

(Non)–recours et «grand âge»

Rapport 2025

Hélène Revil et Catherine Gucher



ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE
LA PROTECTION SOCIALE

Rapport de recherche

2025

« (Non)-recours et « grand-âge »

Hélène Revil

Docteure en science politique, responsable scientifique de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore, Laboratoire Pacte, Université Grenoble-Alpes) et professeure associée à la Haute école de travail social de Genève

Catherine Gucher

Sociologue-maîtresse de conférences émérite à l'Université Grenoble-Alpes

Remerciements

Nous tenons à remercier très chaleureusement la CNSA et l'EN3S de nous avoir permis de réaliser cette recherche ainsi que pour les échanges toujours stimulants que nous avons eus tout au long de sa réalisation.

Un grand merci aux collègues de l'Odenore, en particulier Morane Chavanon, Clémentine Croisat, Maité Théry et Clémence Guillemaille, qui ont contribué à cette recherche de multiples manières. Merci aussi à Annie Mollier, toujours prête à aller sur le terrain, et à l'équipe de la cellule d'appui aux projets, partenariats et valorisation du laboratoire de sciences sociales PACTE, pour son accompagnement sécurisant.

Nous adressons également nos très sincères remerciements à l'ensemble des professionnel-le-s et bénévoles, plus globalement à toutes les personnes, qui ont donné de leur temps pour rendre possible cette recherche : vos différents soutiens ont été plus que précieux, en particulier pour entrer en contact avec les personnes directement concernées par le sujet de cette recherche. Nous espérons pouvoir échanger avec vous toutes et tous sur ce travail que vous avez tant alimenté.

Nos pensées vont, pour finir, à toutes les personnes âgées, et leurs familles, avec lesquelles nous avons réalisé des entretiens. Merci infiniment pour votre accueil, pour toutes les gourmandises que vous nous avez offertes et pour votre confiance. Vos propos, si riches, constituent le cœur de cette recherche. Elle vous est dédiée.

Hélène Revil et Catherine Gucher

06

INTRODUCTION

- | | |
|---------------------------------|------|
| 1. Objet initial et approche | P.06 |
| 2. Méthodologie de la recherche | P.10 |

18

I. ENJEUX TERRITORIAUX, ORGANISATION DES SERVICES PUBLICS S'AGISSANT DES PUBLICS AGES ET DEMATERIALISATION DE L'INFORMATION

- | | |
|---|------|
| 1.1. Morphologies territoriales, accessibilité géographique des services, ancrage des populations : un désajustement sur certains territoires | P.18 |
| 1.2. L'organisation territoriale des services destinés aux personnes âgées : trop loin parfois et, souvent, trop compliquée | P.24 |
| 1.3. Proximité, visibilité, stabilité, matérialité, personnalisation : des caractéristiques qui favorisent le recours quand l'accès est protéiforme | P.31 |
| 1.4. Des effets de la dématérialisation de l'accès aux droits ou aux soins qui attisent les enjeux de matérialité | P.39 |

42

II. LE NON-RECOURS AU PRISME DU VIEILLIR

- | | |
|---|------|
| 2.1. Une spécificité du non-recours en rapport avec l'âge et les générations ? | P.44 |
| 2.2. Parcours de vie et trajectoires résidentielles discontinues, épreuves familiales, sociales et de santé : des fragilités antécédentes qui influent sur le (non)-recours | P.47 |
| 2.3. Fatigue de vivre, déprise et/ou réduction de la mobilité : quand le vieillissement joue un rôle direct dans le non-recours | P.53 |
| 2.4. Représentations de soi, du rôle de la famille et enjeux de continuité identitaires : les dimensions culturelles du non-recours | P.61 |
| 2.5. Enjeux de ressources familiales et/ou sociales : isolement et solitude, des facteurs majorants le non-recours | P.66 |

73

III. LE NON-RECOURS AU SEIN DE LA POPULATION ENQUETEE : UN PHENOMENE MULTIFORME

- | | |
|--|------|
| 3.1. Estimation du non-recours parmi les personnes interrogées | P.73 |
| 3.2. Des formes différenciées de non-recours, selon les offres, en lien avec la diversité des motifs explicatifs sous-jacents | P.79 |
| 3.3. Synthèse des formes prises par le non-recours chez les personnes avançant en âge pour les différentes offres prises en compte | P.90 |

95

CONCLUSION

99

BIBLIOGRAPHIE

101

ANNEXES

Annexe 1. Epreuves de vie, rencontrées par les enquêtés.	P.101
Annexe 2. Comprendre le non-recours au grand âge comme processus interactionnel. Analyse exploratoire à partir d'une étude de cas..	P.102
Annexe 3. Tableaux d'estimation et de caractérisation du non-recours, par territoire.	P.111

Introduction

1. Objet initial et approche

Éléments de définition

La recherche engagée par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), en collaboration avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'École nationale de sécurité sociale (EN3S), avait pour objectif initial de s'intéresser aux situations de non-recours aux droits et services de soutien à l'autonomie chez les personnes du « grand-âge » ; il s'agissait d'en saisir les formes, les ressorts et le sens, à partir d'une enquête qualitative conduite dans plusieurs territoires. Au moment de l'élaboration de cette recherche, notre hypothèse générale était que recourir à des offres dédiées au « grand âge » et ayant vocation à soutenir l'autonomie, à côté des enjeux d'information, de connaissance des offres et d'orientation parmi celles-ci, revêt une dimension profondément symbolique, en tant qu'il s'agit pour les personnes, de se percevoir comme entrant dans une forme de fragilité et/ou de se projeter dans une potentielle perte d'autonomie à venir, dans un état de dépendance ou de santé qui se dégrade. Connaître les offres existantes mais aussi se reconnaître dans celles-ci, procéderait alors d'un cheminement autant concret que symbolique, dans lequel l'entourage des personnes et différents intervenants sociaux, sanitaires, médico-sociaux jouent nécessairement un rôle.

