surtout s'ils vivent dans des communes rurales de petite taille qui n'ont guère les moyens de mener une action de première importance. Ceux-là éprouveront beaucoup de difficultés à ce que leur parole soit entendue, voire à contacter les services publics ou les professionnels pour exprimer leurs besoins. D'où les démarches volontaristes, mais personnalisées, que développent un certain nombre de professionnels pour aller au-devant de ce public.

2.2- Le territoire du Diois et du Pays de Saillans

Le Diois constitue une importante partie des Préalpes Drômoises et s'étend sur une superficie de 1200 km². Il correspond au cinquième de la surface du département de la Drôme. C'est un espace délimité clairement par des ensembles naturels distincts : les plateaux du Vercors au nord, les Hautes-Alpes à l'est, les Baronnies au sud et à l'ouest l'ouverture de la vallée de la Drôme sur l'axe rhodanien et Valence.

Une des grandes spécificités est que l'altitude varie entre 240 et 2 456 mètres sur l'ensemble du territoire diois. Bien que le Diois soit équipé d'infrastructures routières et ferrées, cette amplitude d'altitude, ajoutée à la grande superficie du territoire, entraînent des difficultés de communication entre Die et les autres communes. Une fois la Vallée de la Drôme franchie, les trajets routiers se rallongent considérablement et génèrent des phénomènes d'isolement dans certains villages.

Le Pays de Saillans quant à lui est placé plus haut dans la Vallée de la Drôme, ce qui lui permet de ne pas connaître de trop fortes amplitudes d'altitude. Le paysage est principalement façonné par l'agriculture et notamment l'exploitation de vignes pour la fabrication de la Clairette de Die.

Ces particularités géographiques amènent également un grand attrait touristique au territoire. En effet, il regroupe à lui seul des paysages variés et des possibilités d'activités multiples, notamment les activités de montagne avec le Vercors ou encore les activités aquatiques avec la rivière Drôme. Le Diois a particulièrement développé au cours de ces dernières années le tourisme vert.

2.2.1- Un territoire composé de deux communautés de communes de taille inégale

Le territoire que recouvre le CLIC du Diois correspond à deux communautés de communes : la communauté de commune du Pays Diois et celle du Pays de Saillans.

La communauté de communes du Diois est, de loin, la plus importante des deux. Elle rassemble 52 communes et quatre cantons (les cantons de Die, de Châtillon-en Diois, de Luc-en Diois et de La Motte-Chalancon). La population atteint 10 916 habitants, d'après les dernières données publiées par l'INSEE en 2007.

L'autre communauté de communes – celle du pays de Saillans – regroupe regroupe 11 communes : Aubenasson, Aurel, Chastel-Arnaud, Espenel, La Chaudière, Rimon-et-Savel, Saillans, Saint-Benoît-en-Diois, Saint-Sauveur-en-Diois, Vercheny et Véronne. Saillans est le chef lieu d'un canton qui dépasse à peine les 2 000 habitants. Saillans est la commune la plus habitée avec seulement 1 040 habitants,

alors qu'à l'extrême opposé la commune de La Chaudière ne compte que 17 habitants. Le territoire de la communauté de communes reste très fortement rural et à faible densité de population.

La ville la plus importante du territoire ayant fait l'objet de la monographie est la commune de Die. Il s'agit de l'une des deux sous-préfectures du département, l'autre étant la ville de Nyons, en Drôme provençale. Ce statut de sous-préfecture confère un rôle d'épicentre à la ville de Die. Bien que cette dernière ne compte qu'un peu plus de 4 000 habitants, elle regroupe néanmoins de nombreux services et infrastructures essentielles aux communes environnantes.

Ainsi, la ville de Die possède un hôpital qui, malgré des menaces de fermeture, permet aux personnes présentant des difficultés de mobilité de se soigner localement ; les autres centres hospitaliers étant situés beaucoup plus loin, soit à Valence, soit à Montélimar. En particulier, l'hôpital gère des services gériatriques, dont un établissement et un accueil de jour pouvant accueillir des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. D'autres établissements pour personnes âgées existent dans les communes environnantes : Châtillon en Diois, Marignac en Diois, Luc en Diois, Saillans.

D'une manière générale, le Pays de Saillans bénéficie de peu de services publics sur son territoire, notamment du fait de sa petite taille et de l'éloignement important existant entre les onze communes du territoire. Sa position géographique au cœur de la vallée de la Drôme crée un enclavement inévitable, la plupart des communes étant accessibles par une unique route. Il en résulte un enclavement économique plus marqué que dans le Diois. En effet, contrairement au Diois ou au Vercors qui sont très actifs et attractifs notamment grâce au tourisme saisonnier, le pays de Saillans se révèle plus sinistré économiquement. Ainsi, son taux de chômage est assez élevé, en particulier chez les jeunes et les femmes, conséquence de la structure locale de l'emploi. En 2007, le taux de chômage s'élevait à 10,2% de la population totale. A titre comparatif, la communauté de communes du Diois avait, pour la même année, un taux de chômage de 9%. Le problème de l'emploi s'amplifie, en partie, à cause du caractère rural et isolé du territoire. Trouver un emploi, dans un territoire présentant ces caractéristiques, nécessite d'être mobile ou encore de pouvoir trouver des modes de garde pour les enfants. Or le Pays de Saillans est quasi dépourvu d'infrastructures publiques (transports en commun, crèches...) ¹⁴. Cela se traduit pour la communauté de communes de Saillans par une forte dépendance vis-à-vis des communautés de communes voisines, celle du Diois et celle de Crest, et par un nécessaire recours à la solidarité informelle.

¹⁴ Notons cependant que l'intercommunalité a permis de créer trois associations intercommunales : un club informatique, un halte garderie et un restaurant scolaire.

Concernant l'aide à domicile, le territoire du Diois et du Pays de Saillans est peu fourni en services. En effet, une seule association intervient sur l'ensemble du territoire, il s'agit de l'ADES (Association Dioise d'Entraide Sociale), à laquelle il convient d'ajouter le service de soins infirmiers à domicile. L'ADES est une association d'aide à domicile autorisée, donc tarifée par le conseil général, qui a été créée en 1965 pour intervenir auprès de toute personne en perte d'autonomie ou fragilisée ayant besoin d'une aide quotidienne ou ponctuelle. Son public est composé à 80% de personnes âgées. L'ADES, qui fait partie du réseau UNA, est une structure importante puisqu'elle compte 80 salariés intervenant auprès de plus de 600 personnes sur 74 communes. Pourtant, il ne s'agit que d'une importance relative dans la mesure où l'offre d'aide à domicile reste peu développée au regard des besoins locaux. Cette faiblesse de l'offre s'explique par les caractéristiques du territoire qui obligent les aides à domicile à parcourir de nombreux kilomètres pour se rendre chez les personnes âgées ayant besoin d'aide ; ce qui renchérit inévitablement le coût d'intervention. C'est une des raisons qui explique d'ailleurs que l'ADES a connu de très importantes difficultés économiques ces dernières années.

Il résulte de cette pénurie de l'offre un fort taux de recours des personnes au gré à gré. Le caractère rural du territoire facilite un tel mode d'intervention qui passe alors par les réseaux de connaissances locaux des personnes âgées et de leur famille. Ces intervenants sont difficiles à rencontrer et ne sont souvent pas connus des professionnels de la gérontologie.

« Sur le Diois, en matière de services à domicile auprès de personnes âgées dépendantes, on est actuellement la seule association à intervenir. Par contre, on considère que 70 à 80% du marché de la dépendance auprès de personnes âgées se fait de gré à gré, par l'emploi direct. Notre principale concurrence est l'emploi direct. » (Directeur, association d'aide à domicile)

Sur le plan médico-social, la commune de Die héberge le centre médico-social (CMS), qui a pour territoire les deux communautés de communes du Pays Diois et du Pays de Saillans. Le centre assure des permanences pour le tout venant puisqu'il correspond à une action sociale dite de polyvalence, conformément aux compétences décentralisées du département. Toutefois, le public des personnes vieillissantes ne constitue pas le public majoritaire des CMS. Il représenterait environ le dixième des accueils et/ou prise en charge réalisées par le service social.

« La personne âgée, c'est très rare qu'elle fasse appel directement à nous. Je crois qu'ils ne savent pas vraiment ce que l'on peut leur apporter. Et puis il y a le problème de la mobilité, s'il le faut, nous on se déplace mais généralement ils ne font pas appel à nous. Ça ne fait pas partie de leurs réflexes. » (Travailleur social, conseil général)

2.2.2- Une population rurale et néo-rurale

Entre les deux recensements de 1999 et de 2007, la population du Diois, avec 10 916 habitants, s'est accrue de plus de 500 habitants. Cela correspond à une croissance annuelle de 0,7% par an, qui reste néanmoins inférieure à celle du département (0,98 %). Cette croissance s'explique uniquement par un excédent migratoire, puisque la variation annuelle moyenne de la population due au solde des entrées et sortie s'élève à + 1,1%. En effet, malgré le caractère attrayant du territoire pour de nombreux nouveaux arrivants, le dynamisme migratoire est contrarié par un déficit naturel important, dû au vieillissement conséquent de la population.

Une des autres particularités démographiques est la faible part de la tranche d'âge des 15-29 ans par rapport aux moyennes nationales. Cela s'explique, en partie, par le départ des jeunes en dehors du Diois pour les études supérieures ou le début de leur carrière professionnelle. Ces départs sont renforcés par l'état actuel du marché de l'emploi local, moins dynamique et moins attractif que dans les milieux plus urbains (notamment Lyon et Valence).

La tranche d'âge suivante des 30-59 ans est en augmentation. Un des facteurs explicatif est qu'elle correspond aux tranches d'âges des porteurs de projets et aux nouveaux arrivants qui viennent vivre dans le Diois ; ces personnes sont aussi appelés les néo-ruraux et elles constituent une part non négligeable de la population locale. Les chiffres de l'INSEE indiquent qu'entre 2002 et 2007, 8,7% des nouveaux habitants du territoire provenaient d'une autre région de France métropolitaine, ce qui est au-dessus des moyennes nationales. Les études réalisées montrent que, pour la plupart, les nouveaux arrivants sont en réorientation professionnelle et viennent dans le Diois pour réaliser leurs nouveaux projets.

Le Pays de Saillans présente des caractéristiques similaires au Diois. Bien que le solde naturel soit négatif (-0,3%, de 1999 à 2007), le territoire parvient à conserver une variation annuelle moyenne de la population positive (+1,15%), grâce au solde des entrées et sorties sur le territoire (+1,8%). Pour le Diois, nous avons observé une faible présence de la tranche d'âge des 18-25 ans ; dans le Pays de Saillans, le phénomène est encore plus accentué, puisque les infrastructures scolaires présentes sur le territoire s'interrompent à l'enseignement primaire. Il y a donc une forte inégalité dans la répartition des générations.

Le Pays de Saillans est également un territoire attractif pour les néo-ruraux en quête de reconversion professionnelle ou d'un endroit paisible pour vivre leur retraite. Cette particularité est encore plus

accentuée par l'implantation depuis 1946 de la Fondation Robert Ardouvin, initialement intitulée l'association des Amis des Enfants de Paris. A sa création, l'association avait pour but de venir en aide aux enfants délaissés ou en difficulté dans le Paris de l'après-guerre. En 1948, le fondateur Robert Ardouvin, ainsi que d'autres volontaires, venaient s'installer à Vercheny-le-Haut, redonnant une vie nouvelle à ce village. Ils forment ce qu'ils nomment « la communauté pédagogique », en accueillant des enfants de toutes la France et en créant un centre de formation spécialisée. Bien que l'association ait eu pour particularité de vivre pendant de longues années en quasi-autarcie par rapport au reste du territoire, elle permet d'expliquer de nombreuses arrivées extérieures, en particulier à Vercheny. En 2010, l'association a été reconnue « village d'enfants » et développe de nouveaux projets comme nous le verrons ci-dessous.

Compte tenu de la physionomie socio-démographique du territoire, il n'est pas surprenant de constater qu'il s'agit d'un territoire vieillissant. Sur le Diois, 26,6% de la population a plus de 65 ans. En comparaison, le pourcentage des plus de 65 ans dans le département drômois s'élève à 23%, et à 21% au niveau national. Ce pourcentage est encore bien plus élevé dans le Pays de Saillans où, mis à part les néo-ruraux, beaucoup des personnes âgées sont retraitées du secteur agricole lié, notamment, à l'exploitation de la Clairette de Die. Une coopérative est d'ailleurs implantée à Vercheny. Ce qui, outre la question du vieillissement, soulève de nombreux problèmes financiers pour certaines personnes du fait des retraites agricoles peu élevées.

Le caractère rural du territoire exacerbe une partie des problématiques dites classiques en gérontologie. En effet, l'accès aux soins, aux prises en charge médico-sociales, aux activités culturelles ou de loisirs, ou encore la coordination entre les différents acteurs du vieillissement ne peuvent pas être envisagés sans prendre en compte cet environnement rural. Bien que la solidarité de proximité soit une réalité, l'enclavement de certaines parties du territoire et les grandes distances à parcourir sont parfois problématiques. Ainsi, une partie de la population âgée souffre de l'isolement géographique et social. En effet, la mobilité est rendue complexe pour les personnes vieillissantes pour lesquelles une dépendance physique s'installe. Mais l'isolement vient aussi de la rupture des liens familiaux, notamment pour les néo-ruraux. Les personnes venues s'installer pour leur retraite n'ont pas leurs enfants à proximité et doivent recréer leur tissu social.

Cet isolement est également exacerbé par l'état d'esprit des plus anciennes générations, qui rechignent à solliciter une aide extérieure :

« C'est un public qui n'a pas eu l'habitude de faire appel aux services sociaux. Ça n'était pas dans leur culture, encore plus en région rurale parce qu'ici la mentalité c'est plutôt de se débrouiller tout seul et de ne rien demander à personne. » (Travailleur social, conseil général)

2.2.3- Une forte vitalité associative conjuguée à des situations d'isolement

Comme nous l'avons précisé plus haut, le territoire du Diois et du Pays de Saillans s'avère particulièrement attractif pour les nouveaux arrivants. Mais la particularité du territoire est que ces nouveaux habitants sont composés, pour une partie importante, de nombreux jeunes retraités qui choisissent de s'y installer pour vieillir sur place et pour profiter des conditions de vie agréables offertes par la vallée de la Drôme. Sociologiquement, ces nouveaux retraités s'avèrent particulièrement investis dans la vie associative locale. En effet, avec l'éloignement géographique, les liens familiaux et amicaux sont souvent distendus et, pour réussir leur implantation locale, ils sont souvent à la recherche de liens de type associatif.

« Ce sont des gens qui sont isolés familialement et qui, de fait, localement sont obligés de créer des liens et d'avoir un tissu social. » (Coordinatrice CLIC)

Ces nouveaux retraités sont investis dans la vie associative locale, mais ils n'hésitent pas non plus à prendre des responsabilités. Ainsi, par exemple, nombre de clubs du troisième âge, affiliés à l'UNRPA ou aux Aînés ruraux, sont présidés par des personnes nouvellement arrivées dans le Diois ou qui y sont revenues après avoir exercé leur vie professionnelle en milieu urbain. Et par leur relatif jeune âge, ils contribuent incontestablement à dynamiser la vie associative et sociale et à jouer un rôle fort en termes de socialisation et de rencontres, notamment dans un contexte où de nombreux villages sont isolés. C'est par exemple ce que constate le vice-président des Aînés ruraux lorsqu'il anime des sessions de Packs Eureka (action préventive autour de la mémoire) à l'initiative de la MSA dans les clubs :

« Donc on s'aperçoit que d'avoir fait 15 séances, ça leur a fait changer d'attitude envers la vieillesse. Elles s'aperçoivent qu'elles arrivent à faire certaines choses, qu'elles ne pensaient pas pouvoir faire. (...) Il faut voir comment les gens se parlent, et ils ne se connaissaient pas. On fait un rapprochement en plus des exercices. Ça fait des contacts en plus. Moi je crois que c'est fatalement le contact qui manque. » (Vice-président des Aînés ruraux 26)

L'arrivée d'une population provenant de l'extérieur du territoire n'est toutefois ni un phénomène récent, ni un phénomène ne concernant que les retraités. Mais il est vrai que beaucoup vieillissent sur place.

« C'est un territoire qui est sociologiquement riche de différentes cultures, parce que c'est un territoire d'accueil. Il y a des populations qui viennent de l'étranger, notamment la population belge et hollandaise, quelques Anglais et des Allemands, qui se sont installés il y a quelques années déjà, dans les années 70-80. Mais il y a aussi toutes les populations qui viennent d'ailleurs pour leur retraite, qui viennent vieillir dans le Diois. » (Coordinatrice CLIC)

Cette situation se traduit notamment par un nombre d'artistes habitant le Diois particulièrement important pour un territoire à majorité rurale, mais aussi par un tissu associatif aussi divers que dynamique. Ainsi le territoire compte environ 250 associations déclarées dans des secteurs d'interventions très variés (vie sociale, sports, retraités, musique, agriculture...).

2.2.4- Un CLIC promoteur de développement local

Le CLIC du Diois et du Pays de Saillans a la particularité d'exister depuis 2002, bien avant la décision du conseil général de généraliser le dispositif. En effet, la communauté de commune du Pays Diois avait antérieurement créé un pôle gérontologique, affirmant l'importance de la question du vieillissement et la volonté politique de la prendre en compte. Lorsque le département a repris cette compétence, il s'est appuyé sur l'existant et a passé une convention avec l'intercommunalité, afin de transformer le pôle gérontologique en CLIC.

Par conséquent, il existe un lien historique entre l'action gérontologique, telle qu'elle est portée par le CLIC, et l'intercommunalité. D'ailleurs, le CLIC est lui-même implanté dans les locaux de la communauté de commune afin de préserver un lien de proximité avec les élus. Le travail intercommunal est incontestablement facilité, à la différence du territoire étudié précédemment, par la concordance politique existant entre un grand nombre de communes du territoire et la majorité départementale. Par exemple, au moment de l'enquête de terrain, le président de la communauté de communes du Diois était vice-président du conseil général de la Drôme, et présidait par ailleurs le CLIC.

Il est important de préciser que le Pays de Saillans s'inscrit également dans une logique intercommunale sur laquelle le CLIC prend appui. Ainsi, dans le domaine du vieillissement, la communauté de communes a lancé en septembre 2009 une enquête sur le thème « Bien vivre et bien vieillir au Pays de Saillans ». Cette enquête, co-financée par la communauté de communes, le conseil général, le conseil régional ainsi que la CRAM, était un projet partenarial entre le CLIC et l'intercommunalité. Menée par des sociologues, eux-mêmes assistés par des étudiants et des bénévoles du territoire, l'enquête avait pour but d'aller à la rencontre des habitants, afin de recueillir

leur parole sur leurs besoins actuels et leurs envies pour l'avenir en tant qu'habitant du Pays de Saillans. Ce travail a donné lieu à une restitution publique qui a permis aux habitants de s'inscrire dans des groupes de travail. L'un d'entre eux était consacré à un projet d'habitat intergénérationnel au sein des bâtiments de la Fondation Ardouvin.

En fait, le CLIC profite des logiques intercommunales car, compte tenu de ses faibles moyens, il n'est guère en mesure d'agir seul¹⁵. Il est vrai que le positionnement institutionnel des CLIC dans la Drôme a toujours été de consacrer du temps au développement de projets avec la population. Un tel positionnement correspondait bien au profil de la nouvelle coordinatrice embauchée en 2006. En effet, cette dernière ne provenait pas du milieu gérontologique ; elle arrivait avec une solide expérience en matière de développement local en milieu rural, mais également de chef de projet ville. Ainsi, sa posture professionnelle était animée d'une volonté de prendre appui sur les ressources de la population afin de lui permettre de devenir actrices de son propre développement.

Cette posture – peu banale dans le milieu gérontologique – contribua à ce que le CLIC du Diois pris résolument une orientation en terme de développement local. Celle-ci a été d'autant plus confortée que, dans le cadre de son schéma gérontologique 2006-2009, le département positionna les coordonateurs de CLIC dans des logiques de développement social en complément de leur rôle d'accueil, d'information et de coordination.

Partant du postulat qu'une démarche de développement social local est moins une méthodologie et *a fortiori* une procédure qu'un processus, la coordinatrice s'attacha à soutenir et à valoriser la capacité de toute personne reçue au CLIC ou rencontrée dans le cadre de groupes de travail à participer à la définition et à la production de son histoire. Ainsi, il s'est agi d'inviter chaque personne, en tant que personne vieillissante, à inventer des réponses, par elle-même et à plusieurs, à son propre vieillissement.

« Ce que j'avais envie de promouvoir, c'est-à-dire le fait que toute personne a des capacités de vivre sa vie et en l'occurrence de vivre son propre vieillissement, que sur un territoire toute personne a la capacité de travailler à son propre vieillissement et d'être acteur. Nous les professionnels, je pense que l'on a à favoriser ça, cette écoute de la parole et cette prise en compte de la parole. »
(Coordinatrice CLIC)

Cette vision de l'action gérontologique s'est traduite par la mise en place de groupes de travail et par des actions collectives menées auprès de tous les acteurs du vieillissement : personnes vieillissantes,

¹⁵ A ce jour, le personnel du CLIC se résume en un poste de coordinatrice à temps partiel.

familles, professionnels, bénévoles et élus. Le CLIC s'est ainsi positionné comme un chef orchestre de la coordination interprofessionnelle et de la participation des personnes âgées. Chaque action est pensée dans une logique globale où la personne vieillissante doit pouvoir trouver sa place en tant qu'acteur de son propre vieillissement. Les actions qui en résultent sont donc très diverses : recueil de la mémoire, intergénération, exposition photographique itinérante, forum sur le vieillissement, projets d'habitat groupé, lecture au village, etc. Le CLIC est ainsi engagé dans de nombreuses réflexions et initiatives qu'il contribue à soutenir en mettant en lien des acteurs provenant d'horizons différents. Il met en lien, mais il génère également du lien social en étant organisateur, en partenariat avec les acteurs locaux, de manifestations à dimension festive et culturelle. Ce faisant, il contribue à ce que se dessine une action gérontologique moins stigmatisante car plus ouverte sur la cité et sur les autres âges.

