

# Vivre et vieillir à domicile, entre risques vitaux et menaces existentielles

## **Catherine PIGUET**

Docteure en sciences de l'éducation, Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense ;  
Docteure en santé publique, Université catholique de Louvain ;

Professeure agrégée, Institut et Haute École de la Santé La Source

## **Marion DROZ MENDELZWEIG**

Docteure en anthropologie, Université Lausanne ; Professeure HES-SO ordinaire – Institut  
et Haute École de la Santé La Source

## **Maria Grazia BEDIN**

Master in Nursing Science, Université Laval Québec ; Professeure Associée HES-SO –  
Institut et Haute École de la Santé La Source

**Résumé** – *Vivre seule avec d'importantes limites fonctionnelles amène la personne âgée à s'organiser – pratiquement et mentalement – pour se ménager une vie quotidienne en accord avec ses souhaits. Les efforts sont continus, autant pour juguler la douleur physique que pour faire face à la solitude et à la finitude.*

*Cet article s'appuie sur 20 entretiens menés avec des personnes de plus de 80 ans domiciliées dans le canton de Vaud (Suisse) et bénéficiant des services d'aide et de soins à domicile. Les situations concrètes donnent à voir ce que l'« habiter et vieillir » seule à domicile suppose de ressources fonctionnelles et d'astuces, de stratégies pratiques et de raisonnements intimes. En filigrane, les récits évoquent la solitude et l'intégration de la finitude. Les considérations développées sont abordées sous deux angles : la vie qui se déploie entre ses « quatre murs », et habiter son environnement « hors de ses murs ». Nous posons une distinction entre risques vitaux et menaces existentielles et observons que la prévention des premiers est subordonnée au souci de maintenir à l'écart les secondes.*

*La démarche d'enquête inspirée de l'« entretien d'explicitation » ouvre des perspectives de renouvellement du regard pour les soins et l'aide à domicile.*

**Mots clés** – *personnes âgées, habitat, risques, entretien d'explicitation, soins à domicile, finitude*

**Abstract – Live and age in place between vital risks and existential threats**

Living alone with important functional disabilities boosts older people to organize themselves, both mentally and practically so as to lead their daily lives in accordance with their wishes. This requires continuous efforts to curb physical pain as well as experiencing loneliness and finiteness. This paper draws on 20 interviews involving persons aged 80 and over, living in the Canton of Vaud (Switzerland) and receiving homecare services. The concrete situations bring forth what « living and ageing » alone at home implies in terms of resources, all the subtle means, practical strategies and intimate reasoning these people use to maintain a satisfactory life balance. The collected stories evoke loneliness and the conceptual apprehension of finiteness. The latter is considered along two complementary and simultaneous lines: living one's life within « the four walls », and living in an environment « beyond its walls ». We perceive a distinction between vital risks and existential threats and we observe that the prevention of the former can only be done if the latter is kept at bay.

The innovative approach of an « explicitation interview » used in this research offers renewal prospects for home care.

**Keywords** – elderly persons, dwelling, risk, explicitation interview, homecare, finiteness

## Introduction

Demeurer chez soi dans le grand âge correspond à la fois au désir de nombre de personnes âgées et à la réalité démographique. En Suisse romande et dans le Canton de Vaud en particulier où l'étude a été menée, les pouvoirs publics investissent massivement depuis la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle dans une politique de maintien à domicile. Selon des modalités d'application variées, une tendance identique se retrouve dans d'autres pays européens. Si la motivation sous-jacente à cette politique pour le grand vieillissement est d'ordre financier, il n'est pas contesté que ce soit également le désir de la majorité des personnes âgées (Cavalli, 2012). Ce grand vieillissement à domicile produit des manières singulières d'allier les exigences de la vie quotidienne aux ressources propres.

Cet article vise à illustrer ces situations en portant la focale sur ce qui préside au choix des personnes dans la gestion des risques qu'elles-mêmes perçoivent comme susceptibles d'affecter leurs activités quotidiennes et leur qualité de vie. Il s'appuie sur les données d'une étude réalisée entre 2013 et 2015 dans le cadre de la Haute École de la Santé La Source<sup>1</sup> avec le soutien de la Fondation Leenaards<sup>2</sup> en collaboration avec le service d'aide et de soins à domicile du canton de Vaud (CH)<sup>3</sup> auprès de personnes âgées de plus de 80 ans vivant seules à domicile (Piguet, Droz-Mendelzweig et Bedin, 2015).

## 1. Vivre seul(e) à domicile au-delà de 80 ans

Cette première partie précise la notion de risque pour la personne âgée à domicile telle qu'abordée dans cette étude ainsi que l'angle d'approche adopté.