Depuis le départ, nous entendons le vocable « grand-âge » non dans le sens commun de « personnes du quatrième âge » mais plutôt dans celui envisagé par le rapport Libault portant sur l'action publique à destination du « grand âge » qui en retient une définition élargie puisqu'il y est notamment question de dispositifs accessibles dès 60 ans.

S'agissant du non-recours, nous le définissons comme le fait que des personnes ne reçoivent pas, totalement ou partiellement, des droits, des services et/ou des offres extra-légales, de nature financière ou non, auxquels elles pourraient prétendre (Revil, 2021). Nous nous éloignons ainsi, de plusieurs manières, de la définition originelle du non-recours : en premier lieu, ne pas définir le non-recours comme le fait que des personnes ne demandent pas ou n'utilisent pas leurs droits mais bien comme le fait qu'elles ne les reçoivent ou ne les perçoivent pas, ouvre le champ des possibles quant aux raisons du non-recours et permet de s'éloigner d'une lecture centrée sur les facteurs individuels et de prendre en considération la manière dont l'offre et sa mise en œuvre contribuent à fabriquer des situations de non-recours. On se donne en outre les moyens de saisir à la fois les problématiques d'accès auxquelles se confrontent les personnes et le fait que

pour de multiples raisons, elles ne veulent pas nécessairement avoir recours aux droits et services existants. En second lieu, en posant la question du non-recours également pour les offres extra-légales et les services, nous décentrons l'attention des seules prestations légales financières suivant en cela la proposition de Philippe Warin selon laquelle à partir du moment où des acteurs publics proposent une aide, une action, les personnes à qui elles sont destinées peuvent ou non en bénéficier dans les faits (Warin, 2010, 2016). Afin de nous aider à repérer les formes prises par le non-recours dans le champ du « grand âge », nous avons en tête de mobiliser la typologie de l'Odenore.

[Encadré 1] Typologie du non-recours de l'ODENORE

La non-connaissance : l'offre n'est pas connue.

La non-proposition : l'offre n'est pas activée/proposée/préscrite/recommandée par un professionnel, malgré l'éligibilité du demandeur.

La non-réception : l'offre est connue, demandée, mais non obtenue par la personne.

La non-demande : l'offre est connue mais non demandée par la personne, ou bien un droit est ouvert mais la prestation non utilisée.

Source : Warin P. (2010), « Le non-recours : définition et typologies », Working Paper, n° 1, juin (actualisé en décembre 2016).

Les notions de concernement/non-concernement que des chercheurs ont jusque-là plutôt travaillé dans le champ de la jeunesse nous paraissent également utiles pour comprendre le recours et le non-recours aux offres destinées aux personnes du « grand âge » et pointer

les enjeux situés à l'intersection de la non-connaissance et de la non-demande. Nous trouvons envisageable qu'aux deux extrémités de la vie le non-recours prenne en partie la forme du non-concernement, certes avec des explications sous-jacentes différentes. Le non-recours à des offres destinées à prévenir une perte d'autonomie liée au vieillissement ou à répondre à une perte d'autonomie effective pouvait dans notre idée s'expliquer par un mélange de méconnaissance et de mise à distance plus ou moins volontaire et consciente (Gucher et al., 2011 ; Warin et al., 2021).

Si les notions de non-concernement (Vial, 2016, 2021) et/ou de non-adhésion (Warin, Gucher & alii, 2021), développées dans de précédents travaux, pouvaient, de notre point de vue, s'avérer centrales dans l'analyse des formes spécifiques de non-recours des personnes âgées, il nous a également dès le départ semblé essentiel d'articuler des notions permettant de prendre pleinement en compte les spécificités liées à la question du vieillissement : c'est le cas du concept de « déprise » renvoyant au « processus de réaménagement de la vie » (Clément et Mantovani, 1999) selon les modifications corporelles et relationnelles qui émergent au fil de l'âge. En mobilisant ce concept, il s'est agi de se donner les moyens de comprendre le recours/non-recours à l'aune des expériences du vieillissement, telles qu'elles se retranscrivent dans les propos des personnes elles-mêmes et/ou de leurs proches, et des « arts de faire » à ce moment de la vie (Drulhe et Pervanchon, 2004 ; Membrado et Salord, 2009 ; Membrado et Rouyer, 2013) dont l'enjeu principal pour les personnes est bien souvent le maintien de leur intégrité identitaire (Meidani, Cavalli, 2018). Les problématiques de méconnaissance des offres ou de difficulté d'accès aux droits et services ne peuvent en effet s'envisager sans prise en compte de cette spécificité du vieillissement.