Conclusion

Le territoire du Diois et du Pays de Saillans présente la particularité d'être composé de communes de petite taille. Même la sous-préfecture – Die – reste une commune de taille très modeste. Pourtant, c'est un territoire qui se distingue des territoires ruraux traditionnels par la présence massive de retraités qui sont originaires d'autres régions. Il résulte de cette double caractéristique, d'une part, une absence d'acteurs gérontologiques forts, et d'autre part, une réelle vitalité associative.

Une telle situation n'est pas sans répercussion sur le sujet qui est le nôtre. En effet, les faibles moyens dont disposent les communes, comme les institutions gérontologiques, font qu'elles n'ont pas été en mesure d'imprimer leur empreinte sur la politique vieillesse locale. Hormis quelques établissements et services, ainsi que quelques actions sociales traditionnelles d'aide aux personnes âgées, l'espace gérontologique s'avère relativement vierge, alors que le vieillissement constitue une réalité indéniable et pose de nombreux problèmes d'accompagnement (et d'isolement) dans les communes les plus éloignées.

Paradoxalement, cette faiblesse des acteurs gérontologiques locaux a constitué un terrain propice à ce que la parole de la société civile puisse trouver des conditions favorables pour s'exprimer autour des questions liées au vieillissement. En effet, à partir du moment où l'espace gérontologique n'était pas préempté par des acteurs politiques ou professionnels capables d'imposer leur cadre cognitif, il était plus facile qu'émerge une parole « libre », c'est-à-dire moins formatée par les contraintes de l'offre et les référentiels dominants. Or il se trouve que, sur ce territoire, beaucoup de choses s'effectuent en dehors des réseaux formels, comme en témoigne l'importance du gré à gré dans le

champ de l'aide à domicile et des solidarités de proximité. Surtout, compte tenu du profil sociologique de la population locale, il existe un potentiel de mobilisation parmi la société civile et, notamment, parmi les nouveaux retraités à la recherche d'un mode de vie alternatif pour leurs vieux jours.

Deux facteurs ont contribué à ce que se dessine une prise en compte que l'on pourrait qualifier de non gérontologique de la parole des personnes âgées. Il y a, d'un côté, le rôle tiers joué par le CLIC qui n'est pas positionné sur une approche médico-sociale, mais sur une démarche de développement local prenant appui sur la population vieillissante. Et de l'autre côté, il y a le rôle moteur joué par les structures intercommunales qui n'ont pas la compétence gérontologique.

Il en résulte une parole moins canalisée et moins formatée par les normes médico-sociales. De même, l'objet de la réflexion et des actions engagées est moins centré sur un groupe-cible – les personnes âgées – que sur la problématique du vieillissement. En cela, une telle prise en compte de la parole permet un désenclavement de la question gérontologique en sensibilisant des acteurs non-spécialistes de cette problématique.

2.3- Le territoire Romans, Royans, Vercors

Ce territoire étendu présente une grande diversité d'un point de vue géographique¹⁶. Il se situe au nord-est du département drômois et jouxte le département montagneux de l'Isère.

Le nord du territoire, principalement autour des communes de Bourg-de-Péage et de Romans, est un lieu de passage important puisqu'il marque l'entrée dans le département dans le trajet routier de l'Autoroute du soleil (A7). Cette partie du territoire est un carrefour d'infrastructures routières importants entre la Drôme et l'Isère, mais également à un niveau plus national entre le nord et le sud de la France.

Le territoire comprend également des parties plus rurales. C'est le cas du Pays de l'Herbasse composé de neuf petites communes situées au nord au sein de la Drôme des Collines. C'est un paysage vallonné, principalement façonné par l'agriculture. Beaucoup plus important en termes de superficie, il y a également toute la partie située au nord-est qui comprend le bas et le haut de la chaîne montagneuse du Vercors. La zone du Vercors est très particulière compte tenu du climat et de l'environnement montagneux, mais également du fait de l'histoire de la résistance durant la seconde guerre mondiale. Quant au bas du Vercors côté nord (le Royans), il présente un caractère rural au climat plus tempéré.

2.3.1- Un vaste territoire composé de cinq communautés de communes

Le territoire couvert par le CLIC Romans, Royans, Vercors regroupe cinq communautés de communes : la communauté de communes du Vercors, la communauté de communes du Pays du Royans, la communauté de communes de Bourg de Péage, la communauté de communes du Pays de Romans (devenue communauté d'agglomération depuis le 1^{er} janvier 2011) et la communauté de communes du Pays de l'Herbasse.

C'est un territoire très peuplé puisqu'avec 96 000 habitants, il arrive en deuxième position du département, tout de suite après le territoire du CLIC de Valence.

Globalement ces cinq communautés de communes restent des territoires dynamiques d'un point de vue démographique. En effet, la variation annuelle de la population varie de 0,6%, pour la communauté de communes de Romans, à un maximum 1,8% pour la communauté de commune du

¹⁶ C'est la raison pour laquelle notre travail monographique a surtout porté sur le bassin de Romans, tout en s'intéressant également au pays du Royans de façon à intégrer la partie plus rurale du territoire.

Pays de l'Herbasse. Ces données positives s'expliquent par des arrivées sur le territoire, mis à part Romans où le taux de natalité reste supérieur aux arrivées de nouveaux habitants.

Mais ces cinq communautés de communes dessinent un territoire au profil sociologique très hétérogène. Il y a tout d'abord un milieu urbain avec la ville de Romans sur Isère (34 000 habitants) qui possède un tissu social marqué l'histoire de la chaussure. Compte tenu des difficultés économiques ce secteur, Romans est confrontée à des problèmes de précarité dans certains quartiers. La ville est également concernée par la problématique des immigrés vieillissants, qui correspond à la population ouvrière venue travailler au moment où il existait sur place une industrie florissante.

Bourg-de-Péage est l'autre ville attenante à celle de Romans. Avec ses 10 000 habitants, elle est au cœur d'une communauté de communes qui présente un profil moins urbain que sa voisine, mais avec une population âgée issue de l'agriculture et de l'industrie qui ne dispose pas non plus de retraites importantes. L'habitat y est cependant beaucoup plus individuel et les solidarités familiales plus vivaces car les habitants ont moins subi de ruptures dans leurs trajectoires sociales et résidentielles.

« A Bourg-de-Péage, on a des gens très enracinés, des gens qui habitent chez eux, ou qui habitent en HLM depuis très longtemps. En plus, il y a eu beaucoup de petits programmes dans le diffus en centre-ville. Ça permet aux gens de se rapprocher du centre-ville (...). Par rapport à Romans, ils ont une population issue de l'immigration plus importante. On a des gens issus du rural, du monde ouvrier. » (Directrice CCAS)

Enfin, les communautés de communes de l'Herbasse, du Royans et du Vercors sont beaucoup plus rurales. Leurs populations se sont toutefois beaucoup renouvelées ces dernières années avec l'arrivée de personnes au moment de la retraite à la recherche d'un cadre de vie plus proche de la nature ; d'où l'émergence d'un certain nombre de problèmes liés à l'isolement. La problématique est encore accentuée dans le Vercors où le relief montagneux rend cette partie du territoire encore plus singulière. Le Royans et le Vercors sont marqués par un vieillissement de leur population supérieur à ce qu'il est plus au nord et à l'ouest.

2.3.2- La spécificité gérontologique de Romans

Le territoire Romans-Royans-Vercors est très vaste, mais il existe peu de communes en mesure de mener une politique gérontologique. A travers leur CCAS, les petites communes ont certes une action en direction des personnes âgées, mais cette action reste limitée à une politique traditionnelle

d'assistance que représentent le repas des anciens, le colis de Noël, le soutien au club du troisième âge, etc.

La seule véritable exception concerne la ville de Romans. A l'instar de ce que la ville a fait dans le secteur culturel et dans celui de la petite enfance, Romans s'est engagée tôt dans une politique en direction du public âgé. Il ne s'agit cependant pas d'une politique gérontologique tous azimuts car d'autres opérateurs sont implantés de longue date sur ce territoire dans le domaine des établissements et des services à domicile. C'est notamment le cas des Mutuelles de la Drôme (devenues EOVI Services et Soins), mais aussi de divers autres organismes gestionnaires. Par conséquent, la ville de Romans s'est surtout engagée en faveur d'une politique d'animation et d'action sociale à travers l'action de son CCAS et, plus particulièrement, de son pôle gérontologique. Il est vrai que, pour une ville, le vieillissement démographique est important puisqu'un quart de la population a plus de 60 ans.

En l'occurrence, le CCAS de Romans gère un service de portage de repas à domicile (73 000 repas servis en 2010), un service accompagnement, un service de téléassistance, un foyer-restaurant, un service petits dépannages. Par ailleurs, il apporte un soutien aux clubs du troisième âge de la ville. En 2009, à la suite d'une analyse des besoins sociaux, la ville de Romans a commandité un diagnostic gérontologique pour mieux connaître les besoins et attentes des personnes âgées. Ce diagnostic, qui a mis en évidence la fragilité économique et sociale d'un certain nombre de personnes âgées, a conforté la ville dans sa politique de maintien à domicile et de lutte contre l'isolement social et l'exclusion économique. Elle a ainsi récemment mis en place la carte Atout Cœur pour permettre à des personnes à ressources limitées d'accéder à des activités sportives, culturelles et de loisirs ; et elle est partenaire du dispositif national « ANCV – Séniors en vacances » qui donne accès à des séjours touristiques à tarif réduit pour des retraités non imposables. D'autre part, un projet est en cours pour mobiliser des bénévoles qui entretiendraient un contact téléphonique avec des personnes isolées.

Un autre aspect de l'action gérontologique du CCAS de Romans réside dans le travail en réseau qu'il a initié depuis quelques années. Ainsi, la chef de service « séniors » du CCAS et une assistante sociale de l'hôpital ont mis en place en 2006 un groupe informel qui a été dénommé, non sans malice, GPS (Groupe Partenarial Séniors). L'objectif de ce groupe était de créer du lien entre les nombreux professionnels intervenant auprès de personnes âgées, mais qui se connaissaient relativement mal entre eux. Depuis, ce groupe est à l'initiative de journées de travail qui sont l'occasion de faire venir des intervenants extérieurs et de réfléchir ensemble.

« C'est un groupe qui s'est créé comme ça parce que ce sont des agents de terrain qui ont fait remonter que c'était difficile. On a démarré les réunions simplement, en se présentant (...). On a mis quasiment deux ans pour faire en sorte que tout le monde se connaisse. Puis on a décliné nos réunions en réunions thématiques et en prenant en compte des partenaires nouveaux : les pompiers, l'office HLM, le CALD, les tutelles... Quand on a un souci avec une situation, on se connaît. » (Chef de service Séniors, CCAS de Romans)

Hormis Romans, il existe une autre ville sur ce territoire qui mène une action spécifique en direction du public âgé : Bourg-de-Péage. Cette commune s'est également engagée dans un travail en réseau, cette fois-ci à l'échelle du canton, qui a débouché en 2003, avant l'instauration des CLIC, sur la mise en place d'un point accueil séniors cantonal. Outre les actions sociales traditionnelles (colis, repas, Semaine bleue...), le CCAS de Bourg-de-Péage gère également des services gérontologiques. Ceux-ci sont modestes car la commune dispose de moyens limités dus à sa petite taille ; d'ailleurs, il est significatif que le CCAS ne dispose pas d'un pôle gérontologique en tant que tel sur le plan administratif. Malgré cela, la ville de Bourg-de-Péage dispose d'un service de portage de repas, d'un foyer-restaurant, ainsi que d'un accueil de jour autonome pour personnes âgées d'une capacité de cinq places.

Au-delà de leurs différences en termes de capacité d'action, le point commun des politiques gérontologiques menées par Romans et Bourg-de-Péage est que, pour des raisons historiques, elles s'inscrivent plus dans une dynamique d'animation et d'action sociale, voire de mise en réseau, que de gestion d'établissements et de services. Elles mènent une politique du troisième âge en direction d'un public cible qui présente un profil sociologique traditionnel : il s'agit de personnes plutôt âgées provenant de milieux sociaux modestes. Il en résulte une demande sociale qui se traduit peu en termes de « prise de parole ».

« Sur le restaurant, c'est flagrant. (...) Ils n'ont plus envie, ils viennent pour consommer. Ce sont des gens de plus de 80 ans qui n'ont plus envie de participer, mais de profiter. » (Chef de service Séniors, CCAS de Romans)

« Les personnes âgées que nous avons sur le secteur sont des agriculteurs, des ouvriers ; ils ne sont pas dans une culture de service. Pour eux, payer même une petite participation pour un service, ce n'est pas dans leur culture. Ce sont des gens qui en ont bavé, ils se sont toujours débrouillé tout seul. Déjà, faire appel à un tiers, admettre cela et, encore plus, payer pour un service, c'est quelque chose de très difficile à admettre. » (Directrice du CCAS de Bourg-de-Péage)

2.3.3- Le CLIC : un travail de maillage des réseaux locaux

La taille du territoire couvert par le CLIC ne lui permet guère de mener une action centralisée. C'est pourquoi le CLIC fonctionne en s'appuyant sur cinq réseaux qui correspondent aux cinq communautés de communes. Ces dernières sont en effet un support essentiel à l'action du CLIC.

« Je travaille en m'appuyant sur les communautés de communes, ça veut dire que sur les cinq communautés de communes, j'ai un interlocuteur, un technicien, avec qui je travaille vraiment en tandem. Les réunions sont systématiquement co-animées, les invitations sont communes. C'est la communauté de communes qui fait toute la partie logistique. » (Coordinatrice CLIC)

Les communautés de communes sont donc au cœur du dispositif de maillage du territoire. La raison en est structurelle puisque les intercommunalités participent au financement du CLIC en versant quelques centimes d'euros par habitant. Mais les communautés de communes ont également un intérêt pratique à ce travail conjoint, dans la mesure où elles ne disposent pas de la compétence « personnes âgées ». Par conséquent, le CLIC apporte une expertise et un soutien que les communes et les intercommunalités ne possèdent pas. Il est vrai que la très grande majorité des communes sont de petite taille et n'ont guère les moyens de mener une action sociale gérontologique de grande envergure.

« La fonction d'une communauté de communes, c'est plus de créer une coordination et c'est une fonction d'animation de la vie sociale. On est plus une fonction de veille pour essayer de mesurer les besoins sociaux. Mais on n'a pas vraiment les moyens d'agir en direct sur les personnes âgées. » (Président de la communauté de communes du Royans)

La seule exception notable est la ville de Romans qui, pour les raisons que nous avons identifiées, dispose d'une antériorité et de ressources pour mener une action gérontologique locale, tout en étant adhérente au CLIC. De surcroît, l'action de la ville dans le domaine des personnes âgées est également positionnée sur l'animation gérontologique et le travail en réseau. Par conséquent, à la différence du milieu rural (ou semi-rural), le CLIC a moins d'emprise autour de ces thèmes sur la commune de Romans car cette dernière dispose d'une capacité d'action autonome et de professionnels de la gérontologie.

« La communauté d'agglomération est obligée de passer par le CLIC pour organiser la Semaine bleue. Elle veut dynamiser les villages qui sont sur le territoire. (...) Quand il y a des réunions, j'y vais avec une animatrice et l'élue. Mais dans les villages, ce sont des élus, des retraités pour la plupart, qui sont sur ces thématiques là. On n'est pas toujours sur les mêmes discours. » (Chef de service Séniors, CCAS de Romans)

Les élus des différentes communes trouvent un intérêt à coopérer avec le CLIC car ils sont bien conscients du vieillissement de leur population, notamment en milieu rural, et ils savent également que les personnes âgées constituent une part importante du corps électoral. C'est pourquoi dans les réseaux sur lesquels s'appuie le CLIC, on y trouve autant de professionnels de la gérontologie que d'élus, mais également des bénévoles, des présidents de clubs du troisième âge et des acteurs divers.

« Les élus deviennent l'acteur de proximité. Si on organise quelque chose, eux vont repérer des gens directement. Cela devient une vraie proximité. Les élus ruraux sont très proches... Les personnes âgées sont aussi des électeurs. Du coup, il y a une dynamique. » (Chargée de mission, communauté de communes du Royans)

« L'intérêt de travailler avec les communautés de communes, c'est qu'elles sont encore plus sur le territoire. En plus du technicien de chaque communauté de communes, j'ai un ou deux élus référents par communauté qui transmettent toutes nos informations. Et après, je suis régulièrement invitée à des réunions, soit avec le maire, soit à des réunions de la communauté de communes. Du coup, tous les élus de chaque mairie connaissent le CLIC. » (Coordinatrice CLIC, conseil général)

Néanmoins, l'engagement des élus dans une réflexion sur le vieillissement ne se fait pas naturellement, tout au moins à l'échelle intercommunale. Traditionnellement, l'action sociale communale est une chasse gardée des élus locaux pour des raisons électorales évidente. C'est l'action du CLIC qui, par sa fonction d'intermédiation et de support technique, permet d'enclencher une dynamique conduisant les élus locaux à vouloir mutualiser certaines réflexions et actions. La communauté de communes acquiert ainsi une identité collective sur les questions liées au vieillissement, et n'est pas simplement un empilement de politiques communales.

« La communauté de communes est un lieu où l'on a appris à se parler entre élus. Mais s'il n'y avait personne au CLIC qui fasse ce travail de lien, ce serait compliqué. Ça n'engendrerait pas chez nous ce dynamisme : faire rencontrer les clubs, organiser avec le CLIC des journées de sensibilisation sur l'amélioration de l'habitat, sur le sommeil, sur la maladie d'Alzheimer... » (Chargée de projet, communauté de communes du Royans)

Ce travail de réseau avec chacune des communautés de communes n'exclut pas des projets plus transversaux. Comme tous les CLIC, celui-ci s'appuie sur une commission gérontologique qui réunit l'ensemble des acteurs du territoire intéressés pour travailler en partenariat pour des actions personnes âgées, soit plus d'une centaine de personnes. La commission est un lieu d'informations sur ce que font les uns et les autres dans le domaine gérontologique, mais également un lieu d'impulsion de nouveaux projets transversaux. Ainsi, par exemple, au cours de l'année 2010, le CLIC a été porteur d'un projet intitulé « le Colporteur des mots ». Il s'est traduit par la mise en place d'ateliers d'écriture dans des lieux très divers et décentralisés dans les différentes communes : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, médiathèque, lieux d'animation et de

restauration, accueil de jour. Par ailleurs, des temps de lecture à voix haute ont été réalisés par un « écrivain marcheur », qui a été le maître d'œuvre du projet. Et un film sur « le marcheur de mots » a constitué le support pour diverses rencontres. Au total, près de 400 personnes ont participé à cette action.

Le « Colporteur des mots » est assez symptomatique d'une volonté de mettre en œuvre des actions en direction du public âgé, mais qui ne s'inscrivent pas sur un registre médico-social. Dans la même perspective, a été lancé un projet intitulé « Tournée musicale dans les cuisines », qui a permis qu'un artiste, accompagné d'un violoncelliste, se rende au domicile des personnes âgées isolées pour jouer une sorte de concert privé. La Semaine bleue constitue un autre temps fort pour promouvoir des actions sur le territoire qui présentent plus une dimension festive que médico-sociale. La Semaine bleue permet ainsi de toucher plus de 2 000 personnes sur le territoire.

Conclusion

La configuration du territoire Romans-Royans-Vercors se rapproche de celle du Diois par au moins deux aspects. Le premier est l'existence d'une population vieillissante sur la partie rurale du territoire avec beaucoup de communes de petite taille qui n'ont pas les moyens de développer une action gériatrique autonome. Le deuxième est le rôle moteur joué par les communautés de communes dans la réflexion sur le vieillissement. Elles constituent en effet un lieu politique vierge sur le plan gériatrique et un espace territorial permettant d'engager des démarches de développement social dépassant les égoïsmes municipaux. C'est pourquoi, malgré les faibles moyens dont disposent ces territoires, il existe une force d'innovation pour penser autrement les besoins des personnes âgées et donc les réponses à apporter. Le travail de mise en réseau est, là aussi, au cœur de cette dynamique.

Mais la physionomie de ce territoire se distingue cependant de celle du Diois par une étendue géographique beaucoup plus vaste qui oblige le CLIC à travailler différemment. Il en résulte non seulement un grand nombre de partenaires potentiels, mais également un profil de la population beaucoup moins homogène. Celui-ci va en effet d'un profil urbain, plutôt ouvrier et en tout cas disposant de moyens modestes, à un profil rural qui est composé d'autochtones issus du milieu agricole, mais aussi de retraités venus d'ailleurs. C'est pourquoi le CLIC s'appuie sur les réseaux d'acteurs constitués par chacune des cinq communautés de communes du territoire pour agir de manière plus adaptée et plus proche sur chacun des territoires.

Par ailleurs, le territoire, s'il est composé majoritairement de petites communes, comprend également des communes relativement importantes, en l'occurrence Romans, et dans une moindre mesure Bourg-de-Péage. A l'instar de Saint-Paul-Trois-Châteaux ou de Pierrelatte, leurs CCAS ont su développer une action sociale gérontologique et sont donc des acteurs incontournables sur le plan local. C'est particulièrement le cas de Romans qui dispose de ressources et de compétences en ce domaine et qui a ainsi pu impulser une dynamique gérontologique autonome sur la commune, notamment dans le domaine de l'animation et de la lutte contre l'isolement. L'action du CCAS s'inscrit cependant dans la lignée des politiques du troisième âge. Elle est de ce fait confrontée au vieillissement de son public cible qu'elle essaie de surmonter en mettant sur pied des projets d'animation audacieux.

TROISIÈME PARTIE

Les enjeux liés à l'expression des usagers :

**Entre représentation collective et
participation individuelle**

Dans cette troisième partie, nous voudrions tirer des éléments d'analyse de l'ensemble du travail monographique mené sur le département de la Drôme. Nous avons structuré cette réflexion autour du fil conducteur inscrit dans le sous-titre même de cette recherche sur la prise de parole des personnes âgées : quels enjeux pour les pouvoirs publics et les professionnels ?

Nous avons pu constater que les mécanismes à l'œuvre, à l'heure actuelle, pour que l'expression des retraités et personnes âgées soit effective sont sans doute plus importants que par le passé, mais ils n'en restent pas moins nettement insuffisants. En effet, les « conditions de production » de cette parole ne sont pas neutres quant à l'utilisation qui peut en être faite par les pouvoirs publics et les professionnels. L'expression des personnes âgées n'existe pas *ex nihilo* ; elle est dépendante d'un cadre et d'interactions qui contribuent à la formater d'une certaine manière. Ce constat est d'autant plus vrai que le groupe des retraités et personnes âgées est trop faiblement organisé pour constituer un réel contre-pouvoir autonome.