### 1.1 Le domicile : un lieu à risques

Le déclin fonctionnel lié à l'âge place la personne âgée devant de multiples obstacles lors des activités les plus ordinaires de la vie quotidienne : se lever, s'habiller, préparer son petit-déjeuner, chercher son courrier, faire sa lessive ou ses achats. Les chutes constituent la cause la plus répandue d'hospitalisation, souvent suivie de perte d'indépendance, de perte d'autonomie et d'institutionnalisation (Observatoire suisse de la santé, 2015). À domicile, l'ensemble de l'espace se restreint progressivement et retranche la personne au sein de son logement. Cet « âge des incapacités » (Stiker, 2015) ne signifie pas nécessairement isolement social, comme les récits recueillis en témoignent et comme le relèvent certaines études sociales sur le vieillissement (Clément, Mantovani et Membrado, 2010). Néanmoins la capacité des sujets à demeurer seuls durablement demande des efforts considérables de leur part (Talpin, 2016). L'entourage familial et les visites

<sup>1</sup> <http://www.ecolelasource.ch/>

<sup>2</sup> <http://www.leenaards.ch/>

<sup>3</sup> <http://www.avasad.ch/>

des professionnels de l'aide et des soins à domicile n'entrent qu'en partie dans ce qui nourrit la vie en solitaire à domicile dans le grand âge.

Le risque – compris au sens pratique, physique mais aussi de la santé mentale – occupe un espace considérable des efforts déployés par chacune des personnes âgées interrogées pour leur maintien à domicile. Du fait de son omniprésence, la prévention des risques apparaît comme l'enjeu le plus important de leur vie quotidienne. La gestion de ces derniers en vue de leur évitement devient l'affaire de très nombreux acteurs, professionnels et proches aidants.

Objectiver les risques pour y parer sous-tend nombre de présupposés problématiques. La perception que la personne âgée vivant à domicile se forge des risques n'est pas forcément convergente avec celle du professionnel de l'aide et des soins à domicile ni avec celle du proche-aidant (Chappuis *et al.*, 2012). Ainsi que le montre le sociologue Patrick Peretti-Wattel (2001), la notion de perception s'applique mal au risque étant donné qu'elle suppose un rapport immédiat à l'objet. Or, étant de l'ordre d'un futur possible, le risque ne peut être une réalité tangible et encore moins partagée, il est de ce fait davantage un objet de représentation que de perception. Celle que se fait l'aidant intervenant au domicile de la personne âgée ne peut que différer de la représentation intime qu'en a la personne âgée, comme l'ont montré Françoise Le Borgne-Uguen et Simone Pennec (2002). Ceci explique les résistances des personnes âgées, bien connues des professionnels de l'aide et des soins à domicile, aux réaménagements de leur logement introduits en vue d'écarter les risques manifestes. Si la résistance opposée par la personne âgée ne relève pas d'un déficit cognitif, comme elle est parfois attribuée trop vite et à tort par les proches aidants, à quelle logique répond-elle ?

Par souci de pertinence des interventions professionnelles d'aide et de soins à domicile, il importe de se pencher sur la question.

## 1.2 Saisir le sens du risque tel que vu par la personne âgée

L'importance de saisir au plus près le point de vue de la personne âgée elle-même quant à sa manière de gérer les risques auxquelles elle est confrontée dans sa vie quotidienne à domicile nous a conduits à choisir la méthode de l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2000). À distance de l'entretien qualitatif libre ou semi-structuré qui fait appel à un « discours sur » ou « à propos de » en s'intéressant aux perceptions subjectives des interviewés, l'entretien d'explicitation s'inspire de la phénoménologie<sup>4</sup> et s'intéresse au vécu de l'expérience. Il constitue « un dispositif de collecte de données qui permet l'accès à une description fine des détails du vécu de l'action » (Guillemette et Lapointe, 2010). Cette méthode consiste à guider la personne interviewée vers l'explicitation du fil d'une de ses actions quotidiennes permettant ainsi de faire émerger des détails considérés comme inaccessibles par d'autres approches (Martinez, 1997 ; Vermersch et Maurel, 1997).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons pu réunir un échantillon de convenance composé de 20 personnes de plus de 80 ans vivant seules à domicile,

<sup>4</sup> Courant de pensée inauguré par Edmund Husserl qui concerne l'« étude descriptive d'un phénomène ou d'un ensemble de phénomènes tels qu'ils sont donnés dans l'expérience » (Morfaux, 1999).

clientèles des services de deux des sept associations d'aide et de soins à domicile que compte le canton de Vaud (CH). Chacune de ces deux associations – une active en milieu rural, l'autre en milieu urbain – nous a signalé 10 personnes, respectivement 6 femmes et 4 hommes, concordant avec nos critères de sélection<sup>5</sup> : l'exclusion de troubles cognitifs, l'habitat en solitaire à domicile depuis une année au moins, le recours aux services d'aide et de soins à domicile. La demande d'accord de principe des personnes pour un entretien chez elles avec une des chercheuses a été présentée par l'association d'aide et de soins. Cela a été reconfirmé par les chercheuses au moment de la prise de rendez-vous et une dernière fois avant de débiter l'entretien, ainsi que l'autorisation d'enregistrer l'entretien.