Nous souhaitons enfin « sonder » l'influence du territoire sur le (non)-recours. Sur ce point, nous nous fondons sur des travaux antérieurs qui mettent en lumière la façon dont les caractéristiques d'un territoire (morphologie géographique, climatique, sociale) (Gucher, 2007 et 2012) impactent les formes et sens du vieillir et qui soulignent la diversité et les spécificités des organisations locales de l'accompagnement du vieillissement. Nous nous appuyons également sur des travaux mettant en lumière l'impact des caractéristiques territoriales pour d'autres types de populations (Chevallard, Mousques, 2018 ; Beltran, Revil, Gucher, 2023 ; Odenore, AURG, 2024).

En lien avec ces choix définitionnels et théoriques, deux axes de questionnement sous-tendent notre réflexion :

- Le premier concerne la spécificité du non-recours au cours du vieillir. Il s'agit ici de repérer, le cas échéant, la spécificité éventuelle des domaines de non-recours, de son processus et de ses formes.
- Le second repose sur une contextualisation territoriale du (non)-recours. Il s'agit de mettre en lumière l'existence - ou non - de caractéristiques territoriales susceptibles de favoriser ou au contraire de faire barrage au non-recours.

S'intéresser à la réception des politiques publiques par leurs destinataires dans une logique compréhensive

Le travail de Mélina Ramos-Gorand portant sur le non-recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'intéresse à la mise en œuvre de la prestation par les professionnels et au regard de ceux-ci sur les raisons pour lesquels certaines personnes pouvant y prétendre n'y recourent pas. L'analyse est ainsi construite non pas du point de vue

des personnes âgées mais de différents professionnels intervenant dans le champ du « grand âge ». Une part importante des travaux sur le non-recours ne s'intéressent pas aux destinataires, notamment parce qu'il n'est pas évident de repérer les personnes éligibles à telle ou telle aide, service, ou prestation, et qui n'en bénéficient pas, pour enquêter auprès d'elles.

Dans la continuité des recherches de l'Odenore effectuées par des chercheurs en sciences sociales, notre souhait a été de privilégier, dans ce travail, une approche par les destinataires des « offres » visant à soutenir l'autonomie du « grand âge » sans nous préoccuper, en première intention, du fait que les personnes en soient ou non bénéficiaires (Revil, 2022). Nous ne voulions pas nous faire piéger par une approche catégorielle partant des offres, ni construire un protocole méthodologique complexe visant à repérer des personnes éligibles à telle ou telle prestation, aide, service, en particulier. Il ne s'agissait pas d'enquêter auprès de personnes dont l'éligibilité à l'une ou l'autre des offres destinées au « grand âge » était clairement établie, ni de se concentrer sur une offre en particulier, mais plutôt de proposer une approche globale du sujet, en réalisant des entretiens semi-directifs avec des personnes, âgées de plus de 60 ans, non prises en charge en établissement.

Nous avons ainsi opté pour une approche attentive à la réception des politiques publiques, croisant la sociologie compréhensive, pour entrer au cœur du rapport des personnes avec des offres qui leur sont destinées ou qui pourraient prochainement l'être. Ce sont à la fois des pratiques concrètes mais aussi le sens que les personnes donnent à ces pratiques qui nous ont intéressées et c'est partant de là que nous sommes venues questionner l'action publique destinées au « grand-âge ». Dans ce projet, le recours et le non-recours sont ainsi pensés et

analysés n'ont pas seulement comme des actes administratifs mais comme des actes dans une trajectoire de vie - déterminés par celles-ci, notamment par le rapport entretenu par les personnes avec l'Etat social au fil de leur vie, leurs (non)-expériences des droits par le passé - et ayant potentiellement des conséquences pour elles-mêmes, leur famille, conjoint, et donc comme des actes porteurs d'enjeux personnels, conjugaux, familiaux, et sociaux.

Ce choix d'une approche par les publics ainsi que le travail exploratoire mené sur nos terrains d'enquête auprès des acteurs engagés dans l'accompagnement du vieillissement ont permis de faire évoluer légèrement nos objectifs initiaux. Le vocable « grand-âge » n'étant pas compris dans son sens restrictif de dernière période de vie, mais comme recouvrant des situations diverses du vieillir à partir du passage à la retraite, où peuvent s'exprimer des éléments de fragilité, voire de dépendance, l'âge de nos enquêtés est compris entre 60 et 95 ans. Par ailleurs, lors de nos échanges avec des professionnels et bénévoles sur les territoires, nous leur partageons notre volonté d'investiguer des situations dans lesquelles des personnes de plus de 60 ans rencontraient ou commençaient à rencontrer des difficultés dans leur quotidien, notamment pour réaliser certaines activités habituelles. Cette demande a été différemment interprétée par les acteurs de terrain qui ont contribué au recrutement, ce qui nous a finalement amenées à explorer tout à la fois des situations « établies » de fragilité gériatrique et/ou de dépendance ainsi que des situations de précarité et/ou de vulnérabilité sociale et/ou sanitaire fragilisant le quotidien des personnes.