C'est pourquoi nous analyserons tout d'abord dans cette partie les conséquences qu'ont les mutations du secteur de l'aide à domicile sur la prise en compte de la parole des personnes âgées. Puis, compte tenu de la complexité que représente la figure de « l'usager », nous montrerons les limites aussi bien de la participation individuelle que de la représentation collective dans les mécanismes d'expression actuels. Enfin, nous envisagerons, à partir d'initiatives relevées lors du travail monographique, quelques pistes susceptibles de constituer une alternative pour que la parole de la population âgée soit entendue malgré les obstacles qui auront été précédemment identifiés.

1- Un secteur de l'aide à domicile en pleine mutation

La prise de parole des usagers n'a rien d'évidente dans le secteur de l'aide aux personnes âgées. En effet, non seulement les générations de personnes âgées n'avaient jusqu'alors que peu l'habitude de « réclamer », mais en outre les prestataires ou les services administratifs, de leur côté, étaient peu enclins à se soucier de la parole des usagers. Dans ce contexte, la rencontre entre l'offre et la demande était gérée de manière très routinière en fonction des procédures administratives

d'attribution des allocations et des prestations de soins et d'aide (Frinault, 2005 b). Un tel schéma était propice à ce que prime « la loyauté » dans la relation entre les offreurs et les demandeurs. Surtout, il ne créait pas les conditions pour que soit institué un espace d'expression.

Ce sont incontestablement les évolutions législatives et réglementaires qui ont modifié la nature de cette relation en permettant de faire émerger une prise en compte des situations individuelles. En particulier, ce sont les mutations qui ont affecté le secteur de l'aide à domicile, de plus en plus appelé de l'aide à la personne, qui ont modifié la nature de la relation à l'usager.

1.1-L'ambivalence de l'usager-client

Les mots utilisés pour désigner « l'usager » ne sont pas neutres : ils traduisent un univers sémantique qui est porteur de représentations et de significations sociales. Sur ce plan, le secteur de l'aide à domicile s'avère particulièrement intéressant dans la mesure où il est traversé par une tension entre deux logiques distinctes qui influent sur la manière dont est qualifié l'usager. Ces deux logiques – que, par simplification, nous qualifierons de « sociale » pour l'une et d' « économique » pour l'autre – n'ont pas fait l'objet d'un arbitrage de la part de l'Etat, malgré les appels récurrents à une plus grande cohérence de l'action publique en ce domaine (Cour des comptes, 2005). Elles traduisent deux finalités différentes qui se sont institutionnalisées dans le champ de l'aide à domicile et qui ne sont pas sans répercussions sur le langage utilisé par les acteurs.

1.1.1- Une logique sociale visant l'usager

Historiquement, les associations d'aide à domicile se sont développées comme une partie intégrante du secteur social et médico-social. Cet ancrage institutionnel trouve son origine dans l'action caritative de quelques pionniers qui ont progressivement bénéficié d'un soutien des pouvoirs publics. L'Etat a en effet fait le choix, non pas de se substituer à elles, mais de les soutenir financièrement et de les encadrer d'un point de vue administratif. De là est née une régulation tutélaire des associations d'aide à domicile au lendemain de la deuxième guerre mondiale, qui a concerné en réalité l'ensemble du secteur sanitaire et social (Laville, Nyssens, 2001). Une telle régulation a été consolidée sur le plan législatif par la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, puis par celle du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Il a résulté de cet édifice la figure de l'usager qui est devenue depuis une décennie le terme générique visant à désigner la personne bénéficiaire des prestations du secteur sanitaire et social

(*supra* première partie). L'usager est la même dénomination que celle qui prévaut pour désigner l'utilisateur des services publics. Cette parenté sémantique n'est pas due au hasard : elle traduit le rôle et la place importants des organismes prestataires à but non lucratif dans le champ social, qui, comme pour les services publics, ont longtemps été en position quasi-monopolistique dans la fourniture des services.

Mais le caractère non lucratif de la structure n'ayant pas été jugé suffisant pour garantir la qualité des prestations fournies, le législateur a imposé plusieurs contraintes que les conseils généraux sont chargés, depuis la décentralisation, de faire respecter. Ces contraintes ont également été imposées pour tenir compte du fait que, dans le secteur sanitaire et social, l'usager revêt plutôt la forme d'une personne vulnérable qui ne peut se comporter comme un client capable de faire des choix, comme le ferait un *homo economicus* sur un marché. Par conséquent, les règles économiques de libre-concurrence s'avérant peu probantes pour garantir une qualité des prestations, c'est l'Etat qui se substitue au marché en introduisant certaines normes de qualité au profit des usagers.

En l'occurrence, cette garantie de qualité repose, pour ce qui concerne les services d'aide à domicile, sur la procédure d'autorisation accordée – ou non – par le président du conseil général. En effet, les services à domicile entrent dans le champ d'application des dispositions inscrites dans le Code de l'Action Sociale et des Familles suite à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. C'est pourquoi les différents outils relatifs aux droits des usagers doivent être mis en place et la vérification de leur effectivité peut s'effectuer à l'occasion des évaluations internes (tous les cinq ans environ) et externes (tous les sept ans environ). Dans cette perspective, une institution *ad hoc* a été mise en place en 2006 – l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) – qui non seulement définit les recommandations de bonnes pratiques professionnelles susceptibles d'améliorer la qualité des prestations au profit des usagers, mais aussi habilite les organismes ayant le droit de réaliser des évaluations externes. L'essentiel de l'activité normalisatrice de l'Etat en matière de qualité repose sur le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ce décret s'inscrit dans la même veine que la loi du 2 janvier 2002 en prenant appui sur le droit des « usagers » comme fondement de la qualité.

Cette logique sociale constitue le cadre historique d'intervention des travailleurs sociaux et contribue à structurer les modalités de prise en compte de la parole de l'usager. En l'occurrence, les modalités prennent généralement la forme d'un entretien d'évaluation qui réunit le travailleur social et l'usager

au cours d'un colloque singulier. Ce type d'entretien correspond à des méthodologies particulières que chaque professionnel applique selon les situations puisque les entretiens sont toujours effectués au service d'un objectif. Cela peut être l'évaluation et l'analyse des besoins de l'utilisateur ou encore un entretien évaluatif dans le cadre d'une prise en charge déjà établie. L'entretien est l'outil principal dont dispose un travailleur social pour effectuer sa mission d'aide sociale. Il s'avère toujours être le point de départ d'un éventuel futur accompagnement.

Les intervenants de l'aide à domicile que nous avons pu rencontrer lors de cette enquête mettent tous en place ce genre d'entretien, notamment au moment de la première rencontre avec l'utilisateur afin de définir ses besoins. Le premier entretien doit permettre de cerner la demande et les besoins de la personne âgée. Ces formes d'entretiens vont permettre au professionnel et à l'utilisateur de construire un projet d'intervention à domicile ou d'accompagnement social. Le type de parole recueillie est donc lié à un savoir-faire et à une analyse professionnelle. Bien que la parole émanant de l'utilisateur soit libre, le professionnel du travail social l'analyse et construit, avec ce recueil de parole, un projet d'aide.

« On commence toujours par une visite à domicile. (...) On essaie de voir quel est le besoin, s'il est justifié. » (Responsable, association d'aide à domicile)

« La première visite c'est pour définir la demande, voir dans quel contexte l'intervenante va venir, les pathologies. » (Responsable, association d'aide à domicile)

Les entretiens entre une personne âgée, considérée ici comme l'utilisateur d'un service, et un acteur de l'action sociale sont donc toujours sous-tendus par plusieurs objectifs. Tout d'abord, faire émerger la demande de l'utilisateur, ensuite analyser le besoin réel et enfin proposer une réponse qui prenne en compte la demande, le besoin, mais aussi les facteurs environnementaux (mobilité, moyens financiers etc.). L'articulation demande-besoin-réponse repose quasi-intégralement sur les résultats et l'analyse de ces entretiens. Bien sûr, un travailleur social reste attentif aux autres sources d'échanges et d'informations, tels que les papiers administratifs ou encore les échanges plus informels avec l'utilisateur et son entourage, mais tous les acteurs rencontrés s'accordent à dire que pour réellement prendre en compte la parole de l'utilisateur, l'entretien est indispensable.

Au-delà de la mise en place d'une aide au domicile d'une personne âgée, l'instauration de la Prestation Spécifique Dépendance, puis de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, a contribué à faire évoluer la procédure médico-administrative au profit d'une telle écoute.

« A l'époque, il n'y aurait pas eu besoin de coordinateurs de CLIC parce que le coordination était essentiellement gérée par les adjoints PA-PH, en sachant que les situations individuelles n'étaient pas importantes. C'est surtout la PSD, avec la mise en place de dispositifs permettant à la personne âgée de rester à domicile, qui a commencé à positionner les adjoints PA-PH sur un rôle de proximité, donc d'écoute de la parole des personnes âgées. (...) »

En 2002, la mise en place de l'APA a été un moment important de la prise en compte de la parole de l'utilisateur. A partir du moment où il y a une évaluation à domicile, il y a une prise en compte de la parole, avec les limites du GIR, du plan d'aide... Le plan d'aide doit être proposé et négocié avec la personne âgée. Le plan d'aide est un merveilleux outil : on a une demande formulée par l'utilisateur, et à partir de ça, on va au-devant de lui, à domicile ; c'est différent d'une demande de RSA. » (Adjointe « personnes âgées – personnes handicapées », conseil général)

La généralisation de la « prise de parole » des personnes âgées et éventuellement de leur famille lors d'une demande d'aide à domicile ou d'APA n'est pas le résultat d'une revendication ou d'une expression spontanée des usagers. Elle correspond à un espace octroyé par le législateur qui oblige que soit prise en compte la parole de l'utilisateur pour que puisse être élaboré le plan d'aide. C'est pourquoi, s'il est indéniable que les procédures d'élaboration des plans d'aide et de soins ont contribué à ce que soit mieux prise en compte la parole de l'utilisateur, on peut affirmer qu'il s'agit moins d'une « prise de parole » que d'une « prise en compte de la parole ».

1.1.2- Une logique économique visant le client (ou le consommateur)

Parallèlement à la procédure d'autorisation des services d'aide à domicile, le législateur a offert la possibilité pour les services dits d'aide à la personne de recourir à une procédure administrative d'agrément qualité. Si le conseil général a également un droit de regard, son avis n'est que consultatif. En effet, sur ce registre, le rôle clé revient à l'unité territoriale de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) qui a en charge la délivrance et le renouvellement des agréments qualité des organismes concernés. Les services non autorisés sont en effet contraints par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services aux personnes et portant sur diverses mesures en faveur de la cohésion sociale de solliciter un agrément qualité dès lors où ils interviennent auprès de publics dits fragiles. Ces derniers incluent les personnes âgées de 60 ans et plus, les personnes handicapées ou dépendantes, et également les enfants de moins de trois ans. La demande d'agrément est instruite et accordée, après avis du conseil général, par la DIRECCTE. L'agrément s'effectue sur la base du respect du cahier des charges défini par l'arrêté du 24 novembre 2005. Ensuite, tous les cinq ans, l'autorisation doit être renouvelée suite à un audit réalisé par un organisme habilité par l'ANESM.

L'annexe de ce cahier des charges précise une quarantaine de points devant permettre l'identification de la qualité des organismes de services aux personnes. Sur l'ensemble de ces points, beaucoup visent à ce que le gestionnaire prenne des dispositions pour que l'utilisateur – appelé « bénéficiaire » – soit mieux pris en considération. Ainsi, parmi ces différents éléments, nous pouvons mentionner la nécessité pour les organismes d'aide à domicile de prévoir :

- un accueil téléphonique personnalisé au moins cinq jours sur sept ;
- une proposition d'intervention individualisée élaborée avec l'utilisateur, voire avec l'entourage lorsqu'il n'est pas en mesure d'exprimer ses besoins ;
- un traitement des réclamations ;
- une enquête auprès des usagers sur leur perception de la qualité des interventions qui doit être réalisée au moins une fois par an.

Même si l'arrêté du 24 novembre 2005 prévoit diverses dispositions pour que la parole de l'utilisateur soit mieux prise en compte, cette dernière reste très encadrée par les intentions originelles du législateur et par la structure administrative chargée d'en assurer la mise en œuvre. Ainsi, la loi dite Borloo a explicitement visé à favoriser la création d'emplois dans un secteur où les besoins sont potentiellement importants (en l'occurrence, celui des services aux personnes). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle a été mise en place une procédure *ad hoc* d'autorisation jugée moins contraignante que celle de droit commun, ainsi qu'une agence spécifique – l'Agence Nationale des Services aux Personnes (ANSP) – dont les orientations ne sont pas similaires à celles de l'ANESM.

Il en résulte que la notion de « qualité » telle qu'elle apparaît dans le cahier des charges qui en précise le contenu est très orientée vers la satisfaction de l'utilisateur « consommateur ». Ce dernier doit pouvoir recourir à un prestataire de service aux personnes en toute confiance. C'est pourquoi, par exemple, un chapitre de l'annexe précise les conditions de « clarté et qualité de l'offre de service » en prévoyant notamment la délivrance d'un devis gratuit lorsque le coût de la prestation est supérieur à 100 euros, ainsi qu'un contrat écrit précisant la durée, le type, le type, le coût et le montant restant à la charge du bénéficiaire.

De tels éléments inscrivent explicitement le secteur des services aux personnes dans le champ de l'économie libérale, grâce à l'instauration de règles devant permettre au consommateur de faire un choix sur un marché concurrentiel. De fait, alors que les règles du secteur social et médico-social ont été définies dans un contexte dominé par les organismes à but non lucratif « historiques », celui des services aux personnes s'est édifié avec la volonté du législateur de favoriser l'émergence d'opérateurs à but lucratif. C'est pourquoi le cahier des charges stipulant les dispositions nécessaires

à l'obtention de l'agrément qualité visent à clarifier les relations « gestionnaire / bénéficiaire » afin de susciter un marché concurrentiel qui soit neutre au regard du statut du prestataire.

L'autre caractéristique transparaissant à travers la notion de « qualité » telle qu'elle est défendue dans ce même cahier des charges est l'importance accordée à la « sélection et qualification des personnes mettant en œuvre l'activité ». Ainsi, la prestation ne peut être de « qualité » que si le service d'aide est en mesure de démontrer que le personnel qu'il emploie présente un certain nombre de garanties quant à leurs qualifications et compétences. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la procédure d'autorisation permettant la délivrance de l'agrément qualité repose sur l'unité territoriale de la DIRECCTE, qui est l'ancienne Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Au final, la notion d'usager est « réescomptée avec le marché ou, plus précisément, avec la montée en puissance des rapports marchands jusque dans les secteurs traditionnellement protégés, comme le secteur social. L'usager est alors proche, très proche, du client, jusqu'à la confusion » (Chauvière, 2000, p.36). Il est vrai que la figure de l'usager a été forgée par les pouvoirs publics dans les années quatre-vingt dans l'intention de moderniser l'action publique en l'utilisant comme un levier pour refonder l'action sociale autour d'une légitimité alternative fondée sur des critères de qualité ou de satisfaction. Cette évolution de la figure de l'usager a généré pour certains « un nouveau paradigme ambigu » (Chauvière, 2000), pour d'autres « une fatigue d'être client » (Jeannot, 2010).

Ces différents éléments dessinent un paysage qui se différencie nettement de celui des services autorisés, tant par la logique qui le sous-tend que les termes utilisés. Ainsi, les services agréés qualité se réfèrent au secteur des services à la personne qui est beaucoup plus large que celui des services à domicile. Surtout, si nous-mêmes avons fait référence dans ce chapitre à « l'usager » comme terme générique, c'est en réalité beaucoup plus la notion de « client » qui sert à le désigner. C'est par exemple le terme explicitement utilisé dans le guide pratique de l'Agence Nationale des Services à la Personne pour qui la finalité d'une démarche qualité est avant tout « une plus grande satisfaction de la clientèle ». Certes, les services à la personne concernent une population plus large et plus autonome que les services d'aide à domicile. Mais le champ des services à la personne n'exclut toutefois pas une population plus vulnérable. Comme le précise le guide pratique : « Si l'on parle de "clients", il s'agit aussi bien des personnes âgées ou handicapées "bénéficiaires" de l'aide à domicile

cofinancée par les collectivités »¹⁷. La fiche pratique « Gérer le parcours client » jointe à ce guide rappelle les étapes essentielles d'un gestionnaire : « accueillir et informer », « répondre à la demande du client », « assumer la prestation », « satisfaire ses clients », « traiter les conflits et les réclamations ». L'approche du client est sans ambiguïté quant à la marchandisation du secteur des services à la personne qui s'éloigne ainsi de la logique sociale qui a prévalu dans la construction du secteur de l'aide à domicile.

En devenant un client, une distance se crée entre l'utilisateur et le professionnel, tout au moins avec celui chargé de contrôler l'effectivité de la qualité. En effet, la DIRECCTE effectue essentiellement un travail administratif de vérification de la conformité aux dispositions du cahier des charges de l'arrêté du 24 novembre 2005. Il n'y a donc pas de contacts avec l'utilisateur. Ce dernier n'existe qu'en tant que « client » ou « consommateur » à travers le respect d'une cinquantaine d'éléments constitutifs de l'agrément qualité.

« On est face à des sociétés qui ont des dossiers virtuellement béton, qui sont parfaits sur le papier, qui respectent le droit du travail. » (Responsable DIRECCTE 26)

C'est pourquoi les deux motifs d'intervention de la part de l'administration de l'Etat sont, d'une part, le non respect des dispositions du cahier des charges, et d'autre part, le non respect du droit du travail. Mais dans les deux cas, seule une plainte – d'une personne âgée (ou de sa famille) ou d'un personnel – est susceptible de déclencher une telle procédure ; ce qui limite de fait les « prises de parole ». D'ailleurs, la procédure d'agrément ne donne qu'exceptionnellement lieu à des contrôles sur place.

1.1.3- Démarche qualité et certification : l'omniprésence du client

Le nombre d'organismes autorisés, donc tarifés par le conseil général, est relativement limité (une dizaine). Par conséquent, la grande majorité des services intervenant au domicile de personnes âgées dispose simplement de l'agrément qualité, même si, en termes de volume d'activité, deux des services autorisés – EOVI Services et Soins et ADMR 26 – sont largement majoritaires.

Néanmoins, il serait faux d'opposer aussi schématiquement que nous l'avons fait précédemment logique sociale et logique économique. En effet, les services autorisés, qui s'inscriraient plutôt dans la première logique, sont positionnés, comme les autres, sur un secteur de plus en plus concurrentiel.

¹⁷ Agence Nationale des Services à la Personne, *La démarche qualité dans les services à la personne*, Guide pratique, 2011, p.9.

Ils ont donc été amenés à faire évoluer leur rapport à l'utilisateur pour de plus en plus le considérer comme un client. Il est d'ailleurs significatif que l'ensemble des responsables de l'aide à domicile interrogés se réfèrent systématiquement et spontanément au vocable « client », parfois au « bénéficiaire » et rarement à « l'utilisateur ».

« Il y a quelques années de cela, EOVI Services et Soins était seule sur le territoire. Les gens étaient contents ou non de notre service, plutôt pas contents, mais ils restaient quand même. Aujourd'hui, il y a concurrence, ils ont le choix. Cela amène le droit de dire qu'ils ne sont pas contents. En dans ce sens-là, je considère qu'ils sont clients. » (Responsable, association d'aide à domicile)

« Le logiciel les appelle les usagers. La norme, puisque l'on est dans un processus de certification, les appelle les clients. Nous, on préfère les appeler les bénéficiaires. » (Directeur, association d'aide à domicile)

« On sent maintenant la différence, on est de plus en plus un service commercial. Au départ, ça me gênait beaucoup. Notre direction nous dit bien qu'il faut les appeler clients. Maintenant, il faut faire toutes les heures, il faut que ça rapporte. » (Responsable de secteur, association d'aide à domicile)

Finalement, les deux univers – que symbolisent au niveau national l'ANESM et l'ANSP, voire l'AFNOR – ne sont pas si éloignés dans les faits.

« Je travaille pour élaborer un cadre d'audit interne AFNOR et ANESM. On est à 80% sur les mêmes thématiques abordées sous des angles différents (...). AFNOR le travaille plus sous l'angle client avec une notion de résultat client. Avec l'ANESM, on est plus dans la dimension de soins et de prise en charge. On ne l'aborde pas sous le même axe (...). Mais les critères d'évaluation sont très proches. » (Responsable, association d'aide à domicile)

« On est service autorisé depuis janvier 2009 (...). Il n'y a pas de différences. C'était plus ou moins pareil avant, sauf qu'il faut rendre plus de statistiques. » (Directrice, association d'aide à domicile)

De toutes les associations rencontrées, c'est même sans doute EOVI Services et soins – service autorisé – qui s'est le plus engagée dans une logique économique fondée sur l'amélioration de la qualité. Un tel positionnement résulte d'une stratégie privilégiant des références entrepreneuriales, notamment issues du monde de l'industrie (*supra* deuxième partie), mais il est également induit par la proximité de l'organisme vis-à-vis du secteur sanitaire où les démarches de certification sont plus développées.

« Toutes les filières sont en démarche de certification. La première qui va aboutir est celle du sanitaire. C'est l'HAS, elle concerne l'hospitalisation à domicile et le dentaire. Les autres sont en démarche de certification AFNOR et, après, en démarche de certification entreprise ISO 9001. » (Responsable EOVI Services et Soins)

Le point d'orgue de l'approche « client » dans des organismes historiquement ancrés dans le champ social et médico-social réside donc dans le développement des certifications¹⁸. En effet, les trois référentiels de certification (X 50-056, Qualicert, Qualisap) dispensant les organismes de s'engager dans une procédure d'agrément qualité présentent la particularité d'être très proches des caractéristiques formalisées dans le guide de l'Agence Nationale des Services à la Personne. Il y a dans tous les cas une même approche de celui qui est clairement identifié comme étant « le client ». Cette proximité méthodologique et sémantique n'est guère surprenante dans la mesure où le guide de l'Agence a lui-même été élaboré en tenant compte de ces référentiels.