Une des répondantes vivait dans son domicile depuis toujours (89 ans), une autre avait emménagé depuis peu (2 ans) dans un espace plus petit suite à la vente de sa maison, les autres habitent leur logement depuis plus de 10 ans. Toutes les personnes rencontrées sont sujettes à un titre ou un autre à des limitations fonctionnelles (douleurs, cécité, difficultés de déplacement, d'audition), dont certaines très lourdes : deux d'entre elles souffrent d'une double amputation, une personne est atteinte d'une myopathie très avancée, toutes ont une aide pour leur déplacement qui va de la canne à la chaise roulante en passant par le déambulateur.

Nous avons invité chacune d'elles à choisir une situation vécue récemment qu'elle considère à risque ou qui nécessite une attention particulière de sa part. Ce point de départ de l'entretien a permis, au travers d'un « questionnement de relance » et de reformulation, de comprendre les détails du vécu de l'expérience de la personne âgée.

## 2. Exister dans son environnement au jour le jour

Cette seconde partie clarifie d'abord la nature des risques qui se dégagent de l'étude et permet ensuite d'explorer ce qu'habiter à domicile signifie pour la personne âgée en suivant deux axes : habiter seul chez soi « entre ses quatre murs » et habiter son environnement « hors de ses murs ». Complémentaires et simultanés, ceux-ci donnent à voir des stratégies fines et adaptées à la singularité de la situation de chacune des personnes âgées.

### 2.1 La double nature du risque

Lorsqu'on s'attache à faire préciser ce qui guide l'action et ses différentes séquences, trois dimensions inter reliées se dégagent du déroulement du « fil de l'action ». Elles soulignent le besoin impératif de préserver son autonomie, sa continuité biographique et sa dignité telle que la personne âgée se la représente.

La dimension d'autonomie consiste à préserver son autodétermination, son espace de décision au cœur de sa vie quotidienne, y compris, au besoin, la délégation de celle-ci.

<sup>5</sup> À noter que 21 personnes âgées ont été rencontrées. L'entretien de l'une d'entre elles a dû être écarté pour une raison de problème cognitif.

En témoigne le récit de cette dame qui, après une fracture du bras suite à une chute hors de chez elle, n'est pas restée passive malgré son immobilisation. Elle narre l'observation suivie de l'évolution de l'œdème de ses jambes, de l'apparition de vertiges qu'elle attribue à l'introduction d'un nouveau médicament dans son semainier. Le récit du dialogue – mental ou réel – qu'elle engage avec son médecin au sujet de sa médication est révélateur de l'affirmation de son autonomie au cœur de sa dépendance physique (Piguet, 2009).

Même lorsque, acculée à son incapacité à agir, la personne délègue une action, elle en conserve le contrôle, la gestion et la réalisation conformément à ce qu'elle aurait fait si elle avait été en pleine capacité de ses moyens (Henderson, 1969).

La dimension identitaire permet de continuer à être soi-même dans le changement, en particulier ici dans le cadre du rétrécissement de son espace. En témoigne l'exemple de cette dame qui, un peu anxieuse face à l'entretien annoncé et dans l'attente de celui-ci, monte sur un tabouret pour nettoyer ses fenêtres :

*« Il faut dire j'avais cette maladie déjà jeune. Si jamais... je nettoie les fenêtres [rire]. C'était un peu mes habitudes aussi<sup>6</sup>. »*

Deux logiques argumentaires soutiennent de manière récurrente la justification des actions entreprises : d'une part la cohérence avec ce que ces personnes disent avoir fait de tout temps, d'autre part la concordance avec leur propre vision de leur dignité humaine. En guise d'illustration, ce monsieur, perclus de douleur, qui estime pourtant indispensable de faire lui-même sa lessive puis son repassage :

*« Je mets sur la table, je mets une couverture avec un drap puis je repasse dessus. Comme je vous ai dit à la vieille mode ! Et puis bon ben, la dernière fois c'était dur, il faut rester debout, à repasser, j'en ai fait une et puis je me suis assis après chaque chemise. »*

Plus tard, il livre la raison de cette tâche à laquelle il s'astreint, indiquant le rapport de force engagé entre ses risques physiques et sa dignité :

*« Ah parce que ça fait longtemps que ça attendait [la lessive]. Je savais qu'il fallait. Personne ne me l'a dit mais je sais très bien que... J'ai un copain, ils m'ont dit ah ben on va le trouver de temps en temps, mais il est sale !!! Il a la chemise qui tient toute seule en haut... On va à 9 h le matin et on le trouve assis devant sa table avec un verre puis une bouteille... J'ai dit alors ça c'est quelque chose que je ne voudrais pas. »*

Cette comparaison le mobilise dans des actions qui contribuent à maintenir son estime de soi (Caradec et Martuccelli, 2004).