Lors des entretiens, nous avons évoqué toutes les dimensions du quotidien des personnes et avons ainsi collecté du matériau pour documenter la question du (non)-recours aux droits et services

de soutien à l'autonomie mais aussi dans différents autres domaines - santé, alimentation, habitat, minima sociaux... Selon la situation des personnes sur le plan social, de la santé mais aussi de l'âge, les thématiques abordées dans l'entretien et les champs d'action publique n'étaient pas exactement les mêmes. Il s'agissait de ne pas nous « enfermer » dans des catégories prédéfinies de non-recours mais plutôt d'envisager, à partir de la narration par les personnes, les différents domaines dans lesquels pouvaient se manifester des difficultés pour ensuite évoquer le rapport des personnes avec les droits et services existants en la matière. Il est, en outre, apparu essentiel de s'inscrire dans une perspective de durée et de parcours de vie pour saisir l'émergence, au fil du temps, de situations pouvant amener au non-recours au présent. Nous nous sommes ainsi intéressées à la dimension processuelle du non-recours inscrite dans un jeu de temporalités (annexe 2).

In fine, nous avons approché des situations, et les mécanismes sous-jacents, de non-recours :

- aux dispositifs dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie - tels que l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), les services visant le maintien à domicile, les aides pour l'adaptation de l'habitat... ;
- à des droits sociaux destinés aux personnes vieillissantes - droits en matière de retraite, Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)...
- à des droits qui ne sont pas spécifiquement destinés aux aînés – allocations logement, droit au logement opposable, complémentaire santé solidaire (CSS), revenu de solidarité active, allocation adulte handicapé...
- aux soins et aux offres de santé.

2. Méthodologie de la recherche

Afin de sonder « l'influence territoriale » sur le rapport aux droits et services, notre souhait était de mener l'enquête dans des territoires présentant des caractéristiques différenciées en termes d'urbanité/ruralité, de relief, de densité et d'organisation des services à destination des populations âgées. Nous avons donc constitué notre terrain en ayant en tête que le territoire tant dans ses caractéristiques morphologiques que dans son organisation socio politique peut être un facteur explicatif du (non)-recours aux droits et services.

Choix des terrains d'enquête et travail exploratoire

Quatre types de territoires ont été choisis à partir de la classification Eurostat, adaptée au contexte français par l'INSEE en introduisant une finesse supplémentaire pour les territoires faiblement peuplés, plus fréquents en France que dans d'autres pays européens. Cette typologie distingue les communes en fonction de leur degré d'urbanisation et les classe selon 7 degrés de densité¹. Nous avons pour notre part retenu :

- Un territoire rural autonome à habitat dispersé, en zone montagneuse, de très faible densité ;
- Un grand centre urbain métropolitain de forte densité ;

- Un centre urbain métropolitain de forte densité ;
- Un territoire appartenant à la catégorie des ceintures urbaines de densité intermédiaire.

Comme évoqué, le choix de ces terrains situés dans deux départements différents et dans deux régions s'est opéré en fonction de leurs caractéristiques démographiques mais aussi de leur morphologie géographique et sociale susceptibles d'influer sur les conditions du vieillir. Nous nous sommes ainsi intéressés à l'indice de vieillissement, au taux de pauvreté, à la présence de QPV (Quartier prioritaire de politique de la ville) pour les centres urbains et au positionnement géographique en zone de montagne et/ou en frontière de départements. De surcroît, le choix de territoires positionnés dans des départements et des régions différents a été porté par le cadre socio-administratif et socio-politique de l'action gérontologique. Il a semblé en effet pertinent de prendre en considération plusieurs politiques communales et départementales de l'autonomie de manière à repérer la façon dont elles ont ou non des effets sur le recours des aînés aux droits et services.

Avant d'aller sur le terrain, un travail exploratoire a été mené pour chacun de ces territoires afin de bien cerner leurs grandes caractéristiques. Il s'est agi tout d'abord d'en dresser un rapide portrait démographique

1. Les grands centres urbains ; les centres urbains intermédiaires ; les petites villes ; les ceintures urbaines ; les bourgs ruraux ; le rural à habitat dispersé ; le rural à habitat très dispersé.

et sociologique à partir des données de l'INSEE notamment et de travaux de recherche préexistants. Ces éléments ont permis de confirmer la pertinence de nos choix, leurs spécificités bien marquées devant permettre une analyse qualitative comparée de l'influence du lieu de vie sur l'accès aux droits et services au cours de l'avancée en âge. Une deuxième étape de l'analyse exploratoire a consisté en une prise de contact avec différents acteurs de ces territoires ayant une connaissance établie de la population âgée et pouvant faciliter la mise en relation avec celle-ci. La conduite d'entretiens exploratoires avec certains d'entre eux a permis de mieux comprendre leur organisation et fonctionnements ainsi que leurs modalités et logiques d'action et de recueillir leur point de vue quant aux

difficultés rencontrées par les populations vieillissantes sur leur territoire d'intervention ; les entretiens ont aussi été l'occasion d'échanger sur les autres intervenants à contacter dans le cadre de ce travail pour avoir un panorama le plus complet possible des interlocuteurs pertinents pour les personnes vieillissantes, notamment lorsqu'elles font face à des difficultés dans leur quotidien. Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les territoires choisis comme terrains d'enquête, partant de données issues des statistiques INSEE. Des éléments complémentaires de présentation des territoires d'enquête au regard de la structuration de l'offre de services médico-sociaux en direction des retraités et personnes âgées seront présentés en partie I.