Par conséquent, on assiste à une transformation progressive de la culture de l'ensemble du secteur à domicile. La logique économique tend à irriguer le secteur associatif « traditionnel » qui est contraint de faire face à une concurrence accrue. Cette évolution est cependant contestée par certains qui pensent que « choisir la certification conduit justement à se positionner dans une logique marchande étrangère au social sans rien dire sur les spécificités des associations » dans la mesure où « la norme AFNOR NF X 50-056 qui va servir d'appui aux procédures de certification, est générique à toute structure de service à domicile, quels que soient son statut juridique, ses valeurs, ses finalités. Elle ne porte que sur l'organisation et le fonctionnement dans une logique de vérification de conformité (...) » (Savignat, 2009, p.180).

C'est donc une figure particulière de l'utilisateur qui résulte de ces mutations du secteur social et médico-social : celle de l'utilisateur consommateur ou client. Autrement dit, une partie des ambitions portées par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale serait battue en brèche malgré l'omniprésence d'une rhétorique centrée sur l'utilisateur. En inscrivant l'utilisateur dans un jeu de plus en plus concurrentiel, celui-ci est appelé à se comporter en client. Dans ce cas, l'utilisateur, en tant que forme d'expression collective, disparaît au profit d'une expression purement individuelle qui est celle qui domine les rapports marchands¹⁹ et que symbolise l'enquête de satisfaction dont nous avons vu qu'elle était de plus en plus utilisée pour mesurer la qualité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (*infra* chapitre suivant).

¹⁸ C'est précisément le cas d'EOVI Services et Soins. Quant à l'ADMR 26, nous avons vu qu'elle a fait le choix de ne pas s'engager dans un processus de certification, mais pour des raisons essentiellement liées à son coût élevé.

¹⁹ C'est précisément sur l'analyse du jeu ouvert par les rapports marchands qu'est fondée l'analyse d'Albert O. Hirschman (1970).

Il convient toutefois de nuancer un tel constat dans la mesure où notre recherche était centrée sur le point de vue des professionnels en position de direction ou d'encadrement. Or il n'est pas certain qu'un tel référentiel marchand soit pleinement diffusé et accepté par l'ensemble des salariés :

« Elles (les aides à domicile) ne veulent pas entendre parler du mot client car, pour elles, ça a une connotation commerciale. » (Responsable, association d'aide à domicile)

1.2- Une gestion individualisée de la demande

La gestion de plus en plus individualisée des besoins des personnes âgées s'inscrit dans un mouvement plus général qui affecte l'ensemble des politiques et prestations sociales. Ce dernier correspond à une volonté des pouvoirs publics de réviser les mécanismes de régulation du secteur en opérant un glissement du centre de gravité de l'offre vers la demande ; le soutien individualisé et solvabilisé de la demande étant censé améliorer l'efficacité du système (Enjolras, 1995). Les démarches d'amélioration de la qualité dans le secteur de l'aide à domicile ne font en tout cas qu'en renforcer la dynamique. Mais si cela permet effectivement une meilleure prise en compte individuelle de la parole des personnes âgées, un tel processus présente un certain nombre de limites.

1.2.1- Une personnalisation accrue de l'aide

Dans le droit fil des « nouvelles règles du social » (Astier, 2007), on assiste à une individualisation et à une personnalisation des politiques sociales dans le domaine gériatrique. Aux procédures standardisées d'application de droits sociaux en fonction de critères prédéfinis, succède un mode d'intervention plus individualisé qui ne s'adresse plus à un être anonyme, mais à une personne dont on cherche à appréhender la complexité de la situation.

Une telle évolution est particulièrement observable lorsqu'une personne âgée nécessite une aide ou des soins pour effectuer les actes de la vie quotidienne. L'équipe médico-sociale départementale se rend alors auprès de cette personne pour évaluer son niveau de dépendance et pour élaborer un plan d'aide. Ce dernier est systématiquement négocié avec chaque personne âgée au motif que chaque situation est particulière.

Par conséquent, le cadre dans lequel se déroule cette prise en compte de la parole des personnes âgées est un cadre individualisé. Or, le dispositif prévu par le législateur et mis en œuvre par l'administration départementale n'est pas neutre quant au type de parole recueilli. Cette

caractéristique est logique dans la mesure où il s'agit d'adapter au plus juste la réponse à la demande dans un contexte où les ressources publiques sont limitées. Désormais, la relation est personnalisée, au sens donné par Isabelle Astier, puisqu'il engage deux personnes : l'utilisateur, mais aussi le professionnel qui devient la personne référente pour la gestion du plan d'aide.

« Après, vous êtes interpellés parce que les décisions sont signées à mon nom avec les coordonnées d'ici. Du coup, les personnes âgées peuvent avoir un accès pour dire des choses, alors qu'avant ça n'existait pas. Aujourd'hui, on a peu de plaintes écrites, mais des plaintes orales on en a beaucoup. Il y a un repère de personnes qui peuvent intervenir et faire quelque chose. » (Adjointe « personnes âgées – personnes handicapées », conseil général)

Ainsi, au-delà de la prise en compte de la parole au moment de la demande d'aide, celle-ci se poursuit par la suite sur le registre parfois de la plainte. Cette dernière concerne des récriminations diverses à l'égard de la qualité de la prestation à domicile : problèmes de turn-over du personnel, de non-remplacement pendant les congés ou absences, de non-réponse téléphonique, d'heures non effectuées en totalité, etc.

« Les usagers ressentent comme un manque de respect : ils ne sont pas avertis que la personne va être absente pour cause de congés, ils voient arriver une remplaçante sans qu'ils aient été prévenus, ils ouvrent la porte à une personne qu'ils ne connaissent pas... C'est le genre de propos qui me revient souvent. » (Adjointe « personnes âgées – personnes handicapées », conseil général)

En termes de relation à l'utilisateur et de la prise en compte de sa parole, la situation n'est guère différente entre les services du conseil général et ceux du maintien à domicile. Dans les deux cas, les professionnels sont amenés à se rendre au domicile des personnes âgées pour mieux évaluer leur situation individuelle. Ensuite, l'utilisateur a son responsable de secteur qu'il peut solliciter le cas échéant. Cette évolution est due à l'effort de modernisation des services d'aide à domicile et, en particulier, à l'amélioration de la formation des professionnels et des encadrants. A cela s'ajoutent les contraintes imposées aux organismes d'aide à domicile dans le cadre de la délivrance de l'agrément qualité.

« On y va une fois par mois pour récupérer les fiches. Donc elles ont toujours la possibilité d'exprimer ce qui va ou ce qui ne va pas. C'est un moment où les bénéficiaires ont besoin de parler car elles voient un responsable, d'exprimer leurs souhaits ou de ne rien exprimer. » (Responsable, association d'aide à domicile)

Dans la même logique, la mise en place d'une plateforme téléphonique est symptomatique de ce processus d'individualisation des relations à l'utilisateur. Grâce à l'outil informatique, il est devenu possible de suivre chaque dossier individuel, sans être en présence physique directe avec l'utilisateur. L'efficacité de ce suivi et des réponses susceptibles d'être apportées aux différentes demandes s'en

trouve améliorée. Les outils de gestion permettent désormais une rationalisation de l'action via le principe du guichet unique (ou de l'interlocuteur unique) qui est très répandu dans les différents secteurs de l'action sociale au nom de la simplification des démarches pour l'utilisateur. Ils autorisent également une gestion à distance de la demande, même si, dans les cas complexes, il reste possible d'orienter l'utilisateur sur un travailleur social.

Ce faisant, cette dématérialisation de la relation directe entre le professionnel et l'utilisateur et sa rationalisation, qui est commune à beaucoup d'organismes de prestations de services, modifie la nature même de l'expression de l'utilisateur. A titre d'indicateur, le temps d'appel moyen sur la plateforme téléphonique Allô Drôme Seniors est de cinq minutes. Autrement dit, l'interaction est guidée par la recherche de réponses à des besoins (d'informations). La parole réflexive tend à être évincée de l'interaction qui, grâce aux compétences professionnelles des accueillantes téléphoniques, tend à être canalisée en fonction d'un schéma rationnel de type question-réponse. Ce phénomène est bien connu des services de téléassistance qui sont confrontés à des appels dit de convivialité qui perturbent le fonctionnement normal de réponse à des problèmes précodifiés pour lesquels ils ont été prévus initialement.

1.2.2- Le développement d'outils de mesure de la qualité

Les mutations du secteur de l'aide à domicile ont engendré, comme pour l'action publique, un « gouvernement par les instruments » (Lascoumes, Le Galès, 2005). Les organismes d'aide à domicile, essentiellement ceux qui ont un important volume d'activité, ont été en effet amenés à se doter d'outils de gestion pour accompagner leur engagement dans des démarches qualité. Ces outils, assez similaires à ceux utilisés dans l'industrie, visent à mieux appréhender la non-qualité. Ils permettent de suivre plus finement l'évolution de l'activité et les éventuels dysfonctionnements. De fait, ils concernent autant les personnels, responsables de l'activité, que les clients, susceptibles de faire remonter des motifs d'insatisfaction. Ces outils de management de la qualité sont guidés par une préoccupation de « traçabilité », contribuant à formaliser des éléments qui étaient jusque-là informels.

« Jusqu'à maintenant, c'était très informel, cela passait par l'oral. C'était au coup par coup et pas tracé. Pour les personnels, ce n'était pas une réclamation, c'était commun. Cela a été fait dans le cadre de la démarche de certification qui a été un outil pour faire changer les mentalités. Ont été créés par la cellule qualité d'EONI Services et Soins divers documents et supports, dont la procédure de satisfaction et d'insatisfaction qui traçait ce qu'on pouvait avoir par courrier. On a créé aussi une fiche « suivi des dysfonctionnements et événements indésirables » : tout personnel, tout patient peut utiliser cette fiche pour noter les insatisfactions, même par téléphone (...). C'est un vrai accompagnement du changement de l'évolution des mentalités parce que ce n'était pas dans les

habitudes. On écoutait la plainte, on y répondait, mais il n’y avait pas idée que ce soit tracé pour qu’il y ait des axes d’amélioration. » (Responsable, association d’aide à domicile)

Les outils de gestion et de mesure de la qualité permettent donc d’objectiver la parole des usagers. Mais ils ne sont pas neutres et jouent un rôle de filtre en repérant essentiellement la plainte et l’insatisfaction, qu’il va s’agir pour l’organisation de chercher à éliminer. Ces outils assurent un traitement individualisé de l’expression des personnes âgées, que celle-ci ait été spontanée (dans le premier cas) ou sollicitée (dans le deuxième cas).

Si tous les organismes d’aide à domicile n’ont pas encore développé des outils de suivi des plaintes, ils recourent en revanche systématiquement à l’enquête de satisfaction. Cette dernière est imposée pour l’obtention de l’agrément qualité (comme de la certification) et elle constitue une voie privilégiée de recueil de l’avis des usagers pour les services agréés. Il s’agit généralement de questionnaires très classiques basés principalement sur les modalités d’accueil et les aspects organisationnels (plannings, retards...). Ceux-ci sont souvent envoyés par courrier pour éviter qu’ils ne soient remplis en présence des aides à domicile, même si dans les faits la réalité est sans doute moins univoque.

Pour les organismes très engagés dans les démarches qualité, les résultats de l’enquête de satisfaction sont l’occasion d’enclencher une réflexion pour améliorer ce qui est repéré comme étant les points faibles de l’organisation ou de l’intervention. Pour les autres, il s’agit plus d’une formalité administrative dont ils se contentent compte tenu du taux de satisfaction généralement élevé ainsi obtenu.

« On n’a pas le temps de traiter vraiment les questionnaires. Il a été mis en place dans le cadre de la démarche qualité, on l’a mis en place un peu avant, ça fait 2, 3 ans. C’est la première année où on les traite un peu, avant on les ranger dans le dossier directement, mais là on n’a pas utilisé les résultats. » (Responsable, association d’aide à domicile)

« Il faut que ce soit fait, c’est mieux que rien. Mais on a bien d’autres indicateurs si ça n’allait pas ! On recevrait les insatisfactions à plein régime au bureau. La personne sait mieux faire remonter verbalement ce qui ne va pas que de le mettre par écrit. » (Présidente, association d’aide à domicile)

Dans tous les cas, le développement de tels outils visant à formaliser la parole des usagers-clients contribue à créer une distance dans la relation entre l’aidant et l’aidé, en faisant transiter la plainte ou l’insatisfaction par un support écrit. Ainsi, il est significatif que les plaintes restent exceptionnelles. Nos interlocuteurs ont eu quelques difficultés à chiffrer le nombre de plaintes reçues mensuellement ou annuellement car celles-ci sont infimes eu égard au nombre de personnes âgées aidées. En effet,

la plainte écrite ne constitue que la partie visible de l'iceberg. L'écriture de la plainte suppose qu'un certain nombre de conditions soient réunies pour que la personne âgée ou sa famille s'engage dans une telle voie.

En revanche, nos interlocuteurs reconnaissent que les récriminations remontent par bien d'autres canaux que « la lettre ». Il est en effet plus facile pour une personne aidée de confier tel ou tel problème de manière orale à une personne qui peut être l'intervenante à domicile elle-même, la bénévole, la secrétaire, l'administrateur, etc. Les travailleurs sociaux et les adjoints territoriaux du conseil général sont également en mesure, par leur connaissance des situations concrètes, de déceler des situations problématiques, tout au moins pour les bénéficiaires de l'APA. Mais de plus en plus, mêmes les récriminations orales sont « tracées » par voie informatique.

1.2.3- La fabrique d'un consommateur exigeant

Le fait que l'utilisateur soit considéré comme un client / consommateur n'est pas neutre quant à la manière dont ce dernier est amené à se positionner et à s'exprimer.

« De plus en plus, on nous dit d'utiliser le terme client, et c'est marqué dans les contrats (...). Il y a un devis qui est annexé. On leur met tout ce qui est loi par rapport à la consommation, aux délais de rétractation. Allez expliquer ça aux personnes, ils ouvrent de grands yeux. Ça fait vraiment commercial, on fait signer un contrat avec des articles de la consommation ! » (Responsable de secteur, association d'aide à domicile)

L'émergence de la figure de l'utilisateur client (ou consommateur) a contribué à ce que ce dernier hésite moins à se manifester (*voice*). « Lorsque le citoyen est traité comme un client, il devient plus exigeant. Plus il est dépossédé de la possibilité d'être acteur dans le jeu politique, plus il va exiger son dû et traiter le système politique comme un bureau de réclamation qui soit être à son service » (Gaulejac, 2010, p.293). La montée du consumérisme est attestée par la plupart de nos interlocuteurs. Ce consumérisme se traduit par l'émergence de comportements plus revendicatifs dans un secteur social et médico-social qui était plutôt épargné jusqu'alors. Si les personnes âgées se comportent plus en « consommateur », un tel comportement n'est cependant pas généralisable. Il est particulièrement visible dans les services quasi-marchands. Eovi Services et Soins le constate par exemple fortement sur le secteur optique-dentaire où des associations de consommateurs sont présentes.

Dans le champ des services aux personnes, le consumérisme constitue également une réalité, mais il reste cantonné sur un registre individuel. Nous n'avons pas recensé de mouvements collectifs

susceptibles de porter la parole des usagers. Par conséquent, la prise de parole et/ou la défection sont avant tout le résultat d'une décision individuelle fondée sur le mécontentement à l'égard de la prestation par rapport au choix offert par la concurrence. Le rapport individuel au vieillissement, comme le déni du grand âge, n'incitent pas en effet au développement de grandes mobilisations collectives en ce domaine. Néanmoins, dans le champ de l'aide à domicile ou du service aux personnes, la plainte individuelle constitue le mode d'expression dominant – bien que très minoritaire – de cet usager devenu consommateur.

« On commence à avoir quelques plaintes, que ce soit de salariés ou de particuliers ; cela nous amène à être plus vigilants. (...) Avant, ils ne pensaient pas trop à nous écrire. » (Responsable unité territoriale de la DIRECCTE 26)

« J'ai reçu une lettre d'une mamie qui reçoit de l'aide d'une structure. Elle a un plan d'aide de l'APA. (...) Les intervenantes semblent un peu jeunes et sûrement pas qualifiées, et elles changent tout le temps. Comme elle met sur la lettre, elle n'a pas envie que quelqu'un vienne la laver qui ne soit jamais la même personne. Moi, je vais voir, je vais demander les diplômes, les plannings, car s'ils respectent le cahier des charges, ça ne devrait pas changer d'intervenante. » (Responsable unité territoriale de la DIRECCTE 26)

Les organismes prestataires d'aide à domicile sont évidemment encore plus concernés par cette montée de revendications individuelles. Il semble toutefois que cette évolution, toute relative, soit moins imputable à un renouvellement des générations de personnes âgées qu'au fait que l'utilisateur – incluant la personne âgée et sa famille – est de plus en plus considéré et se considère comme un consommateur.

« La satisfaction d'avoir quelqu'un est encore prédominante. Mais on voit qu'il y a des choses qui commencent à bouger, des gens qui veulent avoir quelqu'un simplement pour leur confort. Par exemple, on va leur expliquer que de 8 heures à 9 heures 30, on passe chez les gens alités qui ne se lèvent pas. Et s'ils veulent un passage à 9 heures, ils vont râler parce qu'il ne voit pas plus loin que leur satisfaction et leur confort personnel. Avant, on n'était pas sur ce discours. Ça change depuis trois ou quatre ans. C'est pour cela qu'on a changé les contrats de prise en charge. On va tomber sur des gens procéduriers, pas forcément le patient, mais la famille, qui est encore en activité et qui, du coup, connaît tout ce qui est qualité, procédure... » (Responsable, association d'aide à domicile)

« En même temps, les usagers les traitent en clients. Elles disent : "ils nous traitent en femmes de ménage". Oui, ils jouent le rôle de client, mais elles ont du mal à les appeler "clients". » (Responsable, association d'aide à domicile)

En tout cas, il semble que les aidants familiaux endossent plus aisément le rôle de consommateur que les personnes âgées elles-mêmes. Mais comme l'ont montré les analyses des psychologues du travail, cette tendance est induite par un système tout entier centré sur la satisfaction du client. En l'absence d'espaces de discussions où un certain nombre de malentendus quant à la nature du travail soignant pourraient être levés, les familles sont amenées à endosser un rôle de consommateur,

d'autant plus qu'elles ont le sentiment de bien connaître les besoins de leur parent âgé et qu'elles éprouvent parfois un sentiment de culpabilité (Molinier, 2010).

« Ce sont les familles qui deviennent procédurières. Elles se déchargent sur les associations pour qu'on s'occupe de leurs parents, mais dès qu'il y a quelque chose qui ne va pas, on a des courriers qui arrivent et des menaces de partir voir ailleurs. » (Responsable, association d'aide à domicile)

1.3-L'impact du statut juridique de l'intervention à domicile sur la place de l'utilisateur

Une de nos hypothèses était que le statut juridique régulant l'intervention à domicile (prestataire, mandataire, gré à gré) pouvait influencer sur la plus ou moins grande capacité de la personne âgée à faire entendre sa voix. Cette hypothèse s'est avérée difficile à vérifier car notre méthodologie ne prévoyait pas d'entretiens auprès de personnes âgées. Néanmoins, il est possible d'établir quelques constats en ce domaine.

1.3.1- L'intervention à domicile en mode prestataire

Le statut juridique de l'intervention à domicile n'est effectivement pas neutre. En mode prestataire, malgré les mutations du secteur de l'aide à domicile et le développement des démarches qualité, l'encadrement de proximité continue de jouer un rôle central dans la prise en compte de la parole de l'utilisateur. En effet, par la relation que la responsable de secteur noue avec la personne âgée, l'organisme prestataire est en mesure d'entendre un certain nombre de doléances et de réajuster les modalités de l'intervention. Par conséquent, au-delà des outils de gestion et de suivi de la qualité de la prestation, ce contact personnalisé fournit un espace de régulation *a minima*.

« Les responsables de secteur sont également joignables, elles sont au centre de l'écoute de l'utilisateur quand elles montent le dossier. Annuellement ou plus, la responsable de secteur se déplace au domicile, et il y a un temps d'échange et d'expression qui est laissé au client. » (Responsable, association d'aide à domicile)

Plusieurs cas nous ont été signalés où les personnes âgées ne souhaitaient pas se voir reconnaître un rôle d'acteur, préférant en quelque sorte déléguer leur pouvoir à la structure prestataire. Ils se contentent ainsi d'un simple rôle de consommateur dans la mesure où ils sont assurés du rôle d'intermédiation joué par la structure. Dans ce cas, leurs exigences de « consommateur » se reportent essentiellement sur l'association prestataire.

« A Romans, certains clients qu'on avait en mandataire quand le service a démarré sont venus en prestataire quand on a développé le service pour ne plus avoir à gérer la relation employeur- »

employé. (...) Les gens veulent du clé en main et pas de soucis. Et c'est ce qu'on leur propose. » (Responsable, association d'aide à domicile)

« En prestataire, les personnes sont plus exigeantes. Surtout quand on va vers du plein tarif, les personnes disent : "on paie, on veut avoir un travail de qualité". C'est vrai qu'on a des plaintes d'utilisateurs qui ne veulent plus de leur salariée car ça ne passe pas, on ne sait pas pourquoi. (...) Alors qu'en mandataire, ils ont un contrat, et ils savent qu'ils ne peuvent pas changer comme ça du jour au lendemain. » (Responsable de secteur, association d'aide à domicile)

1.3.2- L'intervention à domicile en mode mandataire

En mode mandataire, l'espace de régulation se restreint singulièrement. Si le responsable de secteur peut être en contact avec l'utilisateur employeur, notamment au moment de l'établissement de son dossier, il n'a aucune prise sur le salarié intervenant au domicile de la personne âgée. Les responsables d'associations d'aide à domicile interviewés affirment cependant qu'ils jouent un rôle de tiers qui dépasse sans doute le cadre strict de l'intervention en mandataire. Mais en réalité, la prise en compte de la parole de l'utilisateur se limite essentiellement aux aspects liés au droit du travail et aux problèmes juridiques pouvant survenir dans les relations entre l'aide à domicile et son employeur.

« Une fois que le dossier est en place, qu'on lui a trouvé sa salariée, c'est vrai qu'on n'a plus trop de relations avec l'utilisateur. Si tout se passe bien, il y a des dossiers dont on n'entend plus parler. » (Responsable de secteur, association d'aide à domicile)

De tous les organismes d'aide à domicile rencontrés, un seul a fait du service mandataire le cœur de sa stratégie de valorisation de la parole de l'utilisateur : il s'agit du service aux personnes porté par le centre social La Paz à Saint-Jean en Royans, qui a la particularité de ne pas intervenir du tout en prestataire.