Les narrations recueillies montrent que la personne âgée donne à l'absence de réponse à l'un ou l'autre de ces besoins valeur de menace d'ordre existentiel. Dans son raisonnement, la parade aux menaces existentielles est la première motivation, le moteur à l'origine desquelles des actions sont entreprises. Certes, ces actions comportent des risques tels que la chute, l'augmentation de douleurs, la détérioration globale de l'état de santé. C'est en toute conscience que ces prises de risque se font en vue d'éviter une menace plus grande et d'une autre nature : la menace existentielle, celle de la perte de soi, de la perte de son existence et du sens qui lui est donné par chacun. Les personnes ne cessent de fait de « manœuvrer » entre menace existentielle et risque vital.

<sup>6</sup> Les formules autochtones ont été respectées telles quelles.

## 2.2 Habiter seul(e) chez soi « entre ses quatre murs »

Que l'habitat soit grand (5 pièces) ou plutôt exigu (1 pièce), qu'il s'agisse d'un appartement dans un immeuble ou d'une maison individuelle, toutes les personnes âgées rencontrées éprouvent des difficultés à satisfaire leurs besoins biologiques en raison de leurs différents niveaux d'incapacité fonctionnelle : corporel, personnel et/ou social<sup>7</sup>. Leur accumulation oriente progressivement la personne âgée vers la prévalence d'une vie dirigée de l'intérieur (Roger L. Gould cité par Renée Houde, 1999) où l'écoute de soi semble alors se densifier, s'affiner, s'ajuster face à cette vie qui se contracte (Carl Gustav Jung cité par Renée Houde, 1999), amenant la personne âgée à prendre soin d'elle-même dans son processus de vieillissement.

Au cœur du quotidien de la personne âgée, ce prendre soin est guidé par une gestion fine de la prise en compte des risques vitaux face à la menace existentielle. Bravant les risques vitaux qui leur demanderaient de renoncer à la maîtrise de leur vie selon leur identité et leurs valeurs, les personnes âgées organisent minutieusement leurs moindres faits et gestes visant le maintien de leur mode de vie.

### 2.2.1 L'organisation minutieuse de son espace et de son temps

Les récits recueillis montrent que rien n'est laissé au hasard dans l'organisation de l'espace habité, corroborant ainsi les travaux de Françoise Le Borgne et Simone Pennec (2002). Les objets (chaises roulantes, fauteuils, tabourets, cannes, déambulateurs...) n'encombrent pas l'espace du logement au hasard mais sont placés selon leur utilisation en fonction des handicaps et des ressources respectifs. Les agencements, calculés parfois au millimètre près, sont pensés de manière à pouvoir prendre appui, se vêtir, se rééquilibrer, se reposer sur le chemin d'une pièce à une autre. La volonté de contrôle est explicite. Il ressort que les moindres détails sont pensés et anticipés par la personne âgée :

*« Oui toujours ! Il faut que je puisse le tenir [le déambulateur], je m'organise pour le mettre à côté de la table pour que je puisse l'atteindre. Tout ce que je fais, à la salle de bains, dans ma chambre, il faut que je puisse l'atteindre, surtout que je n'ai pas beaucoup d'extension avec les bras. »*

Nous observons non pas une sous-estimation du handicap, mais au contraire une très forte conscience de sa présence et un dialogue permanent avec celui-ci. Patienter – jusqu'à ce que la douleur s'apaise, jusqu'à ce que la température se radoucisse – ou entreprendre – placer un meuble, le contourner, s'y appuyer – relèvent d'une mise au défi de la déficience en vue de conserver son indépendance. L'intervention du service d'aide se limitant à deux passages par jour au maximum (matin et soir), la personne âgée doit pouvoir dans l'intervalle subvenir à ses besoins, soit 22 heures sur 24.

*« Alors tout est calculé je vous dis. C'est presque une [pièce d'] horlogerie ! Je dis des fois ma vie c'est un peu comme le théâtre. Il y a scène 1, il y a l'acte 1, tout ça qui se déroule. »*

<sup>7</sup> Rappelons que, selon l'analyse des classifications du handicap faite par le théoricien du handicap Henri-Jacques Stiker (2009), lorsqu'il y a entrave sur l'un de ces trois plans, ou des trois à la fois, on parle de handicap.

### 2.2.2 Une centration sur soi-même

À l'intérieur de son « chez soi », chacune des personnes âgées, à sa manière, est centrée sur elle, sur ce qui lui est nécessaire ici et maintenant et sur la réponse correspondante.

En filigrane ou de manière explicite et précise, elles relatent le rapport d'attention empreint de bienveillance qu'elles entretiennent avec elles-mêmes au travers de leurs soins quotidiens (se concocter un repas, soigner une brûlure, rendre son intérieur « joli »).

L'attention qu'elles se portent est à voir comme une intégration de la réalité de leur solitude. La personne âgée est seule à pouvoir répondre à ses besoins selon son désir singulier et ses préférences. Il s'agit, pour elle, d'une évolution progressive de sa vision du monde et de soi dans le monde : « Les événements nous aident à accepter qu'il n'y aura jamais aucun pouvoir magique qui saura plier le monde à notre volonté et le rendre conforme à notre désir » (Houde, 1999, p. 198).