	Territoire A	Territoire B	Territoire C	Territoire D
	Com com Territoire rural de montagne à habitat dispersé Très faible densité 30 h/km ²	Centre urbain métropolitain à forte densité 3 628 h/km ²	Centre urbain métropolitain à forte densité 8 626 h/km ²	Ceinture urbaine de densité intermédiaire. 878 h/km ²
Géographie	Moyenne montagne Carrefour de deux départements Communes hors attraction des villes	Plaine Aire urbaine de + 700 000 h	Plaine Aire urbaine de + 700 000 h	Plaine Carrefour de 4 départements Aire urbaine de 50 000 à 200 000 h
Enclavement et accès	Territoire enclavé Accès par la route Peu de TC	Territoire aisément accessible Offre de transport en commun développée	Territoire aisément accessible Offre de TC développée	Territoire accessible Offre de TC limitée
Population	29 000 < 500 pour communes enquêtées	873 000	157 000	6 508
Population 60-74 ans	20,9 %	15,3 %	11,4 %	16,1 %
Population + 75 ans	11,1 %	9,5 %	8,3 %	13,2%
Présence de QPV	non	oui	oui	oui
PCS	15 cadres pour 100 ouvriers (moyenne sur communes enquêtées)	121,9 cadres pour 100 ouvriers	255 cadres pour 100 ouvriers	17 cadres pour 100 ouvriers
Taux de pauvreté	12,2 %	21,5 %	21 %	28 %

Une enquête par entretiens qualitatifs semi-directifs

Dans la perspective d'un recueil d'informations large permettant de saisir et de comprendre l'ordonnement du quotidien des personnes et la façon dont les problématiques sociales et de santé sont plus ou moins prises en compte par elles, nous avons privilégié des entretiens ouverts, semi-directifs, permettant aux personnes rencontrées, à partir d'une question sur l'âge, de partager leur sentiment global à propos du vieillir et d'évoquer ce qui fait problème en premier lieu pour elles. Cette approche devait également leur permettre de se situer dans leur configuration familiale, et plus globalement leur environnement, sur le territoire où elles vivent, et vis-à-vis des dispositifs d'aide et d'accompagnement médico-social.

Le guide d'entretien support a été élaboré par les trois chercheuses initialement impliquées dans cette recherche. Il est structuré autour de grandes thématiques partant de nos hypothèses de travail :

- Représentations et vécu du vieillissement ;
- Organisation du quotidien des personnes, aménagements de celui-ci ;
- Difficultés éventuellement rencontrées par les personnes, liées à l'avancée en âge, effets sur le quotidien, les habitudes de vie, les manières de s'organiser quotidiennement ;
- Organisation pour répondre à certains besoins, types de structures / acteurs / professionnels éventuellement sollicités par les personnes et / ou leur famille, le cas échéant ;

- Rapport aux offres publiques de soutien à l'autonomie et de prévention en santé, selon la situation et les besoins des personnes, processus de cheminement vers celles-ci, personnes / professionnels éventuellement supports dans ces cheminements ;
- Rapport au droit commun selon la situation des personnes, notamment socio-économique, processus de cheminement vers / dans le droit commun, personnes / professionnels éventuellement supports dans ces cheminements ;
- Effets des configurations familiales et territoriales sur l'organisation du quotidien et le rapport aux offres de soutien à l'autonomie / prévention en santé et au droit commun ;
- Expériences passées par rapport aux prestations sociales / acteurs / professionnels du social / aides extra-légales, connaissance et rapport aux acteurs / professionnels du champ social ;
- Expériences passées et rapport actuel aux professionnels de la santé ;
- Projection dans les années à venir, notamment dans des demandes d'aide(s), de soutien, craintes éventuelles des personnes.

Différentes informations socio-économiques et éléments biographiques ont été également collectés au fil des entretiens. Le guide a été un outil pour les enquêtrices ; c'est toutefois bien la manière de conduire les échanges avec les personnes qui a permis de recueillir le matériau nécessaire à la réalisation d'une analyse compréhensive. À cet égard, il importe de préciser que peu de personnes étaient en mesure d'identifier par elles-mêmes les situations de non-

recours à l'exception du domaine de la santé, ne disposant notamment pas de la connaissance des services et prestations existant et n'ayant pas toujours conscience de leurs besoins. Les chercheuses ont été amenées, en conséquence, à évaluer les situations pour identifier les besoins d'une part mais aussi les droits et services auxquels les personnes pouvaient prétendre d'autre part. C'est à partir d'une écoute des récits du quotidien et de la narration d'évènements tranchants, ainsi que d'une observation fine de l'évolution des personnes dans leur environnement, que ces évaluations ont été produites.

Au total, sur les quatre territoires, 53 entretiens ont été menés qui ont permis de rencontrer 69 personnes. En effet, certains ont été menés en présence de plusieurs personnes. Il s'agit principalement de situations de couples - 8 - mais aussi de configurations familiales comprenant des enfants adultes et/ou un membre de la fratrie - 3 - et également d'un entretien où était présente une amie de la personne interrogée. Les entretiens d'une durée moyenne de 1 h 15 (entre 45 mn et 2 h 30) ont été retranscrits intégralement par les chercheuses et des stagiaires de l'Odenore, avec l'appui d'un service de retranscription automatisé de l'Université Grenoble-Alpes (UGA). L'analyse des entretiens a été menée à partir d'un codage thématique des corpus. En complément, un décomptage de situations a pu être fait pour amener quelques indications chiffrées sur le non-recours, même si ces estimations quantitatives ne peuvent constituer, à elles-seules, des éléments de résultats.