« On en fait que du mandataire parce que, pour nous, c'était le moyen de recueillir la parole de l'utilisateur. Il reste au cœur de son choix de vie puisqu'il reste l'employeur. On ne peut rien lui imposer : c'est lui qui décide tout ou sa famille. Quand elle n'existe pas, on va très loin dans le mandat qui nous lie au particulier pour pouvoir lui laisser systématiquement la parole. » (Responsable du service aux personnes, centre social)

L'intervention à domicile sous forme mandataire est plus un choix politique qu'un choix économique. Il est vrai que le projet du centre social repose sur la participation des habitants et leur valorisation en tant qu'acteurs. Mais c'est également un choix qui tient compte des caractéristiques rurales du territoire (le service intervient sur le Royans, mais également sur le Vercors). En effet, le gré à gré y est très développé et les personnes âgées souhaitent garder la maîtrise des personnes qui pénètrent dans leur intimité.

« Ce qui est important pour les gens, c'est de choisir leur salariée. On est sur un territoire rural, tout le monde se connaît. Ils connaissent la salariée qui va chez leur voisin, ils aimeraient bien avoir la même. Le mandataire ouvre cette possibilité là : "je connais la fille du voisin et j'aimerais bien la prendre car je sais que ça se passe bien". » (Responsable du service aux personnes, centre social)

Une telle posture n'est toutefois pertinente qu'à condition où la personne âgée est autonome sur le plan intellectuel. Sinon, le centre social oriente la demande sur une structure prestataire.

1.3.3- L'intervention à domicile en gré à gré

En gré à gré, la relation employeur-employé s'effectue sans tiers. Ainsi, la mise en place d'un arbitrage lors d'un conflit n'est pas concevable. La relation duelle établie dans les emplois de gré-à-gré faciliterait donc moins bien la libre expression d'une parole de type revendicative.

« Quand les personnes sont sur du gré à gré, elles prennent plutôt la voisine qui est à côté ; on est sur une relation amicale. Je pense que la personne ne va pas se plaindre, même si ça ne lui convient qu'à moitié. » (Responsable, association d'aide à domicile)

Pourtant, malgré le huis clos que représente la relation en gré à gré, le pouvoir de l'usager serait paradoxalement important. En effet, dans les emplois de gré-à-gré, la relation de confiance et de confiance est accentuée. D'ailleurs, le gré à gré semble beaucoup plus développé en milieu rural qu'en milieu urbain (cf. la monographie du territoire du Diois et du Pays de Saillans). La nature du recrutement, et donc l'inscription de l'interaction aidant-aidé dans un lien social de proximité, font que la personne âgée peut avoir une réelle place dans la relation avec son employée. Elle garde ainsi un pouvoir de maîtrise sur l'intervention à son domicile car elle a choisi l'intervenante et elle n'est pas soumise au turn-over des remplaçantes. Mais cet avantage peut avoir son revers lorsque la dégradation de l'état de santé, notamment psychique, de la personne âgée peut l'empêcher de jouer pleinement son rôle d'employeur et favoriser la survenue de dérives dans la relation.

2- La difficile prise en compte de la parole de l'utilisateur

Schématiquement, la prise de parole des personnes âgées transite par des instances de représentation collective et/ou par des mécanismes de participation individuelle. L'évolution législative dans le champ sanitaire et social, tout comme la volonté d'améliorer la qualité des prestations à domicile, ont contribué à ce que les pouvoirs publics et les professionnels se mobilisent pour mieux prendre en compte la parole des personnes âgées, que ce soit sur l'un ou l'autre de ces registres. Malgré ces louables intentions, l'analyse de la manière dont elles sont mises en œuvre sur le terrain montre qu'elles se heurtent à un certain nombre de limites. Représentation collective et participation individuelle sont trop peu articulées entre elles pour permettre aux personnes âgées de jouer véritablement un rôle de contre-pouvoir face à des pouvoirs publics et à des professionnels qui restent maîtres du jeu.

2.1- Une logique représentative au détriment d'une logique participative

Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'intégration des organisations de retraités et personnes âgées à des instances de représentation au niveau national et départemental a contribué à renforcer la logique représentative sur la logique participative. En effet, dès les années quatre-vingt, les organisations de retraités non syndicales ont accentué leur pression pour revendiquer leur intégration dans les différents mécanismes consultatifs et décisionnels. Si elles se sont heurtées aux centrales syndicales fermement opposées à la représentation des retraités en tant que groupe social, notamment au sein des structures paritaires de gestion des organismes sociaux, elles n'en ont pas moins fait de la représentation institutionnelle une revendication primordiale. Compte tenu de l'opposition syndicale, cette revendication ne fut que très partiellement satisfaite, obligeant les organisations associatives nationales à élargir leur répertoire d'action pour faire entendre la voix des retraités (Viriot-Durandal, 2003). Ce faisant, le processus de représentation est engagé, incitant les organisations de retraités à agir en tant que défenseurs des intérêts d'un groupe social. Mais le bilan d'une telle stratégie est à ce jour relativement modeste : d'un côté, les associations nationales se sont éloignées d'une logique participative que leur base adhérente encore numériquement importante aurait potentiellement pu permettre ; et de l'autre côté, comme le met particulièrement en évidence une approche comparative internationale, la logique représentative, par la fragmentation et le militantisme limité des organisations, n'est pas en mesure de peser fortement et durablement sur la scène institutionnelle française.

Le rôle actif joué par le CODERPA 26 (comparativement à d'autres CODERPA) est incontestablement lié aux bonnes relations entretenues avec le conseil général. En particulier, le fait que ce dernier ait accepté que le CODERPA soit présidé par un représentant des retraités et personnes âgées modifie la physionomie de la représentation. En l'occurrence, le caractère fragmenté et potentiellement concurrentiel de cette représentation²⁰ est sans doute atténué dès lors où l'un de ses membres dispose d'une légitimité électorale pour en assurer la présidence. Ainsi, l'extrait d'entretien suivant illustre en quoi le mode d'organisation de la représentation a contribué à façonner une identité collective, donc par définition plus forte, que lorsque les multiples sensibilités des organisations sont mises en avant.

« Les personnes du monde syndical ont accepté de jouer le jeu dès le départ et chacun laisse son drapeau à l'entrée. Ce qui, pour moi, n'existait pas dans l'ancien CODERPA présidé par le préfet : moi, je devais représenter les établissements sanitaires publics, je venais donc avec ma casquette d'établissement sanitaire public. » (Représentant du CODERPA 26)

En retour, le conseil général, qui n'a pas la présidence de l'instance, se voit assigner un rôle moins politique que précédemment. Un tel positionnement contribue à atténuer les clivages politiques et, au contraire, à favoriser une coopération plus « technique » sur les enjeux posés par la vieillesse au plan départemental.

Quand nous interrogeons les professionnels sur le rôle du CODERPA dans la représentation des retraités et personnes âgées, ils sont unanimes à reconnaître qu'il s'agit d'un partenaire incontournable. Néanmoins, leur perception du CODERPA reste relativement lointaine : beaucoup en connaissent l'existence et le rôle, mais peu ont réellement eu l'occasion de travailler avec lui. Ce constat se vérifie particulièrement lors des entretiens menés sur les trois territoires infra-départementaux.

Dans ces conditions, comment expliquer ce paradoxe entre le dynamisme du CODERPA et un impact relativement faible au niveau du fonctionnement quotidien des établissements, services, et autres organismes locaux ?

Le premier élément de réponse réside dans le positionnement même d'une instance de représentation comme le CODERPA. Celle-ci a vocation, avant tout, à se positionner sur la scène départementale. Elle ne traite pas des cas particuliers, mais elle permet une montée en généralité

²⁰ Rappelons qu'il existe plus d'une quinzaine d'organisations représentatives de retraités et de personnes âgées, dont les finalités sont loin d'être similaires.

des problèmes de façon à ce que son action soit en mesure d'influer sur la politique publique départementale. De fait, pour beaucoup d'acteurs locaux, la fonction de représentation jouée par le CODERPA apparaît relativement lointaine par rapport « au terrain » et donc à leurs préoccupations quotidiennes.

Ce phénomène est amplifié par le fait que le CODERPA 26 n'est pas en mesure d'articuler étroitement cette fonction de représentation avec une logique participative (*supra* première partie sur « logique représentative / logique participative »). Certes, les organismes faisant partie du CODERPA disposent d'une base adhérente. Mais pour la plupart des organisations, celle-ci reste relativement limitée, les structures associatives et syndicales françaises ne disposant pas d'une audience comparable à l'*American Association of Retired Persons*. D'un côté, les sections syndicales des organisations de retraités souffrent de la faiblesse numérique de leurs adhérents. Et de l'autre côté, les associations de retraités disposent d'un plus grand nombre d'adhérents, mais qui ne sont pas nécessairement prêts à adopter un rôle plus engagé de bénévole.

« Chez nous, au Aînés ruraux, il était convenu que la revendication ne concernait pas les retraités, par une sorte de règle non écrite. (...) On avait essentiellement une population rurale qui n'était pas réputée être en première ligne dans les manifestations. Aujourd'hui, il y a effectivement une sollicitation de la structure pour que l'on soit beaucoup plus présent. » (Président CODERPA 26)

Le CODERPA 26 est bien conscient de cette faiblesse. Pour tenter d'accroître sa proximité au terrain, il a développé le principe de réunions de bureau décentralisées. Mais compte tenu des caractéristiques du bénévolat retraité, il n'est cependant pas certain qu'il soit en mesure d'insuffler une logique participative à sa fonction de représentation.

Il existe un deuxième élément de réponse qui risque d'accentuer le paradoxe précédemment identifié. Au cours de la première partie, nous avons vu que la réorganisation de la politique sanitaire et sociale autour des Agences Régionales de Santé s'était effectuée en accroissant la place réservée aux usagers. En effet, dans le cadre des diverses instances mises en place, les décrets d'application de la loi du 21 juillet 2009 ont prévu que les usagers soient systématiquement représentés selon des modalités très précises. Mais ce pouvoir accru des usagers s'appuie essentiellement sur un renforcement de la logique représentative. Par conséquent, un fossé est susceptible de se créer entre les porte-parole des usagers au niveau régional et la base locale.

Ainsi, si l'on considère l'instance phare du nouveau dispositif issu de la loi dite HPST – la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie –, la représentation des usagers y est bien prévue sous

forme d'un collège spécifique. Mais le champ d'action de cette instance étant relativement large et son rayonnement étant régional, la place des usagers s'avère finalement restreinte. Ou plutôt, il est possible d'affirmer que la représentation des usagers devient la résultante d'un processus sélectif important, donc élitiste. Concrètement, la CRSA accorde quatre places aux représentants des retraités et personnes âgées. Or, la région Rhône-Alpes comprend huit départements ; ce qui signifie que chaque CODERPA ne peut mandater son représentant dans cette instance et qu'ils doivent nécessairement s'entendre pour ne proposer que quatre noms pour les postes de titulaires. C'est par exemple ce qui a conduit les CODERPA de la Drôme et de l'Ardèche à passer un accord pour proposer une seule personne, qui est personne qualifiée au sein du CODERPA 26 et par ailleurs président de France-Alzheimer 26.

L'absence d'une instance régionale de représentation des retraités et personnes âgées – comme une COMmission REGionale des Retraités et Personnes Âgées, dont la création est pourtant revendiquée par les CODERPA²¹ – complique un tel processus de désignation. Il est vrai que l'architecture de la représentation des retraités avait été conçue par le législateur au moment de la décentralisation du pouvoir, mais avant que le niveau régional ne monte en puissance, notamment dans le champ médico-social. Quoi qu'il en soit, cette situation est propice à renforcer une logique concurrentielle entre organisations pour avoir le privilège de représenter les retraités et personnes âgées dans ces nouvelles instances. En particulier, elle ravive une ligne de tension « historique » entre organisations syndicales et associations de retraités.

« On voit tout un remue-ménage. On voit apparaître des structures qui n'ont pas vocation à représenter les personnes âgées qui montent au créneau, via un CODERPA, via des organisations professionnelles... (...) Des syndicats ont créé une intersyndicale pour se constituer en association pour représenter une candidature, alors que les syndicats ont leur propre collège. Notre position est d'inciter les CODERPA à désigner des candidatures issues des associations car il existe un collège pour les organisations professionnelles. Mais c'est un choix individuel car il n'existe pas un échelon régional. Alors chacun travaille dans son coin. » (Président CODERPA 26)

Outre la complexité du processus de représentation au niveau régional, un deuxième facteur contribue à éloigner un peu plus la logique représentative de la logique participative. Comme l'a démontré la littérature consacrée à la démocratie sanitaire, on assiste à une professionnalisation de la représentation. Sous la pression des enjeux de pouvoir et d'expertise, il est difficile pour des représentants issus d'organisations reposant sur le bénévolat d'être porteurs d'une parole profane. Ils ne disposent pas toujours des ressources pour être en mesure de peser sur ces lieux de pouvoir où les règles du jeu sont plutôt favorables aux professionnels qui ont les moyens de maîtriser les

²¹ Les CODERPA ont été prévues par le décret du 26 mai 1982, mais leur création est restée facultative.

dimensions politiques et techniques des débats. La seule perspective est alors, pour eux, de concevoir leur fonction de représentation comme un véritable « travail » nécessitant engagement et expertise. En l'absence, le poids de la représentation des retraités risque de ne pas atteindre celui d'autres groupes sociaux ou professionnels.

« A mon avis, il aurait été judicieux que l'on puisse se concerter en amont pour trouver des gens qui ont à la fois la compétence et qui ont la disponibilité. J'ai fait un petit calcul de ce que représentait le temps à la CRSA : c'est un engagement qui représente au moins 20 à 25 jours par an car les membres de la CRSA devront au moins faire partie d'une commission. Donc il ne s'agit pas d'avoir des gens qui veulent seulement occuper un strapontin. » (Président CODERPA 26)

« Les usagers, on est là parce que le législateur a choisi de mettre en place une représentation des usagers beaucoup plus forte. Mais sur le plan politique, il y a des structures beaucoup plus fortes que nous. » (Président CODERPA 26)

Comme l'a montré la recherche PICRI menée par le CEDIAS-CREAH IDF, malgré l'existence d'une instance consultative, les citoyens handicapés ont de fait très peu de possibilités pour rendre un avis ou formuler des propositions. En effet, l'étude a montré que, dans la plupart des départements franciliens, les CDCPH s'avèrent relativement peu actifs. En l'occurrence, il apparaît que si les décrets instituant les instances de délibération fixaient la composition, les missions, l'organisation et les obligations, ils ne précisaient en rien la manière d'organiser la délibération en leur sein, créant des « espaces égalitaires », mais pas « égalitaristes » (Bareyre, Fiacre, Peintre, 2010). Autrement dit, selon le degré de maîtrise des informations et les possibilités d'expression des membres des différents collèges, le rapport de pouvoir peut s'avérer inégalitaire au sein des instances. Par conséquent, la parole profane n'acquiert un réel pouvoir que si elle parvient à se transformer en une parole experte. Mais ceci ne peut se réaliser qu'à la suite d'un processus de professionnalisation qui engendre quasi-inéluctablement une « parole représentée » proche de la parole institutionnelle et administrative.

Indépendamment du CODERPA et des instances officielles de représentation, chaque association intervenant auprès d'un public âgé pourrait avoir en son sein une représentation des usagers par le biais d'un collège spécifique. Dans les faits, les associations d'aide à domicile comptent surtout sur l'assemblée générale, où tous les adhérents sont invités à participer, pour donner une place aux usagers. Et en réalité, les usagers ne se mobilisent que très peu du fait de leur âge avancé. Néanmoins, la situation ne semble pas inéluctable à condition d'envisager des espaces de parole moins formels et rituels que les assemblées générales.

« L'idée est d'avoir, à terme, des collectifs d'usagers représentant tous les secteurs d'activités pour qu'ils puissent se faire entendre. Justement, quand il y avait eu le projet prestataire, il y avait un

collectif de particuliers-employeurs qui s'était monté pour faire entendre leur point de vue au niveau du conseil d'administration. Mais c'est plus pour des événements ponctuels. Créer du collectif, c'est possible de le faire quand le sujet s'y prête et quand il y a des événements forts. Au quotidien, je ne sais pas si cela peut aboutir. » (Responsable du service aux personnes, centre social)

2.2-Les enjeux de la parole en interaction

Par « parole en interaction », nous faisons référence à une situation mettant en relation deux univers distincts : celui des vieux et celui des non-vieux (*supra* première partie). Cette parole en interaction est au cœur du processus de réponse aux besoins des personnes âgées : elle se situe au croisement de l'offre et de la demande. Malgré elle, l'interaction génère un rapport de force entre deux systèmes de référence qui ne sont pas similaires. Or compte tenu du caractère inégal de ce rapport de force, les démarches visant à prendre en compte la parole des personnes âgées apparaissent peu adaptée pour permettre une réelle expression de l'utilisateur. Ce dernier se révèle être en effet une figure multiforme susceptible de mettre à mal la rationalité sous-jacente aux logiques procédurales induites par les démarches qualité.

2.2.1- L'interaction : un rapport de force inégal

L'interaction entre un professionnel et un usager constitue un rapport de force inévitable. L'un et l'autre ne disposent en effet pas des mêmes ressources pour gérer les raisons qui ont amené à ce que cette interaction se produise. En particulier, les professionnels sont naturellement en position de force dans la mesure où ils constituent le tiers qui opère la médiation entre la demande et l'offre ; l'utilisateur étant rarement en situation de pouvoir « choisir » directement la prestation dont il a besoin.

« La personne n'arrive pas toujours à bien définir sa demande, son besoin. Très souvent, les gens font appel à nos services dans des situations d'urgence. Les choses ne sont pas anticipées. Il faut du jour au lendemain l'ADMR. Mais pourquoi faire ? A quels moments ? Ils n'arrivent pas à le définir. Dans ces cas là, il faut qu'on arrive à leur suggérer des choses. » (Directeur fédération ADMR 26)

La formulation d'une demande ne correspond pas toujours à un besoin clair auquel il conviendrait d'apporter une réponse tout aussi limpide. Par conséquent, les professionnels sont amenés à jouer un rôle non négligeable pour transformer une demande en un besoin. Les travailleurs sociaux sont bien conscients des enjeux psycho-sociologiques liés à la relation entretenue avec l'utilisateur. Ils mettent d'ailleurs en œuvre diverses stratégies pour créer les conditions propices à une interaction de qualité.

« Je pense que lorsque l'on peut aller à domicile c'est mieux. Ils sont plus sécurisés, ils sont chez eux, c'est plutôt nous qui sommes en position d'infériorité. Je pense que pour eux c'est mieux. Et puis ça nous permet de voir concrètement comment ils vivent, s'ils arrivent à se chauffer, de voir s'il y a un isolement social. Ça nous permet de voir des choses qu'ils ne nous diraient pas forcément et on pourrait passer à côté si on les recevait juste dans le bureau. » (Travailleur social, conseil général)

« La plupart des entretiens se font au domicile. Souvent, ils le demandent, ils viennent une première fois et après ils disent : "la prochaine fois vous viendrez à la maison", pour eux c'est important. » (Travailleur social, conseil général)

« Je pense qu'elles n'ont plus le même rythme, qu'elles ont plus le temps. Elles vont moins facilement nous solliciter, elles n'ont pas l'habitude, et une fois qu'elles sont là, il faut prendre plus de temps pour créer la relation et ne pas être trop intrusifs. » (Travailleur social, conseil général)

En dépit de tels efforts pour établir une interaction avec l'utilisateur la moins inégale possible, les professionnels se heurtent aux contraintes de l'offre qui imposent une logique plus globale et normative. L'inscription de ces situations individuelles ou des résultats des enquêtes de satisfaction sur l'outil informatique sont l'illustration de cette dilution progressive de la singularité en quelques agrégats définis par les professionnels. Il en va de même avec les démarches qualité dès lors où la formalisation nécessite une codification assez stricte des différents items.

« C'est complexe de prendre en compte la parole de l'utilisateur pour mettre en place de l'aide dans l'outil informatique. Il a beaucoup de difficultés à travailler sur de l'humain. Le logiciel n'est pas sur le singulier. » (Adjoint de direction « personnes âgées-personnes handicapées », conseil général)

« - Avez-vous des outils de recueil de la parole ?

- On est en train d'y travailler. Dans le cadre de la qualité, on a ce que l'on appelle des fiches de remontée d'informations. Il y a des cases prédéfinies et des espaces libres. C'est assez normalisé. On est dans un processus de certification AFNOR. » (Directeur, Association Dioise d'Entraide Sociale)

Comme cela a été démontré par diverses enquêtes menées à propos des plans APA, l'expression de la demande peut être largement contrariée par des contraintes organisationnelles, techniques et financières qui en limitent la portée. Autrement dit, la rencontre entre l'offre et la demande peut être biaisée dans la mesure où la prise en compte de la parole des usagers est minorée par les logiques procédurales et administratives, mais aussi par l'offre existante localement. « L'idéologie gestionnaire », au sens où l'a défini Vincent de Gaulejac, a conduit à multiplier les outils d'appréhension de la réalité sociale. Cette idéologie, très prégnante aujourd'hui dans le champ sanitaire et social, se présente certes comme pragmatique, recherchant l'efficacité de l'action. Mais en fait, elle constitue une grille de lecture qui contribue à dessaisir l'utilisateur du sens qu'il donnait à son avis ou à son action au profit de celui qui manie de tels outils.

Subrepticement, la multiplication d'outils de gestion de la demande et d'indicateurs issus des démarches qualité renforce un rapport de pouvoir inégal dans l'interaction liant l'utilisateur au professionnel. Ces outils étant définis par les professionnels, ils sont orientés vers des finalités que ces derniers appellent de leurs vœux, parfois au nom des usagers eux-mêmes. Ainsi en va-t-il par exemple des questionnaires de satisfaction dont les items sont clairement orientés vers une amélioration de l'efficacité de l'action au profit supposé des usagers. Paradoxalement, alors que ces derniers n'ont jamais été autant sollicités pour s'exprimer, ils sont placés dans une interaction sans avoir la moindre prise sur le cadre et les finalités qui la définissent. Tout se passe comme s'il était communément admis que le référentiel devant guider l'interaction entre l'offre et la demande devait être la consommation de services qu'il s'agirait d'optimiser.