Pour autant, il ne s'agit pas d'un repli sur soi. Dans le cours de leurs actions, les personnes sont engagées dans un dialogue avec elles-mêmes pour s'encourager, se récompenser, voire se réprimander :

*« Je travaille dans ces moments-là, vous voyez, je me dis allez, allez, ne rêvasse pas, fais ce que tu as à faire, mes lits, ranger ma cuisine, etc., et puis quand tu auras fini, tu iras lire quelque chose, etc., donc je, j'organise mon temps pour qu'il soit utilisé, pas que j'aie le vague à l'âme vous voyez... »*

Ces dialogues intérieurs témoignent de la complicité que la personne âgée instaure avec elle-même et du regard qu'elle porte sur sa propre situation.

L'attention portée par la personne âgée sur ce qui lui convient le mieux, perceptible dans les propos de chacune, semble se développer en regard d'un quotidien toujours plus hostile et difficile à appréhender. Le dialogue intérieur auquel l'entretien de recherche donne voix semble accompagner un processus d'intégration.

Face à l'accumulation des contraintes, chacun de nos répondants témoigne d'une vigilance singulière de tous les instants, marquée par la souplesse de le faire à partir de soi-même selon ses préférences.

Le travail d'accompagnement de la personne âgée confinée « entre ses quatre murs » doit pouvoir tirer parti de l'observation de la façon dont celle-ci organise et structure son espace et son temps. Savoir repérer sa manière singulière de se centrer sur soi-même peut offrir des voies utiles à l'intervention. Au-delà des évidences et des *a priori*, seules une observation et une écoute attentives de ce que vit la personne âgée à partir de sa propre description de ses activités quotidiennes peuvent guider dans cette voie. Par sa confrontation incessante aux difficultés de sa vie quotidienne, la personne âgée se montre experte de ses difficultés, pour autant qu'on sache l'écouter. Cette expertise, reconnue par des théories de soins telles celle des autosoins (Orem, 1987) et celle du patient expert (Jouet, Las Vergnas et Noël-Hureau, 2014), contribue à l'autonomie du sujet et à son autodétermination. Leur intégration dans des approches de soins commande de situer au premier plan le patient comme expert de sa maladie. Sur le plan théorique et dans leurs intentions, les services de soins à domicile sont raliés à ces



approches ; en pratique la mise en œuvre s'avère difficile et fait souvent défaut du fait du hiatus inévitable entre prévention des risques vitaux et respect de l'autonomie du patient.

## 2.3 Habiter son environnement « hors de ses murs »

L'espace géographique qui se restreint et accentue la contraction de la vie ne fait pas pour autant de la personne âgée une recluse.

Simultanément au soin qu'elle se porte, il importe à la personne âgée de rester en contact avec le monde extérieur. Elle le fait au travers de création ou d'entretien du lien social, au sens des rapports qui préexistent au service marchand ou qui viennent en sus. Elle a à cœur d'associer un service rendu ou reçu avec un lien personnel.

Au travers des très nombreux exemples « hors de ses murs », les personnes décrivent des relations tissées sur le mode du don et du contre-don étudié par l'école maussienne (Godbout, 2000) qui leur permettent d'exister avec et malgré leurs handicaps et leur vulnérabilité.

La sortie « hors de ses murs » fournit également l'occasion de tester sa réserve de vie. Le récit de cette dame de 98 ans qui souhaitait « *une fois encore essayer* » traverser un petit pré pentu plutôt que suivre la route, en revenant du restaurant dans lequel elle avait pris son repas de midi, est exemplaire. La faisabilité de sa hardiesse est vérifiée, au propre et au figuré :

*« En m'approchant de la pente, je me suis posé la question : "Est-ce que tu prends le chemin ou est-ce que tu essaies de nouveau une fois de descendre là ?" Et alors je me suis dit : "Oh c'est sec, je vais de nouveau une fois essayer de descendre par le raccourci"... Je me sentais assez bien pour le faire et il y a des moments où vous vous dites : "Ouh..., tu n'es pas tellement sûre, alors il vaut mieux être sage"... »*

Lorsque les limites fonctionnelles empêchent la sortie hors de « ses quatre murs », la personne s'arrange pour « amener le monde » chez elle. La vie « hors de ses murs » à la rencontre du monde est ainsi envisagée selon deux modalités : faire venir l'ailleurs chez soi et s'organiser pour sortir de chez soi.