Accès aux terrains et modalités de recrutement selon les territoires

Afin de bien comprendre la constitution finale de nos corpus d'entretiens, il est utile de revenir sur la manière dont nous sommes entrées sur chacun des terrains

et dont nous avons ensuite effectué le recrutement des personnes rencontrées en entretien.

L'accès aux terrains sur les territoires B, C et D a été facilité par des professionnels de l'action sociale et médico-sociale intéressés par l'objet de cette recherche. Il s'est agi le plus souvent de professionnels des services des CCAS et/ou d'autres personnels communaux. La volonté de s'intéresser plus spécifiquement, sur l'un des territoires, à la situation de personnes en situation de précarité sociale nous a conduit à prendre attache avec d'autres intervenants, notamment associatifs ayant ciblé leur action sur des publics précaires socialement.

L'accès au terrain sur le territoire A s'est fait sans l'appui des acteurs mais en fréquentant des lieux où nous pensions rencontrer des personnes âgées (marché, offres de santé ...). Un tout premier contact avec une employée communale, une ancienne élue et une élue actuelle d'une des communes prise en compte indiquait que, pour elles, la situation des personnes âgées du territoire était « globalement satisfaisante » et « sans problèmes ». La prise en charge familiale était présentée, lors de cet échange, comme généralisée et le recours à l'EHPAD local comme la réponse apportée par la commune aux difficultés des personnes, le cas échéant. L'ouverture quelques années auparavant d'une maison de santé dans l'une des communes du territoire était également présentée comme de nature à éviter toute situation de non-recours ou de nonaccès aux soins. Lors de cet échange, nos interlocutrices n'ont pas manifesté d'intérêt pour notre objet de recherche et n'ont pas proposé d'aide pour nous permettre d'accéder aux personnes cibles de notre enquête. D'autres tentatives de contacts avec des secrétaires de mairie d'autres communes du territoire n'ont pas abouti.

Au-delà de l'accès initial aux terrains, le recrutement, à proprement parler, des personnes pour les entretiens a été à chaque fois spécifique.

Sur le territoire A, plusieurs temps d'observation sur le territoire ont eu lieu. Une première demi-journée d'observation *in situ* a permis d'explorer le territoire, étendu géographiquement, et a débouché sur la programmation de quelques entretiens avec des personnes rencontrées sur un marché. Un deuxième temps d'observation sur une autre partie du territoire a permis d'entrer en contact avec des personnes rencontrées sur la voie publique, qui ont par la suite accepté un entretien. D'autres temps d'observation à l'hôpital local, les jours de consultations des spécialistes, et dans un club de retraités le jour de leur rencontre, ont été mis en place pour recruter des personnes.

Des bénévoles d'associations d'aide à domicile et des professionnels de santé ont été sollicités, dans un second temps. Nous avons notamment fait un entretien avec la coordinatrice de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), créée en 2019 et recouvrant toute une partie du territoire sur lequel nous portons le regard. Nous souhaitons en particulier échanger avec elle sur un « protocole de coopération entre infirmière libérale intervenant à domicile et médecins généralistes pour détecter la fragilité du sujet âgé » mentionné sur le site internet de la CPTS, afin de voir si des personnes âgées repérées comme fragiles pouvaient être orientées vers nous. Cette idée a été abandonnée dans la mesure où le protocole n'était pas encore mis en œuvre au moment de l'entretien. Un entretien a également été effectué avec la directrice du CCAS de la commune la plus importante du territoire, labellisé France services. Cela nous a permis d'avoir l'autorisation de venir au CCAS pour échanger avec des personnes âgées le fréquentant. Un entretien a été réalisé de cette manière.

L'association d'aide à domicile très présente sur le territoire a également été contactée et a constitué un relais important pour rencontrer quelques personnes. Cela a aussi été le cas d'une kinésithérapeute active sur une partie du territoire A qui a accepté de parler de notre recherche à plusieurs de ces patients. Les personnes rencontrées en entretien ont-elles-aussi été des soutiens dans le recrutement. Quelques-unes nous ont ainsi orientées vers des connaissances dont la situation leur semblait intéressante pour notre travail.

Sur le territoire B, notre connaissance initiale de l'organisation des acteurs, des services et des offres extra-légales en matière de soutien à l'autonomie était bien moindre que pour les autres territoires. En outre, nos premières recherches par internet pour essayer de comprendre cette organisation et de nous repérer parmi les acteurs ne nous avaient pas permis de nous représenter précisément les choses. C'est par l'entremise d'une ancienne étudiante du master Vieillesse Handicap Santé Société de l'Université de Grenoble que nous avons pu entrer en contact avec deux acteurs clefs du dispositif local : le pôle accès aux droits du CCAS et le pôle info senior du département.