Par ailleurs, le rapport de force est inégal car, en étant individualisée, la parole des personnes âgées est nécessairement fragmentée et émietlée face aux professionnels ou aux pouvoirs publics qui, eux, représentent une organisation collective. L'utilisateur a certes de plus en plus la possibilité de s'exprimer, mais son pouvoir sur l'organisation reste limité : soit il est restreint à la gestion de son propre cas individuel, soit il est dilué au sein d'une opinion collective dont il n'a pas la maîtrise. Ce faisant, les différents outils visant à prendre à compte la parole des usagers ne contribuent ni à renforcer son pouvoir d'auto-détermination, ni à faciliter l'émergence d'un mouvement social autonome capable d'une expression collective.

Il a été démontré que la préservation de l'autonomie dans l'interaction est très largement corrélée à certains facteurs. Ainsi, trois éléments semblent très discriminants quant à la capacité de la personne âgée à faire entendre sa voix : le niveau socioculturel des personnes, leur niveau de dépendance, et le type d'établissement (Thomas, 2007). Ces critères sont tirés d'une enquête menée spécifiquement en établissements pour personnes âgées. Néanmoins, il semblerait selon l'auteur que, concernant les deux premiers critères, peu de différences soient observables avec la population aidée à domicile. En l'occurrence, plus la personne est d'origine sociale modeste et plus elle est dépendante, plus est grand le risque qu'elle ne soit pas en mesure de préserver son autonomie de décision. Dans ce cas, les aidants informels ou professionnels tendent à se substituer à la personne elle-même et à la déposséder de son droit à la parole. La personne perd son libre arbitre aussi bien, par exemple, dans le choix de recruter une aide professionnelle pour l'aider, comme ensuite dans toutes les décisions du quotidien.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant qu'existe un certain nombre de défections de la part de personnes âgées ne souhaitant pas s'engager dans un processus où elles risquent de perdre leur

autonomie, c'est-à-dire leur pouvoir de décision. Notre recherche n'avait pas pour but d'identifier l'éventuelle augmentation du nombre de défections – par définition peu visibles – mais le travail effectué, notamment par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENOR), a permis d'objectiver cette réalité, à savoir l'ineffectivité des droits sociaux par le nonaccès aux droits. Surtout, il a été démontré que, même en matière d'attribution de l'APA, une partie de la non-utilisation de l'allocation résultait d'un choix délibéré de la part du bénéficiaire potentiel. Ainsi, se développaient des « sorties en silence » qui n'étaient généralement pas objectivées par les appareils statistiques des pouvoirs publics. En accroissant le ciblage et l'individualisation des prestations sociales, il en résultait même, paradoxalement, un renforcement des stratégies d'éviction (Warin, 2006). A titre d'indication dans la Drôme, les plans d'aide APA à domicile ne sont consommés qu'à hauteur de 80%.

2.2.2- Un usager plus loyal que contestataire

La mutation progressive de l'utilisateur en un client avait pour objectif de permettre une meilleure prise en compte de ses exigences, et donc une amélioration de la qualité des prestations servies. Pourtant, il existe de multiples situations qui démontrent les limites des différents outils mis en place pour mieux recueillir les attentes individuelles des usagers. Ces limites résultent de la posture adoptée par les usagers qui brouille quelque peu la pertinence des dispositifs visant à répondre à leurs besoins. En l'occurrence, l'utilisateur se révèle une figure complexe et multiforme, qui ne peut se laisser enfermer dans un simple rôle de client ou de consommateur exigeant.

Ainsi, on pouvait s'attendre *a priori* à ce que le développement d'outils visant à mesurer le taux de satisfaction ou à « tracer » les récriminations et les plaintes allaient permettre d'objectiver un relatif mécontentement des clients. En effet, plusieurs éléments jouent en ce sens. En premier lieu, même en l'absence de tels outils, l'utilisateur a toujours pu exprimer son insatisfaction de manière informelle (à la salariée, au bénévole, à la secrétaire, voire au directeur...). Mais en lui donnant la possibilité de faire entendre formellement sa voix, il risquait de faire éclater son insatisfaction, d'autant que l'on suppose que les nouvelles générations de retraités sont plus enclines à s'exprimer quand les choses ne vont pas. Et en second lieu, le secteur de l'aide à domicile ne s'est engagé dans un processus de modernisation et de professionnalisation que tardivement. Les difficultés pour les structures à se doter d'une main-d'œuvre qualifiée persistent. Il ne serait donc pas étonnant que subsistent encore de nombreuses lacunes quant à la qualité espérée de l'intervention.

Pourtant, paradoxalement, les résultats de toutes les enquêtes de satisfaction des organismes pris en compte dans le cadre de notre recherche convergent pour indiquer un très haut niveau de satisfaction aussi bien vis-à-vis de l'intervention à domicile elle-même que des relations avec la structure prestataire ou mandataire (de l'ordre de 80-90%). Même le conseil général, qui a réalisé une enquête quantitative en 2004 auprès des bénéficiaires de l'APA afin de mieux connaître cette population, ainsi que son niveau de satisfaction, est dans le même cas de figure. En l'occurrence, sur les 400 personnes ayant répondu à l'enquête, le taux de satisfaction par rapport aux tâches effectuées, aux relations avec les intervenants ou avec l'organisme, peut être qualifié de bon ou très bon dans, au minimum, 87% des cas.

Le taux de répondants étant plutôt élevé, tout comme la qualité technique des questionnaires, ce n'est donc pas un biais méthodologique délibéré qui transformerait ces enquêtes de satisfaction en plébiscite pour les structures qui en sont à l'initiative. En réalité, la convergence de réponses très positives témoigne de la difficulté de prendre en compte la parole du « client-consommateur » dès lors où les caractéristiques du marché sont singulières. Les enquêtes de satisfaction sont un moyen assez facile de mesurer l'avis des clients d'un point de vue quantitatif. Mais elles présupposent que l'avis porte sur un bien ou un service pour lequel existe un lien de correspondance quasi mécanique entre besoin et réponse. Ainsi en va-t-il par exemple pour l'achat d'un bien de consommation courante, telle une voiture, où il est possible de définir si la réponse (l'achat d'une voiture) correspond au besoin initial (se déplacer) en fonction de différents critères de satisfaction qui peuvent se décliner.

Dans le cadre d'un service à la personne, le cas est un peu différent car de multiples facteurs viennent biaiser cette relation. En l'occurrence, le client s'avère une figure beaucoup plus multiforme et indécise que ne le laisserait supposer la vision libérale défendue par les théories économiques. Sa rationalité s'avère limitée aussi bien lors de la recherche d'une aide à domicile que, plus tard, lorsqu'émergent éventuellement des raisons d'insatisfaction. En enquêtant auprès de personnes âgées aidées à domicile, Magalie Bonnet a montré toutes les stratégies mises en œuvre par les personnes pour que leurs besoins ne soient pas identifiés en tant que tels (2001). En effet, avoir besoin d'un service à domicile n'est pas neutre : il génère une stigmatisation que représente l'entrée en dépendance, c'est-à-dire de ne plus pouvoir faire ce que l'on faisait de manière autonome jusqu'alors. Cela conduit les personnes âgées à mettre en place des stratégies identitaires de préservation de leur autonomie.

Une fois le processus d'aide engagé, et à défaut d'avoir réellement prise sur le dispositif, c'est plutôt une attitude de loyauté qui prime de la part des personnes âgées. Nos interlocuteurs drômois sont en effet unanimes à constater que les générations âgées sont peu portées par la revendication. Indépendamment des limites liées à un état de santé déclinant, les personnes âgées actuelles font partie de générations peu habituées à réclamer l'intervention de services sociaux ou de prestataires d'aide et de soins.

« C'est une génération qui ne connaît pas les assistantes sociales. Même si en 2002, on a eu une grosse demande, c'est parce qu'on est passés de rien à beaucoup. Il y a plein de personnes âgées qui ne font pas la demande et qui ne veulent pas la faire parce que ce serait rentrer dans l'assistanat. On est encore loin de revendiquer quoi que ce soit. » (Adjointe « personnes âgées – personnes handicapées, conseil général)

Cette non-demande est largement expliquée par le caractère majoritairement rural de la Drôme :

« Il y a quand même un état d'esprit. La solidarité familiale marche encore beaucoup. Donc on n'est pas du tout sur des démarches de revendication. Déjà, demander l'APA, c'est pas toujours possible ! » (Adjointe « personnes âgées – personnes handicapées, conseil général)

Par ailleurs, comme l'a montré Albert Hirschman, la défection ou la prise de parole ont un coût car elles supposent, pour l'une, d'avoir la certitude de trouver une prestation équivalente ou de meilleure qualité, et pour l'autre, d'avoir l'impression que sa voix sera entendue. Or, la nature de la relation liant l'acheteur et le fournisseur fait que *« certaines personnes âgées n'osent pas dire ce qui en va pas, de peur de ne plus avoir leur aide à domicile »* (Directeur fédération ADMR 26). Par ailleurs, s'agissant de personnes âgées dépendantes, plane en permanence le risque de devoir entrer en maison de retraite en cas d'échec du maintien à domicile ; or l'on sait que cette éventualité est largement repoussée par une grande majorité des personnes âgées.

Avec le renouvellement des générations, on peut émettre l'hypothèse que le rapport au vieillissement évolue. En effet, non seulement le profil sociologique des retraités est en train de se transformer sous l'effet de la mobilité et de l'élévation des niveaux de qualification, mais en plus intervient un phénomène intergénérationnel. Les nouvelles générations arrivent à l'âge de la retraite imprégnées des valeurs individualistes promues par la société actuelle. Toutefois, comme le précise Alain Ehrenberg, *« le "nouveau" individualisme signale moins un repli généralisé sur la vie privée que la montée de la norme d'autonomie : se comporter en individu signifie décider de sa propre autorité pour agir par soi-même, avec les libertés, les contraintes et les inquiétudes qu'une telle posture implique »* (Ehrenberg, 1995, p.19). Par conséquent, si les personnes âgées ne sont pas hermétiques

aux valeurs dominantes de la société actuelle, on peut supposer qu'elles développeront des stratégies de « voice » plus affirmées que par le passé.

« On a maintenant des personnes de 60 ans qui osent utiliser des aides à domicile, ne serait-ce que deux heures. Mais ils le font dans l'hypothèse que, peut-être un jour, on en aura besoin, donc autant s'y habituer un peu avant. Alors que pour les générations actuelles, cela arrive quand on ne peut plus faire autrement et qu'il n'y a plus la solidarité familiale. Et puis, la génération des enfants qui va arriver sera moins dans l'obligation. » (Chef de service, conseil général)

Si l'on exclut le recours à des services à la personne pour des raisons de confort, nos interlocuteurs pensent toutefois que le caractère revendicatif des nouvelles générations de retraités et de leur famille sera plus sensible dans le secteur des établissements. En effet, l'établissement gérontologique constitue un lieu physique où les interlocuteurs sont facilement identifiables. A domicile, le pouvoir est plus diffus et la relation d'aide plus personnalisée, donc plus difficilement remise en cause. Mais dans les deux cas, si des stratégies de « voice » seront sans doute plus fréquentes demain, elles n'iront vraisemblablement pas jusqu'à l'« exit ». Comme l'a montré Hirschman, la défection suppose que l'utilisateur puisse recourir à un autre prestataire sans avoir à parcourir une trop grande distance par rapport au produit concurrent (Hirschman, 1995). Or, malgré le développement d'un marché concurrentiel sur le secteur des établissements et services gérontologiques, il n'est pas certain que les personnes âgées et leur famille soient prêtes à changer facilement de prestataire en cas de mécontentement ou de contestation.

2.2.3- Un usager peut en cacher un autre

Un autre élément contribue à biaiser la prise en compte de l'utilisateur par les différents outils de gestion de la demande ou de mesure de la qualité. Comme nous l'avons vu à propos de « la fabrique de l'utilisateur-consommateur », le client ne se résume plus en la personne âgée. C'est très souvent un binôme constitué de la personne âgée et d'un ou plusieurs membres de sa famille. Et dans ce cas de figure, l'entourage familial peut être amené à jouer un rôle clé dans la formulation de la demande sans toutefois, lui non plus, avoir une vision claire du besoin et du type de réponse à apporter.

« Vous avez des situations où c'est la fille qui vient, très soucieuse du bien-être de ses parents. Mais c'est très compliqué pour un citoyen : à qui s'adresser ? on a droit à quoi ? ... » (Directeur fédération ADMR 26)

Les secteurs de la gérontologie et du handicap sont particulièrement traversés par cette difficulté. Quelle place donnée à la parole de l'utilisateur dans un contexte de dépendances fortes et/ou de détériorations de certaines capacités intellectuelles ? Rares sont les personnes âgées à solliciter

directement les services, qu'il s'agisse des services sociaux ou des services d'aide à domicile. Souvent, ce sont les familles qui effectuent les démarches. Pour les personnes âgées isolées, il s'agit parfois de signalements de situations de danger effectués par l'entourage, le voisinage, les élus, la police municipale ou encore le corps médical. Notre enquête nous a permis de constater que, mis à part pour les prestations dites de confort, les personnes âgées sollicitaient très peu directement les services. Même le service Allô Drôme Séniors est sollicité pour une part non négligeable par des aidants familiaux, autant, si ce n'est plus que par les personnes âgées elles-mêmes.

« La personne qui est moins âgée va nous solliciter pour tout ce qui est administratif, peut-être pour ce qui est financier, à 60 ou 70 ans. Et les plus de 75 ans, c'est plus l'entourage qui va nous solliciter. » (Travailleur social, conseil général)

Hormis les cas de personnes sous tutelle, personne n'est habilitée à parler au nom de la personne âgée. Pourtant, tous les professionnels affirment qu'ils ont souvent à faire face à une double expression : celle de la personne âgée et celle de la famille. Ce constat se vérifie encore plus s'agissant du public nécessitant de recourir à un prestataire d'aide ou de soins à domicile. Il est vrai qu'avec le grand âge, l'entourage familial s'avère encore très présent auprès de leur parent âgé. Ainsi, la DREES a estimé entre 5 heures 30 et 8 heures le soutien quotidien apporté par les aidants familiaux à leurs proches en situation de perte d'autonomie²².

Or ces deux « paroles » ne sont pas toujours similaires car il est fréquent que leur point de vue diffère. Dans le domaine des soins et de l'aide, des divergences sont souvent évoquées par les responsables de services entre le point de vue des familles privilégiant plutôt la propreté ménagère et corporelle et le point de vue des personnes âgées privilégiant plutôt la compagnie et les sorties. Ces divergences sont précisément à l'origine de la complexité inhérente à la définition de la qualité qui ne peut être univoque.

« On prend toujours la parole de la personne en premier. Quand la famille est autour, on essaie de travailler avec eux, c'est important mais c'est difficile. On se rend souvent compte qu'il y a des conflits. Je pense que nous n'avons pas de difficulté avec la parole du bénéficiaire, par contre tout ce qui est autour, on a parfois des familles qui se déchirent. » (Responsable d'une association d'aide à domicile)

« Quand il y a des enfants derrière, souvent ils appellent et ils disent : "surtout, ne lui dites rien !" . Comment dire à la salariée que ça fait dix ans qu'elle va chez une personne âgée et que maintenant il ne faut plus qu'elle y aille. C'est arrivé que les enfants nous fassent changer, puis que la personne âgée n'était pas contente du tout. » (Responsable de secteur, association d'aide à domicile)

²² « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Etudes et Résultats*, n°456, janvier 2006.

« Tant que l'on considère que les capacités de la personne ne sont pas altérées, j'ai tendance à privilégier la parole de la personne âgée, même si ça déplaît à sa fille qu'elle ne prenne sa douche que tous les trois jours. Après la nuance et la difficulté, c'est quand on ne sait pas où en est la personne pour faire des choix. Dans ces cas-là, c'est très difficile. On essaie de prendre d'autres avis, d'autres éclairages. » (Travailleur social, conseil général)

L'enquête déjà mentionnée menée auprès des résidents en EHPA quantifie cette possible divergence d'appréciation (Chazal, Scheidegger, 2011). Ainsi, par exemple, concernant l'entrée en institution, 21% des résidents déclarent ne pas avoir participé au choix de l'établissement, alors que ce chiffre n'atteint que 7% selon leurs familles. 40% seulement des résidents considèrent qu'ils étaient préparés à une entrée en établissement, contre 53% aux dires de leurs proches.

3- L'invention de nouveaux registres d'écoute et d'expression

... ou comment, dans une société vieillissante, associer la personne âgée, qui est de moins en moins représentée ?

Comme nous l'avons vu, le conseil général de la Drôme n'apparaît *a priori* pas comme un acteur ayant engagé une politique forte en matière de recueil de la parole des personnes âgées. Au-delà de la prise en compte individuelle inscrite dans les procédures liées à la gestion de la dépendance, le CODERPA constitue l'instance à laquelle se réfère systématiquement le conseil général de la Drôme – comme beaucoup d'autres conseils généraux – pour avoir un interlocuteur susceptible de porter une parole collective des retraités et personnes âgées. Par conséquent, les possibilités de prise de parole des personnes âgées semblent relativement limitées et elles sont, en tout cas, instituées, voire codifiées, par les pouvoirs publics et les professionnels.

Pourtant, il nous semble qu'il y a deux autres lieux où la parole des personnes âgées est prise en compte. Il ne s'agit cependant pas de lieux au sens physique du terme, que sont les instances *ad hoc*. Il s'agit de « lieux » beaucoup plus diffus qui sont autant de « cadres sociaux » (Goffman, 1991) permettant d'entendre la parole de l'autre d'une certaine manière. Autrement dit, si l'on analyse l'ensemble des endroits où les pouvoirs publics ou les professionnels sont amenés à prendre en compte la parole des personnes âgées, il s'avère qu'il n'y a pas que les lieux institués. Il existe également des modalités indirectes d'écoute. Par « indirectes », nous voulons signifier qu'il ne s'agit pas d'une interaction mobilisant directement l'écoute de la parole des personnes âgées dans un objectif d'action immédiate.

En l'occurrence, nous avons relevé deux types d'action – toutes deux initiées par le conseil général en coopération avec d'autres partenaires – mais qui ont en commun de ne pas viser l'action, tout au moins à court terme, mais de développer une écoute de la parole réflexive. Ce faisant, l'impératif consistant à mettre les personnes âgées au centre de l'action prend tout son sens dans la mesure où le cadre de l'interaction est moins guidé par les impératifs administratifs et professionnels.

3.1- Une prise en compte indirecte de la parole des personnes âgées : l'exemple de la lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables

La lutte contre la maltraitance des personnes âgées ou handicapées est engagée depuis plusieurs années au niveau national. Ainsi, depuis le mois de février 2008, il existe une plateforme

téléphonique nationale, avec un numéro d'appel unique (le 39 77) pour recueillir les signalements de maltraitance envers les personnes âgées et ou handicapées. Cette initiative s'inspire de dispositifs déjà existants, comme celui mis en place par l'association ALMA – Allô Maltraitance – qui propose un service téléphonique d'écoute depuis 1995. L'association met en place des antennes départementales, en partenariat avec les conseils généraux, qui permettent de développer une écoute de proximité. Le plan de lutte contre la maltraitance, présenté le 27 juin 2006 par M. Philippe Bas, ministre délégué aux Personnes Âgées, prévoit notamment de renforcer le soutien au développement des réseaux d'écoute ALMA.

Outre ces mesures nationales, les départements, garant de l'action sociale décentralisée pour les personnes âgées et handicapées, ont mis en place des dispositifs pour prévenir la maltraitance et recueillir les plaintes. Le département de la Drôme est lui-même doté d'une antenne locale ALMA, qui est insérée dans le dispositif départemental de lutte contre la maltraitance. Il s'agit d'un dispositif classique de recueil des plaintes, comme il en existe pour d'autres problématiques (femmes battues, enfance maltraitée, etc.). Les usagers de ce service sont, soit la personne plaignante elle-même, soit un témoin d'un acte de maltraitance, il s'agit souvent de proches de la victime ou de professionnels. Lorsqu'une personne appelle pour faire un témoignage, il est reçu par deux écoutants, puis le dossier est transmis aux référents qui sont chargés de reprendre contact avec l'utilisateur pour l'orienter ; un comité technique et de pilotage intervient lorsque les situations sont trop complexes.

Ce service de recueil des plaintes comporte des avantages : le dépôt de plainte est rapide et anonyme, le service peut-être utilisé par le tout venant, depuis son domicile, les personnes qui appellent sont informées, conseillées et orientées à la suite de leur appel, etc. Le dispositif est donc susceptible d'être utilisé par toute personne souhaitant faire un témoignage, mais il repose avant tout sur une initiative personnelle. En ce sens, rien ne différencie un tel service de, par exemple, Allô Drôme Seniors, dans la mesure où il s'agit d'une écoute de la parole de l'utilisateur (qui n'est pas forcément une personne âgée) visant à apporter une réponse individualisée à un besoin.

Mais le département de la Drôme a constaté que ce dispositif ne permettait pas ni d'avoir une vigilance sur toutes les situations et notamment les plus isolées (isolement social ou géographique), ni de travailler de manière préventive sur les questions de maltraitance. Ce constat a largement été induit par la mise en place de l'APA qui a révélé l'existence de nombreuses situations à risques. C'est pourquoi le conseil général a confié la mission à son médecin référent au sein de la Direction « personnes âgées - personnes handicapées » de créer un référentiel « maltraitance » à destination des professionnels. Ce référentiel intitulé *Vulnérabilité et maltraitance de l'adulte : aide à la prise en*

considération a été diffusé en janvier 2010. Il a été le résultat de sept années de réflexions menées au sein d'un groupe de travail, créé en 2003 à l'initiative du conseil général, sur *La Prise en considération des situations de maltraitance ou de risque de maltraitance de la personne adulte vulnérable*.

Le référentiel est composé de quatorze pages, de trois annexes, ainsi que de trois fiches techniques. L'ensemble du document s'appuie sur l'outil législatif et fait des rappels à la loi. La première partie du référentiel s'attache à définir les deux termes importants : maltraitance et vulnérabilité. Sont ensuite énoncés les principes fondamentaux que les partenaires s'engagent à respecter lorsqu'ils acceptent ce référentiel comme outil de travail. Le référentiel définit ensuite les conduites à tenir face à une situation ou une suspicion de maltraitance et explique les procédures de signalement des actes de maltraitance, pour finir par un rappel de toutes les actions de prévention existantes sur le territoire. Les fiches techniques sont des outils concrets à disposition des professionnels : l'annuaire de tous les organismes compétents en cas de maltraitance, une grille d'indicateurs médico-psycho-sociaux de vulnérabilité et de maltraitance et enfin une fiche type de signalement au procureur de la République.