### 2.3.1 Faire venir l'ailleurs chez soi

Bien qu'évoqués le plus souvent de manière implicite, la curiosité et l'intérêt pour le monde et son devenir restent présents :

*« On peut s'organiser sa vie et ne pas vivre d'une manière triste. Je suis curieuse de tout, les documentaires, la nature. J'ai besoin de vivre avec l'extérieur, j'ai besoin de savoir ce qui se passe ailleurs, par curiosité humaine, y compris la politique. »*

L'ailleurs est « invité » chez soi de différentes manières qui adoptent souvent un mode ritualisé, par exemple la visite du médecin pour qui on confectionne « *les meilleurs biscuits du monde* », une amie qui passe matin et soir offrir son aide et soutenir le rituel d'une présence sécurisante. Ça peut aussi être le facteur, attendu à heure fixe selon un horaire négocié avec lui afin de « glisser » son passage entre la toilette et la sieste précédant le repas. Le lien peut aussi être indirect comme cet accord passé avec un voisin qui dépose chaque matin son journal quotidien « 24 heures » sur son palier afin d'en faire bénéficier le voisin âgé.

Les stratégies habilement développées par la personne âgée pour entretenir le lien social lorsqu'elle ne peut plus sortir de chez elle indiquent un pouvoir d'agir maintenu alerte. Ce pouvoir prend appui sur l'expérience relationnelle et les ressources. Dans leurs récits, nos répondants se montrent très confiants dans leur capacité à obtenir ce qu'ils souhaitent et dégagent un véritable sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2003).

### 2.3.2 S'organiser pour sortir de chez soi

Les entretiens d'explicitation montrent que les personnes âgées ont le plus souvent planifié les rencontres dans lesquelles elles sont engagées, qu'elles en ont la maîtrise relationnelle ainsi que le choix du niveau d'investissement et du désengagement. Loisirs (échecs, loto) et moments de convivialité (repas, café, messe, promenade) sont certes bénéfiques, ils maintiennent une appartenance sociale, rythment les journées, procurent de la sécurité psychologique, du soutien et un sentiment de bien-être. Ils nécessitent néanmoins un investissement.

Les petits arrangements qui entourent les sorties de chez soi sont indicateurs des efforts qu'elles supposent, de même que les stratégies déployées pour y parvenir : ainsi cette dame qui obtient le service d'une coiffeuse une fois par semaine en face de chez elle pour un prix symbolique, une autre qui dit attendre le retour du printemps pour sortir de chez elle et ce monsieur qui choisit de sortir uniquement les jours où il n'y a pas d'affluence dans les commerces. On observe que la comparaison avec d'autres (un parent, un ami, un voisin), le plus souvent pour s'en démarquer, stimule l'action. Les situations décrites semblent offrir des balises à partir desquelles la personne âgée observe sa propre situation en miroir et la jauge. Elle se considère privilégiée par l'appréciation de ressources encore disponibles que d'autres n'ont plus (Caradec et Martuccelli, 2004).

*« C'est en discutant avec les gens que je me rends compte que... même à la télévision, de temps en temps je vois où il pleut, les gens ont tout perdu. Je dis : ben, ma fille, sois contente, t'es chez toi, t'as rien perdu... »*

Exister dans son environnement au jour le jour au travers d'un va-et-vient entre « habiter seul(e) chez soi entre ses quatre murs » et habiter « hors de ses murs » dévoile un réel travail de développement de soi qu'effectue chacune des personnes âgées rencontrées, un travail d'intégration de ce qu'elle devient et de ce que devient son monde (Houde, 1999).

Le vieillissement comme processus d'adaptation continu au déclin physiologique peut être compris comme une transformation des « prises » de l'individu sur le monde (Caradec, 2008). Ce processus dynamique prend ici l'allure d'un véritable travail d'appropriation de soi-même par la personne âgée au jour le jour au travers d'un combat quotidien pour accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (se lever, manger, se laver)... *in fine* pour exister. Cette progression incessante est perceptible dans le récit de cette dame qui, de compromis en compromis, se résout à se munir d'un déambulateur :

*« Je me mettais sur les bancs avant d'aller à la Coop, parce qu'alors une fois dans la Coop vous ne pouvez pas vous asseoir... Rentrant la même chose, je faisais banc après banc... puis un jour je me suis dit "c'est quand même bête si un jour je ne peux pas aller le plus loin, pas revenir parce que la jambe ne répond plus". Et puis j'ai dit à ma fille : "tu viens avec moi chercher un Rollator [déambulateur]". »*

Les accommodements avec les contraintes de ce corps qui s'amenuise et fait défaut prennent source dans le puissant besoin existentiel de maîtriser sa vie et son tracé selon ses convictions et ses valeurs quoi qu'il advienne et quoi que cela en coûte. La personne le fait grâce à un « ajustement créateur » entre soi et l'autre, par l'appropriation progressive de ses limites, dont celle de sa finitude.

En toile de fond de la gestion de son quotidien, indissociable de celui-ci, évoquée ou non, la perception de sa finitude se fait plus vive. On perçoit une tension entre l'intégration progressive des limites, dont celle de sa propre mort, et cet élan de vie toujours là, qui tient les personnes au cœur de leur vie « chez soi » et pour lequel elles se battent, selon l'expression de Paul Ricœur (2007), pour rester vivantes encore et jusqu'à la mort :

*« L'important, c'est encore d'être là encore, je vis encore, et puis c'est ça qui est important, encore, ben oui, bien sûr [...] d'être là et puis avoir encore la vie, j'espère de vivre encore et puis voilà pas mourir, vivre encore ! [...] Je me rends bien compte, ça c'est clair, pour tout le monde [ce] sera fini un jour, mais pour le moment je suis encore là, et puis le matin quand je me réveille, le matin, la première chose que je pense : je suis encore là ! Bien sûr j'ne suis pas mort. »*

L'expérience de la perte et du deuil devient bien présente. La prise de conscience de la finitude se loge dans l'immédiateté des petites actions : se faire un café, manger un croissant, faire un mot caché, nourrir les petits oiseaux, qui remplissent le quotidien et le densifient.