La complexité de l'organisation territoriale sur ce terrain a nécessité de mener plusieurs entretiens (4) avec différents cadres du CCAS et du département, afin de pouvoir établir une cartographie des nombreux acteurs intervenant auprès des personnes âgées, et de leurs périmètres de compétences. Une seconde vague d'entretiens avec des professionnels dont certains travaillant dans des associations œuvrant auprès de personnes âgées (4) a suivi ainsi que de temps d'observation d'une réunion de travail pluri partenariale au sein d'une association. Le recrutement d'une grande partie des enquêtés (8/11) a pu se faire grâce à l'intermédiaire des professionnels rencontrés en entretien,

parfois même en leur présence et/ou dans leurs locaux (3/11). En parallèle, des temps d'observation *in situ* ont été menés et ont débouché sur la conduite de 3 entretiens dans des lieux publics.

Pour le territoire C, le fichier des personnes fragiles et isolées du CCAS² a servi de support de recrutement, après signature d'une convention de mise à disposition des données. Au moment de notre enquête, le fichier comprenait 410 personnes âgées de 65 ans ou plus. La demande faite au CCAS a été de tirer au sort parmi elles, 35 femmes, dont 12 vivant seules, 13 vivant seules suite à une situation de veuvage, 6 vivant avec une personne aidante (membre de la famille ou autre personne), 4 vivant avec une personne non-aidante (membre de la famille ou autre) et 16 hommes dont 6 vivant seuls, 3 vivant seuls suite à une situation de veuvage, 5 vivant avec une personne aidante (membre de la famille ou autre personne), 2 vivant avec une personne non-aidante (membre de la famille ou autre personne).

Pour chacune des personnes tirées au sort, notre souhait était de connaître le secteur d'habitation, la réponse donnée par les personnes à la question « pouvez-vous sortir seul(e) à l'extérieur de chez vous ? », ainsi que les nom, prénom et numéro de téléphone, comme le prévoyait le dossier RGPD.

Les personnes tirées au sort ont été contactées par des services civiques du CCAS pour savoir si elles étaient d'accord de participer à la recherche et pour que le CCAS nous transmette leurs coordonnées. Un script avait été fourni aux services civiques pour guider l'échange avec les personnes. La grande majorité des personnes contactées ont accepté

de participer à cette recherche et de nous transmettre leurs coordonnées. Lors de notre prise de contact, seule une personne a indiqué ne plus souhaiter réaliser l'entretien. Une autre nous a rappelée pour l'annuler mais après que le CCAS l'a eu recontactée pour la rassurer, elle a finalement accepté de nous rencontrer.

Sur le territoire (D), après un premier contact avec la mairie et des échanges avec la directrice du service compétent sur les questions sociales, il a été acté que notre demande serait relayée auprès des acteurs institutionnels et associatifs du territoire et qu'ensemble ils constitueraient une liste de personnes correspondant au profil recherché et ayant accepté que leurs coordonnées nous soient transmises. Il s'agissait ainsi de diversifier les canaux de recrutement et d'accéder à des personnes non « suivies » par des services sociaux ou médico-sociaux mais participant par exemple à des activités associatives sur la commune. Notre demande a ainsi été transmises à près d'une trentaine d'acteurs. Quelques-uns, notamment des acteurs associatifs œuvrant auprès de personnes âgées, ont partagé des coordonnées à la mairie qui a complété la liste de son côté.

Pour diversifier encore plus le profil des enquêtés, nous avons également proposé qu'un tirage au sort soit réalisé sur la liste utilisée par la mairie pour la distribution des colis de Noël. Nous avons transmis des indications quant au profil des personnes avec lesquelles nous souhaitions avoir des entretiens ; elles portaient sur l'âge, le genre, la situation familiale des personnes mais aussi sur leur lieu d'habitation (quartiers, rues...). Tenant compte des lieux d'habitation des personnes avec lesquelles nous avons déjà fait des entretiens, nous voulions en effet cibler celles qui

2. Pour rappel, le décret n°2004-926 du 1^{er} septembre 2004 donne obligation au Maire de chaque commune de constituer un registre des personnes fragiles isolées. Peuvent s'inscrire ou être inscrites par un tiers, les personnes âgées de plus de 65 ans en situation d'isolement, celles de plus de 60 ans reconnues inaptes au travail ainsi que les personnes en situation de handicap percevant une allocation liée à leur handicap. La vocation de ce registre est d'informer les personnes inscrites lors d'événements exceptionnels - canicule, grands froids, de les prévenir des conséquences potentielles de ces événements, de les conseiller sur les conduites à tenir et de leur porter assistance et secours en cas de nécessité.

habitaient dans d'autres endroits de la ville et/ou dans des types d'habitat différents. Les personnes tirées au sort partant de nos indications ont été contactées par la mairie pour savoir si elles acceptaient que leurs coordonnées nous soient transmises. Le cas échéant, nous avons pris contact pour proposer des entretiens. Si la plupart des personnes avaient accepté la transmission de leurs coordonnées, environ une sur deux parmi celles que nous avons appelées ont finalement accepté un entretien.