Le groupe de travail et le référentiel qui en a découlé ont été pensés, dès leur début, dans une dynamique partenariale. Ainsi, le conseil général était porteur du projet, mais les partenaires associés multiples : la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale (aujourd'hui Agence Régionale de Santé), le Tribunal de Grande Instance, les Centres Hospitaliers, les professionnels du secteur médical, les services à domicile et les établissements pour personnes âgées, le CODERPA, les organismes de protection sociale, etc. Ce travail partenarial a permis de mener une action d'envergure départementale.

L'originalité de cette initiative est qu'elle s'appuie sur la création d'un réseau autour de cette problématique de la maltraitance des adultes, contrairement au recueil des plaintes par téléphone qui repose sur la décision d'un particulier de produire un signalement. Avec le référentiel, il s'agit d'utiliser la connaissance de chaque professionnel travaillant auprès des personnes vulnérables, pour créer un espace de vigilance et de prévention autour d'un réseau de personnes qualifiées. L'acte de signalement repose toujours sur une responsabilité individuelle mais le professionnel qui témoigne peut s'appuyer sur le référentiel pour être soutenu et aidé. Cet outil permet de travailler, à la fois, en prévention en permettant aux professionnels de mieux appréhender ce qu'est la maltraitance et d'ainsi pouvoir mieux la repérer, et à la fois, en réparation, en définissant les procédures à suivre en cas de maltraitance.

La logique partenariale, dans laquelle s'inscrit cet outil, contribue à créer un espace virtuel au sein duquel s'élaborent une vigilance et des compétences collectives pour lutter contre la maltraitance. Le référentiel repose sur la force du réseau et la dimension collective plutôt que sur l'acte individuel de dépôt de plainte. Paradoxalement, il s'agit d'un réseau composé uniquement de professionnels (à l'exception des représentants du CODERPA), mais où la parole de la personne âgée (ou vulnérable) est très présente. La création de ce réseau aide en effet à sortir de la relation duelle professionnel/usager pour tendre à mettre la parole de l'utilisateur au centre de la réflexion. Par conséquent, il s'agit moins d'une prise en compte directe de la parole des personnes âgées, que d'une sensibilisation collective des divers professionnels à être attentifs aux signaux d'alerte pouvant émaner de leurs rencontres avec les personnes âgées.

A la différence des modes de recueil direct de la parole selon une logique question-réponse par questionnaires par exemple, la parole est entendue ici au sens large du terme. C'est d'ailleurs ce qui constitue le premier principe fondamental inscrit dans le référentiel : « *Les partenaires s'engagent à prendre en considération la parole de la personne vulnérable : entendre sa plainte, être attentif à toute forme d'expression de souffrance.* » (p.5)

De fait, les diverses personnes interviewées disent avoir apprécié cette réflexion collective qui leur permet d'être moins isolées face aux situations difficiles. Un tel constat témoigne que l'on se situe bien sur un autre registre que celui du recueil de la parole individuelle. Dans ce dernier cas, il y a certes une présence forte de la personne âgée et de sa parole, mais la nature de la relation entretenue avec le professionnel contribue non seulement à induire un cadre de gestion centré sur la réponse à des besoins identifiés, mais également à singulariser l'action au détriment d'une réflexion collective. A l'inverse, l'expérience conduite autour de ce groupe de travail et de ce référentiel montre que, malgré l'absence « physique » des personnes âgées concernées, il est possible de construire une posture éthique où ces dernières sont très présentes. Par la sensibilisation d'une multitude de professionnels à travers des sessions de formation-information et des outils diffusés sur internet, l'effort de prendre en compte de la parole des usagers est amplifié. Il s'inscrit dans une culture professionnelle qui permet de dépasser le seul recours aux instruments de gestion des demandes des usagers.

3.2- Des territoires face au défi du vieillissement

Il existe dans le département de la Drôme une initiative n'émanant pas de l'un des trois territoires infra-départementaux analysés, mais qui présente la particularité de prendre appui sur la parole des personnes âgées. Il s'agit d'une association créée en 2001 et intitulée « Vieillir au village ». A l'origine, sur deux petites communes (Puy-Saint-Martin et Roynac), il y eut la volonté d'un groupe d'élus, de professionnels et de bénévoles d'apporter des réponses à des besoins concrets exprimés par les personnes âgées : sécurisation, lutte contre l'isolement, aides ponctuelles... Une telle action visait à éviter que les personnes âgées ne soient amenées à quitter leur village pour entrer dans des établissements éloignés. Ainsi, l'association a mis en place un réseau de bénévoles et différentes activités comme les visites au crépuscule, les visites de courtoisie, le covoiturage, le portage de repas à domicile et les repas collectifs. Aujourd'hui, l'association est présente sur trois intercommunalités, soit une quinzaine de communes.

L'objectif de l'association est de partir de l'expression directe des habitants qui vieillissent sur le territoire pour tenter de leur apporter des réponses adaptées. L'écoute par des bénévoles favorise l'expression d'un besoin beaucoup moins orienté sur des réponses médico-sociales. En effet, le bénévole s'inscrit dans un lien de proximité avec la personne âgée, qui n'est donc pas vue sous l'angle d'une « personne âgée ». C'est pourquoi les réponses apportées sont beaucoup plus centrées sur le lien social que sur la prestation elle-même. Pour fonctionner, l'association prend appui sur un important réseau de bénévoles, constitué pour une part non négligeable de jeunes retraités souhaitant s'investir utilement dans la cité.

3.2.1- Du groupe de pression à l'empowerment

Au-delà du caractère singulier de cette initiative, comme de celles menées sur le territoire du Diois et celui de Romans-Royans-Vercors, nous pouvons relever de nombreux points communs à cette prise en compte de la parole des personnes âgées. Ces points communs convergent vers une piste qu'avait ouverte Jean-Philippe Viriot-Durandal en conclusion de sa thèse : « Le défi des organisations consiste justement à faire passer le vieillissement d'une dimension individuelle vécue isolément dans un parcours de vie apparemment singulier à une problématique partagée au sein d'un groupe social identifiable dans l'espace public. Un groupe dont l'action collective serait susceptible de donner aux individus, par leur nombre et leur structuration, une identité collective et le pouvoir d'agir sur les conditions de leur propre vieillissement et du vieillissement en société en général. » (Viriot-Durandal, 2003, p.165)

Pour notre part, nous pensons que la perspective identifiée par cette recherche repose moins sur une mobilisation des retraités en tant que groupe d'âge. C'est beaucoup plus l'implication des retraités, en tant que citoyens vieillissants, dans diverses formes d'action, voire de contestation sociale. Cette perspective d'*empowerment* est susceptible de redynamiser l'action collective. Cette notion a été développée initialement par les sciences humaines aux Etats-Unis pour désigner la capacité d'un acteur (un individu ou un groupe) à influencer sur les systèmes politiques et sociaux qui les régissent. Littéralement, il s'agit de donner du pouvoir à quelqu'un pour influencer sur les structures sociales et décisionnelles qui le concernent. Une telle approche nous semble pertinente pour saisir ce que nous avons pu observer sur un certain nombre de territoires infra-départementaux.

Elle est rendue possible par l'arrivée de nouvelles générations de retraités plus enclines à adopter une approche prospective du vieillissement. Comme l'a montré Didier Vrancken en Belgique, une partie des jeunes retraités actuels sont porteurs d'une volonté de se déprendre des formes de représentation et de participation traditionnellement offertes : « Lorsqu'ils parlent d'eux-mêmes, de leurs activités, ils mobilisent des représentations cognitives, des autrui très âgés. Se situant par rapport aux problèmes de la grande vieillesse, ils parviennent à se projeter dans l'avenir, à se regarder différemment à travers les connaissances dont ils disposent car leur vieillesse probable s'y voit ainsi projetée. » (Vrancken, 2002, p.67)

3.2.2- Une parole réflexive au profit d'une approche endogène du vieillissement

Le premier point commun entre les différentes expériences locales est qu'elles prennent appui sur une parole « réflexive », c'est-à-dire d'une parole qui n'est ni « représentée » – dont on a vu les limites –, ni « en interaction » – dont on a vu la normativité croissante et le rôle joué par les professionnels dans sa codification. Par conséquent, les personnes âgées sont amenées à s'exprimer selon des modalités très différentes, qui peuvent aller de la réunion publique (ou du groupe de travail) au récit de vie, en passant par la conversation avec un bénévole. Ce qui caractérise cette parole « réflexive », c'est qu'elle n'est pas orientée vers un besoin ou une action immédiate. Par le sens qu'elle revêt et par la force du témoignage, elle confère du poids à la parole de celui qui l'a prononcée.

« Actuellement, avec le centre de loisirs et la crèche, on a des projets intergénérationnels. Hier, il y avait un goût. C'est l'occasion d'échanger sur leur quotidien, sur leur mémoire... Après, la prise de parole, elle n'est pas forte au sens où, vous, vous l'entendez. Mais c'est un recueil de parole sur ce

qu'ils vivent au quotidien, comment ils vivent leur vieillissement. » (Responsable d'un service aux personnes, centre social)

« Je pense que, quand il y a une formation comme celle-là, où il y a un recueil de la parole, une publication, le collectif donne une force à cette parole. Alors que la parole individuelle, si elle n'est pas optimisée, mutualisée avec d'autres paroles, c'est trop peu. Quant on voit que l'on a eu 400 personnes au forum [à Die], il y a une force du collectif qui fait un peu comme un cercle vertueux. Ça fait boule de neige, et la boule de neige est de plus en plus grosse. » (Coordinatrice CLIC)

Comme l'a analysé Dominique Mehl à propos de l'exposition de paroles privées sur la scène publique, le témoignage sur un espace grand public « se doit d'être le vecteur d'un message qui déborde le territoire du moi et interpelle les représentations collectives » (Mehl, 2003, p.210). Par son exposition publique, le témoignage s'inscrit dans une logique de désingularisation.

Mais pour qu'elle puisse s'exprimer, la parole « réflexive » nécessite que soit promue une approche endogène du vieillissement. En effet, l'essentiel des espaces d'expression existants et de leurs modalités sont définis par les professionnels eux-mêmes. Il en résulte un relatif formatage de la parole des personnes âgées ainsi recueillie dans la mesure où sa prise en compte est guidée par la recherche des besoins médico-sociaux de la personne et de la réponse la plus adaptée. La nature de l'échange est donc tout entière orientée par cet enjeu qui aboutit à ce que l'utilisateur modifie son comportement en fonction de ce qu'il souhaite ou redoute de l'interaction avec le professionnel. Le développement des démarches qualité ne font que renforcer cette nécessaire prise en compte codifiée de la parole de l'utilisateur.

Plus souvent, ce sont les bénévoles qui s'inscrivent plus spontanément sur ce registre de la prise en compte de la parole réflexive des personnes âgées. En effet, l'action des bénévoles est moins guidée par des impératifs professionnels. Les échanges qu'ils ont avec les personnes âgées s'avèrent donc beaucoup plus libres, moins codifiés. L'exemple des bénévoles visiteurs mis en place par certaines associations locales de l'ADMR 26 témoignent de l'utilité d'une telle écoute. Néanmoins, on ne peut pas dire qu'une telle prise en compte de la parole soit inutile pour l'action professionnelle. Nous n'avons pas réalisé d'entretiens à ce sujet, mais il ne fait pas de doute que les bénévoles sont en mesure d'entendre un certain nombre de choses susceptibles de permettre, de manière indirecte, un meilleur ajustement de l'intervention à domicile. Surtout, par la nature de l'interaction, plus centrée sur la vie sociale locale que sur l'analyse des besoins, les bénévoles contribuent à redonner une place aux personnes âgées dans la cité en tant que personne, et non pas en tant que personne âgée et dépendante ayant besoin d'une aide.

De ce type d'expression, découlent plusieurs conséquences. Tout d'abord, la population âgée n'est pas considérée comme une catégorie cible. Elle est partie prenante du processus d'élaboration de réponses collectives au vieillissement. Elle est un acteur parmi d'autres ; elle n'est pas simplement la cible de l'action des pouvoirs publics ou des professionnels. Cet aspect est particulièrement présent dans une démarche de territoire telle qu'elle est développée par le CLIC du Diois et du Pays de Saillans qui a délibérément privilégié une approche endogène du vieillissement. Les acteurs impliqués dans la démarche le sont à divers titres (élus, professionnels, bénévoles...), mais ils le sont également en tant que personnes vieillissantes. Par conséquent, il ne s'agit pas de trouver des réponses pour une population destinataire de l'action, mais de mettre en place une politique de développement social s'appuyant sur les ressources du territoire.

« Il n'y a que les populations concernées par les problématiques qui peuvent donner les bonnes réponses, du moins donner des idées, des hypothèses. Les professionnels et les élus n'ont pas à transférer. Je trouve que les élus font plutôt partie des populations vieillissantes. C'est sûr que lorsqu'ils travaillent sur le vieillissement, ils sont confrontés à leur propre vieillissement. (...) Donc l'enjeu d'un travail que l'on a fait comme la recherche-action, c'est changer et donner d'autres lunettes pour que les élus voient d'autres choses, aient un autre regard. » (Coordinatrice CLIC)

En ce sens là, elle se différencie de l'action menée par les CCAS en faveur du troisième âge qui a généré une forme de dépendance sociale des personnes âgées à l'égard de la collectivité. L'action publique, notamment municipale, a du mal à faire une place à la parole des personnes âgées. En effet, la proximité des élus vis-à-vis de leurs concitoyens âgés rendrait superflue la constitution d'espaces d'expression *ad hoc*. Les élus locaux – et les professionnels de l'action sociale qui en dépendent – par leur forte présence sur le terrain, notamment s'ils sont eux-mêmes retraités, sont persuadés bien connaître les besoins et les attentes de leur population âgée. Ils seraient en quelque sorte le prolongement naturel de ce que pensent les personnes âgées.

« On est vraiment dans la proximité à partir de nos différents services et de la présence des élus. On est dans une commune où les élus sont très présents dans les manifestations, donc ils ont une connaissance très fine du public. » (Directrice de CCAS)

Cette caractéristique est d'ailleurs au fondement des politiques du troisième âge telles qu'elles se sont développées à partir des années soixante-dix, à savoir des politiques d'action sociale pensées en direction d'un public-cible relativement homogène dont les besoins liés à l'âge étaient bien identifiés et dont la posture était peu revendicative. Aujourd'hui, le public s'est diversifié et, en particulier, les jeunes retraités constituent une population moins captive. Mais les entretiens réalisés auprès de responsables de services gérontologiques montrent leurs difficultés à mobiliser ce nouveau public, comme d'ailleurs celui dit du quatrième âge.

« On fait des réunions de temps en temps, mais eux, ils me suivent. Ils sont plutôt attentistes. Ils ne vont pas demander. Je propose. Tout leur plaît. J'ai essayé de demander, mais ils n'ont pas d'idées. »
(Responsable foyer-restaurant)

« Je ne me sens pas toujours en adéquation avec les partenaires, notamment par exemple quand on voit la Semaine bleue. On a beau essayé de bouger les gens... On a des personnes qui sont très dépendantes. C'est gentil la Semaine bleue, mais c'est pour les personnes qui n'ont pas l'APA et qui ont juste 60 ans, qui peuvent se déplacer. Nous, les personnes que l'on a, on leur propose de sortir, de les accompagner, mais elles ne veulent pas. » (Responsable, association d'aide à domicile)

A l'inverse, une approche endogène du vieillissement présente un autre avantage : elle permet d'éviter de segmenter la population âgée en fonction de sous-catégories d'âge qui aboutit, généralement, à distinguer les seniors du grand âge. Ici ce qui prime est le fait de vieillir sur un territoire donné, quel que soit son âge. Certes, un des partenaires incontournables des actions étudiées en milieu rural sont les clubs du troisième âge qui permettent d'avoir des relais dans quasiment chaque commune. Mais en réalité, par l'implication d'autres acteurs que sont les services de maintien à domicile ou les bibliothèques par exemple, cela permet de toucher une population âgée moins captive.

« Il y a plusieurs associations et clubs de personnes âgées dans les communes. On les croise souvent. Reste la question de toutes les personnes qui ne vont pas dans les clubs. Notre rôle est d'amener du lien. Sur diverses actions menées par la communauté de communes, on croise avec le centre social, avec le centre médico-social... En tant que maire, il y a des liens fréquents avec les assistantes sociales de secteur, avec les organismes publics de HLM... » (Président de la communauté de communes du Royans)

3.2.3- Une politique de territoire intersectorielle

Seconde conséquence d'une approche endogène du vieillissement, elle autorise une implication d'acteurs très divers dans ce qui est moins une politique gériatrique qu'une politique de territoire prenant en compte le vieillissement de la société. Ce n'est donc pas un hasard si ces initiatives se développent plus facilement sur les territoires intercommunaux en milieu rural ou semi-rural. N'ayant pas de prérogatives médico-sociales ou gériatriques, ils constituent en effet des espaces vierges où les enjeux institutionnels sont beaucoup moins marqués qu'en milieu urbain.

« Participent les services, les bénévoles, les élus... toutes les personnes qui sont intéressées en fait pour faire quelque chose pour les personnes du troisième âge. C'est très variable d'un secteur géographique à un autre. Ça peut-être variable aussi en fonction du projet qui a lieu à un moment donné (...). On a grosso modo les présidents de club, les représentants des services à domicile, les représentants des CCAS (...). Il y a aussi dans ces groupes des représentants des bibliothèques, qui peuvent être des personnes qui vont relayer de l'information, rencontrer des personnes âgées,

développer des projets auprès des personnes âgées. J'ai aussi des représentants des établissements. »
(Coordinatrice CLIC)

« Pour moi, les lieux d'expression sont la commission gérontologique et les groupes de travail qui sont mis en place. Après, sur le Diois, les gens ont d'autres lieux d'expression. Il y a toutes les associations. Il y a une association qui est porteuse, les Aînés ruraux (...). On a un centre social, on a également le comité local de développement. » (Coordinatrice CLIC)

Cette diversité des personnes engagées dans les groupes de travail constitue un gage pour qu'un groupe social ne soit pas en position dominante pour imposer sa grille de lecture des « problèmes » des personnes âgées. En l'occurrence, les professionnels ne sont qu'un acteur parmi d'autres ; ils sont plus en position de relais des actions initiées par le CLIC ou la communauté de communes. Ils y trouvent un intérêt dans la mesure où ils disposent au sein de ce réseau d'acteur des ressources en termes de méthodologie ou de financement pour mener des actions qu'ils ne feraient pas au quotidien (exemple des projets déjà mentionnés « colportage de mots » ou « tournée musicale dans les cuisines »).

« Actuellement, le CLIC a un projet "tournée musicale dans les cuisines" et on y est pleinement associés. Les artistes vont jouer chez des gens qui bénéficient du service de portage de repas et du service aux personnes. (...) C'est vraiment la possibilité d'outils ou d'animation sur le territoire pour les personnes âgées. Du coup, il y a des allers-retours permanents. » (Responsable du service aux personnes, centre social)

La présence active des élus des différentes communes dans ces réseaux est également une garantie pour éviter une prise de pouvoir d'un acteur en particulier. Elle permet également de faciliter une fonction transversale de courroie de transmission en conférant une légitimité à la réflexion ainsi produite. Dans cette perspective, il y a un lieu qui contribue à faire se rencontrer l'ensemble des acteurs du territoire et à ce que s'élabore progressivement un référentiel susceptible de guider l'action des uns et des autres : la commission gérontologique. Il en existe une par territoire couvert par chaque CLIC. C'est un rassemblement institutionnel réunissant l'ensemble des acteurs auquel s'ajoute un comité de pilotage dont le rôle est de valider les orientations de la commission gérontologique.

Une telle manière – indirecte – de prendre en compte la parole des personnes âgées a également des conséquences sur le type d'action publique produite. Il s'agit d'une action qui est très largement intersectorielle : elle irrigue l'ensemble des domaines d'intervention des communes et des intercommunalités.

« Les personnes âgées, ce n'est pas de notre compétence. Simplement, dans notre projet de territoire, on s'est aperçu que, sur plusieurs axes transversaux, le problème des personnes âgées était récurrent. »

Au niveau des transports par exemple, des soins, de l'habitat..., le maintien des services publics en milieu rural... Lorsque le bureau de poste ferme, toute une fraction de la population se trouve démunie. (...) Lorsqu'on parle d'emploi, on a perdu énormément d'emplois au niveau de l'industrie. Le service à la personne est un axe d'emplois fort, que ce soit pour le maintien à domicile, le portage de repas. » (Président de la communauté de communes du Royans)

De fait, un axe central de cette prise en compte du vieillissement concerne le lien social. Le caractère intersectoriel de la politique du vieillissement permet en effet de penser les choses de manière moins segmentée. Par exemple, la communauté de communes du Royans, qui a la compétence petite enfance, a pu ouvrir une crèche dans un bâtiment accueillant plutôt des personnes âgées dans des logements adaptés. Surtout, les personnes âgées ne sont jamais prises en compte de manière spécifique, mais elles sont intégrées à des actions plus transversales.

« Pour 2011, on a lancé des actions qui ne sont pas spécifiquement personnes âgées. Par exemple, cette année, on organise la fête du sport et on va avoir un gros pôle forme et santé. Du coup, on a mobilisé la gym volontaire... On va donner une place aux personnes âgées au sein du territoire. Ce n'est pas uniquement la question des personnes âgées, mais les personnes âgées parmi les autres. » (Chargée de mission, communauté de communes du Royans)

Cette approche est à rebours de l'orientation des politiques gérontologiques promues au niveau national qui ont visé, au contraire, à cibler au mieux les actions sur des catégories particulières pour en améliorer l'efficacité. Ce faisant, elles ont généré un effet de stigmatisation sur les populations bénéficiaires des prestations sociales qui leur étaient spécifiquement destinées, faisant notamment fuir les générations plus autonomes. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'action gérontologique telle qu'elle se dessine dans le Diois et le Royans – que nous avons plus particulièrement pris en compte dans cette analyse de nouveaux lieux d'expression et d'écoute des personnes âgées –, présente une dimension fortement festive et intergénérationnelle.