## Conclusion

Le regard offert par la personne âgée elle-même quant à la manière dont elle vit et vieillit seule chez elle nous invite à envisager quelques perspectives permettant de l'accompagner dans ce difficile équilibre entre menace existentielle et risques vitaux.

En reconnaissant le risque comme construction sociale, la sociologie du risque relève la situation paradoxale qui caractérise la société contemporaine, où l'hy-persensibilité au risque, découlant de l'engendrement de risques de toutes sortes qui accompagne la production des savoirs et des richesses à l'ère moderne, est accompagnée d'une logique assurantielle qui fournit le dispositif de prévention des risques permettant de soutenir cette dynamique (Beck, 2001). Notre étude montre que les personnes fragilisées par l'avancée en âge et la solitude à domicile sont des dignes actrices de cette société du risque, au même titre que les entrepreneurs industriels. Chez les uns comme chez les autres, le lien insécable entre prise de risque et affirmation de soi est perceptible. Toutefois, les acteurs sociaux sont inégaux face au risque. Suivant l'analyse développée par Mary Douglas (1992), le rapport positif à la prise de risque serait propre aux cultures à dominante individualiste. Les personnes âgées rencontrées dans notre étude ne seraient-elles pas l'illustration vivante de cette impulsion de l'individualisme à se montrer « risquophile » ?

La menace existentielle qui les amène à prendre un risque vital, après l'avoir soupesé, stimule chez elles la création de nouvelles ressources, de nouvelles astuces, de nouvelles manières d'agir et soutient la motivation à vivre.

Accompagner avec intelligence, sensibilité et pertinence cette tension entre risques vitaux et menaces existentielles consiste alors à soutenir le processus de transformation que mène inexorablement, avec force et détermination, la personne âgée qui vieillit au cœur de son « chez soi ». Clarifier le hiatus inévitable entre l'encouragement à l'autodétermination des personnes aidées et la prévention des risques vitaux n'apporte pas de solution concrète aux multiples problèmes qui surgissent dans les interventions professionnelles à domicile. Cependant, analyser les situations de soins à cette lumière peut soulager les choix d'interventions.

Dans cette perspective, on pourrait s'inspirer utilement de la théorie du changement de Paul Watzlawick, John Weakland et Richard Fisch (1975), qui décrit deux niveaux de changement<sup>8</sup>. À cette lumière, les résultats de cette étude nous invitent à envisager le cadre des interventions auprès des personnes âgées vivant seules à domicile suivant deux approches :

- une capacité de décentrement afin d'être à même de considérer le point de vue de la personne aidée. Ceci suppose d'envisager le risque sous l'éclairage donné par la personne âgée au cœur même de son quotidien « chez soi », toujours singulier et éloigné des représentations de celui ou celle appelé(e) à l'aider. L'accompagnement du soignant consiste à identifier les ressources, les stratégies et les logiques d'action de la personne âgée, à partir de l'observation attentive mais aussi d'une écoute ouverte du récit que celle-ci fait de ses activités quotidiennes.
- un regard porté sur les ressources de la personne au-delà de ses limites selon une vision qui s'inscrit dans le mouvement de la psychologie positive du XXI<sup>e</sup> siècle (Carré, 2004). Ce regard tourné vers le potentiel d'action de la personne aidée s'attache à rechercher les ressources développées et participe à l'instauration d'un cercle vertueux (Bandura, 2003). De sorte que la valorisation des ressources mises en œuvre par la personne âgée contribue à augmenter sa confiance en ses stratégies et la motivation à poursuivre ce travail de transformation de soi. Un tel accompagnement prend le chemin d'une alliance thérapeutique grâce à la confiance qui se construit entre personne âgée et soignant.

---

<sup>8</sup> « Changement 1 (c'est-à-dire passage d'un comportement à un autre à l'intérieur d'un domaine comportemental donné) » et « Changement 2 (c'est-à-dire du passage d'un domaine comportemental à un autre) » (Watzlawick, Weakland et Fisch, 1975, p. 46).

## RÉFÉRENCES

- Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle* (P. Lecomte, trad.). Bruxelles, Belgique : De Boeck. (Ouvrage original publié en 1997 sous le titre *Self efficacy*. New York and Basingstoke: W.H. Freeman and Compagny).
- Beck, U. (2001). *La société du risque*. Paris, France : Aubier.
- Caradec, V. et Martuccelli, D. (dir.) (2004). *Matériaux pour une sociologie de l'individu. Perspectives et débats*. Villeneuve-d'Ascq, France : Presses universitaires du Septentrion.
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*, 3(94) 28-41.
- Carré, P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXI<sup>e</sup> siècle ? *Savoirs*, hors série, 5, 9-50.
- Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse. Rester chez soi ou s'installer en institution ?* Genève, Suisse : Georg, coll. « Médecine Société ».
- Chappuis, M., Kühne, N., Bedin, M. G. et Vuillemier D. (2012). *Perception des risques chez les personnes âgées bénéficiant de soins à domicile : regards croisés des usagers, proches et professionnels* (rapport de recherche). Lausanne : La Source – Institut et Haute École de la Santé. Récupéré du site de l'institut et Haute École, secteur *Recherche & Développement* : [http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles\\_attachement\\_recherche\\_prestations/Risques\\_personne\\_agee\\_80\\_regard\\_croises\\_rapport\\_final.pdf](http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles_attachement_recherche_prestations/Risques_personne_agee_80_regard_croises_rapport_final.pdf)
- Clément, S. Mantovani, J., et Membrado, M. (2010, 2<sup>e</sup> éd.). Du bon voisinage aux solidarités de proximité. Dans P. Pitaut (dir.). *Solitude et isolement des personnes âgées*. Toulouse, France : Erès.
- Douglas, M. (1992). *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London, England : New York, N.Y. : Routledge.
- Godbout, J. (2000). *L'esprit du don*. Paris, France : La Découverte.
- Guillemette, F. et Lapointe, J. R. (2010). La représentification dans l'entretien d'explicitation. *Recherches qualitatives*, hors série, 8, 51-60.
- Henderson, V. (1969). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Conseil International des Infirmières. Bâle, Suisse : S. Karger.
- Houde, R. (1999). *Les temps de la vie*. Montréal, Canada : Gaëtan Morin.
- Jouet, E., Las Vergnas, O. et Noël-Hureau, E. (dir.), (2014). *Nouvelles coopérations réflexives en santé. De l'expérience des malades et des professionnels aux partenariats de soins, de formation et de recherche*. Paris, France : Vrin, Éditions des Archives Contemporaines.
- Le Borgne-Uguen, F., Pennec, S., (2002). L'adaptation de l'habitat chez des personnes de plus de 60 ans souffrant de maladies et/ou de handicaps et vivant à domicile, dans *Les techniques de la vie quotidienne. Âges et usages*, Paris, France : DREES, La Documentation française, coll. « MiRe ».
- Martinez, C. (1997). L'entretien d'explicitation comme instrument de recueil de données. *Expliciter*, 21, 2-7.
- Morfaux, L.-M. (1999). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris, France : Armand Colin.

- Observatoire suisse de la santé (dir.) (2015). La santé en Suisse. Le point sur les maladies chroniques. *Rapport national sur la santé 2015*. Berne, Suisse : Hogrefe Verlag.
- Orem, D. (1987). *Soins infirmiers : les concepts et la pratique*. Paris, France : Maloine.
- Perreti-Wattel, P. (2001). *Sociologie du risque*. Paris, France : Armand Colin.
- Piguet, C. (2009). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières : contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. Saarbrücken, Allemagne : VDM Verlag.
- Piguet, C., Droz-Mendelzweig M. et Bedin, M. G. (2015). *La personne âgée seule face aux risques. Gestion des risques menaçant le bien-être et le maintien à domicile des personnes de plus de 80 ans, vivant seules à domicile et bénéficiant de services d'aide et de soins à domicile. Point de vue des personnes âgées (rapport de recherche)*. Lausanne : La Source – Institut et Haute École de la Santé. Récupéré du site de l'institut et Haute École, secteur Recherche & Développement : [http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles\\_attachement/actualites/RiskPA80\\_Rapport\\_final.pdf](http://www.ecolelasource.ch/images/stories/articles_attachement/actualites/RiskPA80_Rapport_final.pdf)
- Ricœur, P. (2007). *Vivant jusqu'à la mort, suivi de Fragments*. Paris, France : Le Seuil.
- Stiker, H. J. (2009). Comment nommer les déficiences ? *Ethnologie française*, 39(3), 463-470.
- Stiker, H. J. (2015). Vieillesse, pauvreté et handicap dans l'histoire. *Revue d'histoire de la protection sociale*, 1(8), 132-144.
- Talpin, J.-M. (2016). Être seul : avec ou sans autre (s). *Gérontologie et société*, 38(149), 78-90.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*. Paris, France : ESF.
- Vermersch, P. et Maurel, M.-D. (1997). *Pratiques de l'entretien d'explicitation*. Paris, France : ESF.
- Watzlawick, P., Weakland, J. et Fisch, R. (1975). *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris, France : Le Seuil.

**emails auteurs : c.piguet@ecolelasource.ch ; m.droz@ecolelasource.ch ; mg.bedin@ecolelasource.ch**