« Dans le cadre de la Semaine bleue, le club des personnes âgées nous a dit : "on ne veut plus qu'on parle de nous par des conférences sur le vieillissement. On veut quelque chose de gai, on veut s'amuser, des choses de vivant". (...) Et la Semaine bleue est devenue vraiment une semaine de convivialité et d'échanges intergénérationnels ouverte à toute la population. » (Chargée de mission, communauté de communes du Royans)

Une telle approche de l'âge, beaucoup plus ouverte que par le passé, constitue incontestablement un vecteur pour faire évoluer l'action des pouvoirs publics et des professionnels en associant plus étroitement les personnes vieillissantes.

Conclusion

Contrairement à d'autres pays, la France se caractérise par la faiblesse des mouvements sociaux représentant la société civile. Cette faiblesse est particulièrement évidente dans le domaine des retraités et personnes âgées. Ainsi que le constatait le rapport de la Cour des comptes consacré aux personnes âgées dépendantes (1995), la France ne dispose pas de puissantes associations comme *Kuratorium Deutsche Altershilfe* en Allemagne ou *Age Concern* au Royaume-Uni capables, par la mobilisation de leurs ressources militantes et financières, de peser sur les orientations des politiques publiques et sur l'action des professionnels.

Une faible représentation des intérêts des retraités et personnes âgées

Les associations représentant les personnes âgées, tant au niveau national que local, sont plutôt émiettées et, en dehors de quelques épisodes particuliers touchant notamment au droit des retraites, elles s'avèrent peu en mesure de s'appuyer sur une mobilisation collective de leurs troupes. Par conséquent, la représentation des retraités et des personnes âgées est avant tout une représentation instituée par le législateur. Elle présente un caractère formel qui, malgré le manque de moyens qui sont alloués par les pouvoirs publics, n'est guère parvenue à enclencher une véritable dynamique de contre-pouvoir. En effet, compte tenu tant de la faiblesse de certaines bases adhérentes que de la relative déconnexion entre la scène institutionnelle de représentation et les logiques locales de participation, il se dégage globalement un sentiment d'impuissance. Cette faiblesse, qu'avait soulevée, entre autres, la Cour des comptes, se vérifie même dans un département comme celui de la Drôme qui, pourtant, présente plusieurs caractéristiques contribuant à faire de son CODERPA une instance dynamique et pleinement associée à la politique gérontologique départementale.

En fait, notre recherche a permis de démontrer les limites des deux perspectives semblant se dessiner ces dernières années en matière de « prise de parole des usagers ». La première d'entre elles est celle visant à renforcer le droit des usagers en imposant la présence de leurs représentants dans différents lieux de pouvoir. La constitution des Agences Régionales de Santé et le mode de gouvernance choisi par le législateur illustrent cette orientation. Les personnes âgées, parmi d'autres catégories d'usagers, se sont vu reconnaître une place non négligeable dans le système de représentation sanitaire et social. Une telle perspective a été largement facilitée par l'émergence

d'une « démocratie sanitaire » en France depuis quelques années qui a permis à des associations d'usagers d'avoir droit de cité dans des institutions jusqu'alors peu sensibles à la parole des patients ou de leurs représentants. Mais comme la littérature sociologique l'a montré, l'émergence de la démocratie sanitaire est dépendante de la capacité des profanes à se doter de ressources d'expertise pour que leur parole soit audible par leurs interlocuteurs. Or, il n'est pas certain qu'un tel modèle soit viable dans le secteur des retraités et personnes âgées qui ne disposent pas, à l'heure actuelle, des ressources suffisantes pour pouvoir influencer efficacement sur les lieux de pouvoir ou de décision. Il serait certes possible de promouvoir une professionnalisation – au sens d'une spécialisation et d'une technicisation – de la représentation des retraités, mais cela pourrait accroître encore plus le fossé entre cette élite dotée d'une forte expertise et l'immense majorité de la population âgée qui est nombreuse, mais peu organisée.

Quant au renforcement de la représentation des personnes âgées au niveau des établissements et des services, elle constituerait une autre voie possible plus proche des problématiques locales. Là aussi, le secteur sanitaire apparaît précurseur avec la généralisation des Commissions de la relation avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (les CRUQPEC) qui assurent une représentation des personnes aidées et de leur entourage par le biais d'associations agréées. Dans le droit fil de ce que la loi dite HPST a institué au niveau régional, il serait envisageable d'inclure le point de vue des usagers dans des dispositifs institutionnels de concertation au niveau des établissements et services, voire plus globalement au niveau des organismes prestataires. Néanmoins, il n'est pas certain que ce qui fonctionne dans le secteur sanitaire soit applicable de la même façon dans le domaine gériatrique. Le vieillissement de la population aidée limite en effet la possibilité de généraliser un dispositif de représentation, comme en témoignent les bilans de fonctionnement très modestes des Conseils de la vie sociale. L'alternative serait d'introduire des familles pour représenter les personnes âgées, mais le risque est que leur point de vue soit loin d'être concordant avec celui de leur parent âgé.

Des démarches qualité privilégiant la prise en compte de la parole de l'utilisateur-client

Ces difficultés contribuent à expliquer qu'existe un autre modèle de prise en compte de la parole des usagers. Ce second modèle de référence ne se situe pas sur le même registre, mais il connaît un succès grandissant. C'est le recueil systématique de la parole individuelle à travers des démarches d'enquête de satisfaction ou d'enregistrement des plaintes. Il est relativement aisé à mettre en place et permet potentiellement de prendre en compte la parole de l'ensemble des usagers d'un service. Certes, le vieillissement de la population constitue également une difficulté, mais qui peut être

contournée grâce au rôle joué par le personnel de proximité qui peut, dans une certaine mesure, faciliter cette expression individuelle.

Un tel modèle de prise en compte de la parole s'est généralisé en quelques années sous l'influence de la politique de modernisation et de professionnalisation de l'aide à domicile, ainsi que de l'accroissement de la logique concurrentielle liée à la libéralisation du secteur des services aux personnes. Il n'est cependant pas neutre quant au type d'usager qu'il contribue à construire : l'usager des services à domicile s'apparente ainsi de plus en plus à un client ou à un consommateur. Autrement dit, le secteur de l'aide à domicile tend à devenir un marché au sein duquel l'usager est placé en situation de choix. Dans ce cadre, la prise en compte de la parole du client/consommateur apparaît comme le meilleur moyen d'améliorer la qualité des prestations. C'est pourquoi, indépendamment des contraintes imposées par le législateur en termes de qualité, les organismes prestataires ont tendance eux-mêmes à s'engouffrer dans cette dynamique et à faire du recueil de parole un élément clé du management organisationnel. Cette situation a été clairement identifiée par Albert Hirschman dans son analyse des « marchés ouverts » : si le client/consommateur a l'impression que sa voix n'est pas entendue, il risque de faire défection pour trouver un autre prestataire capable de lui apporter une meilleure satisfaction ; d'où les stratégies déployées par les opérateurs pour prendre en compte la parole de leurs « clients ».

Par conséquent, à partir du moment où les conditions sont réunies pour qu'un « marché ouvert » s'instaure, un tel modèle de prise en compte de la parole de l'usager est plus facilement opérationnel que le modèle précédent fondé sur des mécanismes de représentation. En effet, selon les lois du marché, producteurs et consommateurs ont intérêt à collaborer pour éviter les situations de défection. Ce faisant, dans une telle perspective, l'usager n'existe qu'en tant qu'individu s'exprimant en son nom propre. Le recueil généralisé de l'avis des utilisateurs de services évite d'instituer des logiques de représentation, mais il n'induit cependant ni une expression collective, ni une dynamique participative. Comme l'a développé la sociologie critique des enquêtes quantitatives, le fait de considérer le point de vue de chaque individu pris isolément ne permet de construire une opinion que par l'agrégation de réponses individuelles qui n'ont pourtant pas forcément, chacune, le même sens. Le recueil individuel de la parole est donc insuffisant pour construire un espace délibératif. Non seulement il inscrit l'expression des usagers sur le registre de la simple photographie, mais en plus, en orientant cette expression sur des problèmes organisationnels, il contribue à la dépolitisation de la contestation. En effet, l'expression individuelle est canalisée par les outils construits par les professionnels. Paradoxalement, alors que les techniques de management de la qualité visent à mettre le client au centre du dispositif (ou du marché), son expression est en réalité restreinte car il

est placé dans une interaction dont il n'est pas maître. Les outils qui servent à prendre en compte cette parole sont prédéfinis par les professionnels et par l'utilisation qu'ils souhaitent en faire. C'est d'ailleurs une des raisons qui explique le relatif faible nombre de plaintes récoltées ou les taux de satisfaction importants recueillis lors des enquêtes quels que soient les organismes.

Des obstacles à une meilleure prise en compte de la parole des personnes âgées

Ces deux modèles dominants de prise en compte de la parole des personnes âgées s'avérant insuffisants, il nous a semblé que d'autres voies devaient être creusées. Celles-ci sont plus complexes à identifier car il existe de nombreux obstacles. Le premier d'entre eux est lié au fait que les relations de proximité que les élus locaux – comme les professionnels de la gérontologie – entretiennent avec les personnes âgées font qu'ils ne ressentent pas nécessairement le besoin de formaliser des lieux d'expression *ad hoc*. Par leur fréquentation au quotidien, ils semblent connaître les besoins de la population âgée sans avoir à recourir ni à des méthodologies particulières, ni à des espaces de parole ou d'échanges.

Le deuxième obstacle est lié au grand âge d'une partie des personnes âgées aidées à domicile. Malgré quelque velléités d'intégrer les usagers dans leurs instances ou dans leurs actions, les associations se heurtent à divers problèmes (de santé, de mobilité...) qui limitent leurs ambitions démocratiques. Cet obstacle est renforcé par une représentation dominante dans le secteur qui dissocie clairement deux publics : l'un constitué de jeunes retraités suffisamment valides pour être autonomes et participer à la vie sociale, l'autre constitué de personnes âgées fragiles ou dépendantes, moins mobiles et plus isolées, qu'il convient d'aider. Cette représentation binaire de la vieillesse renvoie la prise en compte de la parole des plus dépendants sur une logique de réponse médico-sociale par des acteurs spécialisés. Quant à l'autre partie de la population âgée, elle apparaît suffisamment autonome pour prendre la parole sans avoir besoin de lieux institués.

Il a résulté de cette approche des besoins des personnes âgées – plus que de leur parole, une politique dite du troisième âge – qui a fait de ce public captif une cible de l'action sociale gérontologique. Les communes, à travers l'action de leur CCAS, ont été particulièrement à la pointe de cette politique qui nécessitait d'avoir un personnel spécialisé capable d'apporter des réponses à des personnes âgées à revenus modestes peu enclines à la prise de parole et à la revendication. Ce n'est donc pas un hasard si ce sont surtout les villes, où sont concentrés beaucoup de professionnels concernés par la prise en charge des personnes âgées, qui ont historiquement développé une politique d'action sociale, avant que les conseils généraux n'aient une compétence plus axée sur le médico-social et la prise en charge de la dépendance. Dans les deux cas, s'est forgée une action

gérontologique reposant sur le savoir-faire de professionnels, qui a contribué à construire une dépendance sociale du public cible.

Comment associer, dans une société vieillissante, une population âgée au profil hétérogène ?

L'observation des différentes pratiques et initiatives prises en divers points du département de la Drôme nous amène, pour répondre à cette question, à envisager deux perspectives situées entre, d'un côté, la logique représentative collective, et de l'autre côté, la participation individuelle à la définition des besoins.

La première d'entre elle consiste à favoriser une expression indirecte de la parole des personnes âgées. L'adjectif « indirecte » vise à qualifier les situations où les personnes âgées sont en position de faire entendre leur voix, sans toutefois que cette expression ne soit canalisée par des logiques professionnelles de type « besoin-réponse ». Autrement dit, pour faire référence à la typologie présentée dans la première partie du rapport, il s'agit de privilégier « la parole réflexive » dont les pouvoirs publics et les professionnels peuvent se saisir dès lors où ils sont capables d'entendre ce qui fait sens pour l'action, et non pas seulement ce qui saisissable par les instruments de gestion. Cela suppose alors de sensibiliser les professionnels à l'écoute des personnes âgées. En effet, les contraintes liées aux normes professionnelles et administratives ont tendance à induire une interaction qui se fait au détriment de la parole de la personne âgée. Il convient donc de créer les conditions pour que les personnes très âgées puissent être entendues, même quand elles ne sont plus en mesure de s'exprimer, sous-entendu lorsqu'elles ne sont plus en mesure de répondre aux questions des professionnels. C'est par exemple la voie qu'a choisie le conseil général de la Drôme pour que les professionnels soient attentifs aux situations de maltraitance envers les personnes vulnérables. Et plus globalement, ce sont toutes les formations visant à se saisir de ce qui fait sens pour ceux qui ne disposent pas des ressources pour « prendre la parole ».

Au-delà d'une telle prise en compte « indirecte » de la parole individuelle des personnes âgées, nous avons repéré plusieurs initiatives où, collectivement, la population vieillissante était en mesure de faire entendre sa voix. Il s'agit moins d'espaces institués de représentation des intérêts des personnes âgées ou d'expression individuelle des usagers que de la tentative de faire émerger une citoyenneté par le bas des personnes vieillissantes. Nous avons cependant identifié que plusieurs conditions étaient nécessaires, à savoir :

- une approche endogène du vieillissement, qui se distingue d'une approche traditionnelle par public-cible ;
- l'existence de lieux relativement vierges en termes d'action gérontologique (milieu rural, intercommunalités), qui se distingue de lieux au sein desquels les professionnels médico-sociaux ont une position prédominante ;
- un travail en réseau favorisant la mutualisation des moyens et la triangulation entre élus, habitants et professionnels, qui se distingue d'une approche cloisonnée et institutionnelle.

Il résulte de ces différents éléments une capacité des personnes vieillissantes à influencer sur l'organisation même de la société dans laquelle elles vivent. En abordant la problématique du vieillissement de manière transversale, une telle prise en compte de la parole des personnes vieillissantes contribue à atténuer la coupure existant entre une politique de prévention et de lien social et une politique de dépendance ; la première interagit sur la seconde en faisant évoluer les représentations sociales liées à l'âge. A l'inverse, penser le vieillissement en termes de dépendances et d'incapacités ne permet guère de prendre en compte la parole sans prendre le risque de l'instrumentaliser.

Bibliographie

- ARGOUD D., PUIJALON B. (1999), *La parole des vieux. Enjeux, analyse, pratiques*, Paris, Dunod.
- ARGOUD (Dominique), « Les retraités forment-ils un groupe d'intérêt ? », p.56-67, in Réseau de consultants en gérontologie, *Regards croisés sur l'intérêt de la vieillesse*, Les cahiers n°3, 2001, 86 p.
- ARGOUD (Dominique), « La voix des retraités : entre représentation et participation », p.307-323, in LEGRAND (Monique) (dir.), *La retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville, Erès, Pratiques du champ social, 2001, 350 p.
- ARGOUD D. (2002), « L'intérêt des retraités : de la défense des droits à la recherche de citoyenneté », p.110-120, in VIRIOT-DURANDAL J.-P. (dir.), *Le pouvoir gris ?*, Les Cahiers de la FIAPA, vol. 1, n°2, décembre 2002.
- ARGOUD D. (2006) « Une politique du vieillissement à inventer », p.275-281, in DUMONT G.-F. (dir.), *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Paris, Ellipses.
- ARGOUD D., CHAZELLE M. (2011), « L'approche territoriale du vieillissement dans le CLIC du Diois : sur les chemins de la créativité », *Le sociographe*, n°35, mai, p.33-43.
- ASTIER I. (2007), *Les nouvelles règles du social*, Paris, PUF, collection « Le lien social ».
- BARBE L. (2006), *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social*, Paris, La Découverte, 2006.
- BARREYRE J.-Y., FIACRE P., PEINTRE C. (2010), *Les conseils territoriaux des personnes handicapées : naissance d'une instance de délibération ?* Rapport de recherche du CEDIAS-CREAH Ile de France pour le compte du Conseil régional d'Ile de France, juillet.
- BONNET M. (2001), *Vivre âgé à domicile : entre autonomie et dépendance*, Paris, L'Harmattan.
- BOUQUET B., DRAPERI J.-F., JAEGER M. (2009), *Penser la participation en économie sociale et médico-social*, Paris, Dunod.
- CARADEC V. (2001), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan Université, collection 128.
- CHAUVIÈRE M., GODBOUT J.-T. (2000), *Les usagers entre marché et citoyenneté*, Paris, L'Harmattan, Coll. Logiques sociales.
- CHAUVIN K., DONNIO I. (2003), « Confrontation de deux logiques dans le champ de l'aide et du soin : celle des usagers et celle des professionnels », *Gérontologie et Société*, n°104, p. 171-193.
- CHAUVIÈRE M. (2000), « Les usagers, ambiguïtés d'un nouveau paradigme pour l'action sociale », in HUMBERT C., *op. cit.*, p.17-43.
- CHAUVIÈRE M., GODBOUT J., dir. (1992), *Les usagers entre marché et citoyenneté*, Paris, L'Harmattan.
- CHAUVIÈRE M (2010), *Trop de gestion tue le social. Essai sur une discrète chalandisation*, Paris, La Découverte (1^{ère} édition : 2007)
- CHAZAL J., SCHEIDEGGER S., dir. (2011), « La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches », *Dossiers Solidarité et Santé*, n°18.
- CLEIRPPA (1997), *Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse*, Rapport du groupe de travail.

- COUR DES COMPTES (2005), *Les personnes âgées dépendantes*, Rapport au président de la république. Novembre.
- CRESSON G., SCHWEYER F.-X., dir. (2000), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions ENSP.
- DUMONT G.-F. (2006) (dir.), *Les territoires face au vieillissement en France et en Europe*, Paris, Ellipses, 2006.
- EHRENBERG A. (1995), *L'individu incertain*, Paris, Calmann-Lévy.
- ENJOLRAS B. (1995), *Le marché providence. Aide à domicile, politique sociale et création d'emplois*, Paris, Desclée de Brouwer.
- ENNUYER B. (2002), *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Dunod.
- FIAPA (2002), *Le pouvoir gris ? Tome 1 : pouvoir et influence politique*, Paris, Les Cahiers de la FIAPA, décembre.
- FRINAULT T. (2005 a), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, vol. 18, n°72, p.11-31
- FRINAULT T. (2005 b), « Des procédures automatiques aux nouveaux modes de gestion individualisée : les recompositions de l'action gérontologique départementale ». *Revue Française des Affaires Sociales*, n°3, juillet-septembre 2005, p. 33-54.
- GAULEJAC V. de (2009), *La société malade de la gestion. Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil, Coll. Points économie (1^{ère} édition : 2005)
- GERONTOLOGIE ET SOCIETE (2003), *Paroles de vieux*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, n°106, septembre.
- GERONTOLOGIE ET SOCIETE (2005), *Droit des usagers*, Paris, Fondation nationale de gérontologie, n°115, décembre.
- GOFFMAN E. (1991), *Les cadres de l'expérience*, Paris, édition de Minuit, « Le sens commun » (1^{ère} édition : 1974)
- GONTCHAROFF G. (2009), *Dix territoires d'hier et d'aujourd'hui pour mieux comprendre le développement local*, Paris, ADELS.
- GUCHER C., dir. (2001), *Retraite et citoyenneté. Actualité d'une question paradoxale*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- GUILLEMARD A.-M. (1986), *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, PUF.
- HIRSCHMAN A. (1995), *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard, coll. L'espace du politique (traduction française de *Exit, Voice, and Loyalty : Responses to Decline in Firms. Organizations and States*, Havard University, 1970).
- HUMBERT C. (2000), dir., *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?*, Paris, L'Harmattan, coll. Savoir et Formation.
- JANVIER R., MATHO Y. (2004), *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, 3^e édition.
- JEANNOT G. (2010), « La fatigue d'être client », *Informations sociales*, n°158, mars-avril, p.34-41.
- JOBERT B., MÜLLER P. (1987), *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, P.U.F.
- LASCOUMES P., Le GALES P. (2005), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de sciences po.
- LAVILLE J.-L., NYSSSENS M. (2001), *Les services sociaux entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, La Découverte.

- LE GOFF J.-P. (2000), *Les illusions du management. Pour le retour du bon sens*, Paris, la Découverte.
- LEGROS M. (2010), « Le médico-social, une nouvelle frontière pour l'évaluation participative ? », *Informations sociales*, n°158, mars-avril, p.52-58.
- LUQUET V. (1996), « Réflexions sur les Conseils de sages en France », *Années-Documents-Cleirppa*, n°241, novembre 1996, p.11-14.
- MEHL D. (2003), *La bonne parole. Quand les psys plaident dans les médias*, Paris, éditions de la Martinière.
- MIRE-PLAN URBAIN (1991), *Services urbains et personnes âgées dépendantes*, Paris, MiRe-Plan urbain, rapport final.
- MOLINIER P. (2010), « Soignants et famille en gériatrie : un même patient, deux façons différentes de concevoir le travail de care », *Hors série Cleirppa*, Actes du colloque sur le care du 18 juin 2009, avril, p.15-22.
- NUSBERG C., PRATHER J., THURSZ D. (1995), *Empowering Older People. An International Approach*, Londres, Cassel, International Federation of Ageing.
- PELLETIER C. (2005), *Démarche qualité et services aux personnes à domicile*, Paris, Dunod.
- TERRITOIRES (2009), dossier « 2010-2050 : les territoires face aux défis de l'âge », n°498, mai.
- THOMAS H. (2007), « La promotion de la citoyenneté sociale et politique », *Gérontologie et Société*, n°120, mars, p.99-108.
- VIRIOT DURANDAL J.-P. (2003), *Le pouvoir gris. Sociologie des groupes de pression des retraités*, Paris, P.U.F.
- VIRIOT DURANDAL J.-P. (2007), « Le lobby gris aux Etats-Unis : un acteur polymorphe. Nouvelles perspectives sur les groupes de pression de retraités », *Gérontologie et Société*, n°120, mars, p.167-185.
- VRANCKEN D. (2002), « Quand le pouvoir gris n'est qu'un mot.... De l'ensemble au groupe en passant par l'identité », p.61-72, in VIRIOT-DURANDAL J.-P. (dir.), *Le pouvoir gris ?*, Les Cahiers de la FIAPA, vol. 1, n°2, décembre 2002.
- WARIN P., dir. (1997), *Quelle modernisation des services publics ? Les usagers au cœur des réformes*, Paris, La Découverte, coll. Recherches.
- WARIN P. (2006), *L'accès aux droits sociaux*, Grenoble, Presses Universitaires Grenobloises.