Biais et limites

Si les modes de recrutement différenciés selon les territoires se justifient, d'une part par le focus particulier sur certaines populations, sur le territoire B, et par les caractéristiques rurales très marquées du territoire de montagne, pour les deux autres territoires, ils relèvent davantage des opportunités de mise en relation par le CCAS, acteur incontournable et de premier recours pour les personnes âgées des territoires C et D. Ces modes de recrutement différenciés rendent compte de la diversité des organisations médico-sociales territoriales et des caractéristiques socio-économiques et socio-culturelles des populations. Cependant, ils constituent une limite dans la possible mise en comparaison des phénomènes de non-recours. En effet, pour établir véritablement une comparaison de l'occurrence et des formes de non-recours, il eut été nécessaire, de procéder à un recrutement identique reposant sur certaines caractéristiques prédéfinies, toutes choses égales par ailleurs. Or, nos modes de recrutement différent et nos corpus

Tableau récapitulatif des entretiens et observations réalisés, par territoire

Territoires	Entretiens individuels ou collectifs avec des personnes âgées (et parfois des membres de leur famille)	Echanges / entretiens / observations auprès de professionnels ou bénévoles
T A : territoire rural autonome montagnoux de très faible densité à habitat dispersé	13 (⇒ 17 personnes) + 1 entretien collectif ⇒ club PA + 1 observation ⇒ repas PA	6 (entretiens pros et bénévoles + périodes d'observation <i>in situ</i>)
T B : très grand centre urbain métropolitain de forte densité	11 (⇒ 13 personnes)	12 (8 entretiens pros ou bénévoles + périodes d'observation <i>in situ</i> , notamment temps de travail pluripros ⇒ asso D.).
T C : centre urbain métropolitain de forte densité	15 (⇒ 18 personnes)	4 (échanges préparatoires enquête avec pros)
T D : ceinture urbaine de densité intermédiaire	14 (⇒ 19 personnes)	3 (échanges préparatoires enquête et entretiens pros)

ne sont pas semblables ni pour l'âge des enquêtés, ni pour leurs caractéristiques socio-économiques ou socio-culturelles. Pour autant, cette approche permet de caractériser finement les formes et les motifs de non-recours, en fonction des spécificités des territoires et des populations.

Si notre recherche s'attache principalement à décrypter les contextes, les formes et processus de non-recours, nous proposons aussi des éléments de quantification du phénomène. Notre méthodologie ne comportant toutefois pas de volet quantitatif, les estimations qui figurent dans ce document sont à saisir à titre d'indication mais pourraient être particulièrement utiles si un autre travail, quantitatif celui-là, venait à être envisagé.

Plan du rapport

Une première partie sera consacrée à une approche du non-recours par les territoires. Nous explorerons les caractéristiques morphologiques des territoires investigués et l'organisation médico-sociale sur chacun d'eux. Nous mettrons ensuite en évidence les conditions propres à l'offre de service pour un recours facilité et analyserons particulièrement les effets de la numérisation sur l'accès aux droits et services des personnes âgées.

Dans une deuxième partie, nous analyserons le non-recours au prisme du vieillir. Nous questionnerons la spécificité du non-recours des plus âgés

et nous intéresserons à la manière dont les situations de non-recours prennent naissance dans certaines épreuves tout au long du parcours de vie. Nous verrons comment la fragilité, les processus de déprise propres au vieillissement influent sur le recours aux aides, aux services et aux soins. Nous analyserons aussi l'impact des configurations familiales et des dimensions culturelles, de même que les effets de l'isolement et de la solitude qui jouent un rôle de majoration dans les difficultés d'accès aux droits et aux soins. Enfin dans une troisième partie, après être revenues sur les difficultés du chiffrage du non-recours et les limites de l'exercice partant d'une enquête construite avant tout dans un objectif compréhensif, nous proposerons quelques estimations des situations de non-recours et des problématiques d'accès aux soins généralistes et spécialisés pour notre population d'enquête. Nous caractériserons ensuite les formes prises par le non-recours, en nous appuyant sur la typologie de l'Odenore et sur celle de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Nous montrerons que le non-recours est plus souvent partiel que total et qu'il n'est pas toujours primaire. Nous décrypterons en particulier le non-recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie et aux plans d'aide ainsi que le rapport des personnes commençant à rencontrer des difficultés dans le quotidien avec les « offres » auxquelles elles pourraient théoriquement prétendre.

I. Enjeux territoriaux, organisation des services publics s'agissant des publics âgés et dématerialisation de l'information

L'enquête de terrain révèle des différences quant aux contextes et aux formes de non-recours selon les territoires explorés. Au-delà de la structuration de l'offre de services (médicaux, sociaux, administratifs), les éléments de morphologie physique et sociale des territoires influent sur l'accès aux droits et services au cours du vieillissement. Les effets de milieu (Gucher, 2012, 2018) sont à considérer pour saisir les processus et ressorts des diverses formes de non-recours. De manière plus transversale, ce sont les modalités de diffusion de l'information sur les droits et services existants et d'interaction avec les services publics et les offres de santé qui sont à prendre en compte pour leurs effets concrets sur les possibilités de recours.

1.1. Morphologies territoriales, accessibilité géographique des services, ancrage des populations : un désajustement sur certains territoires

Les quatre territoires enquêtés présentent des caractéristiques géographiques, climatiques, sociales très différenciées. Enclavement, distances, aléas climatiques, stabilité versus instabilité du peuplement... s'avèrent, au cours des entretiens, déterminants pour l'accès aux droits et services. Cependant, des caractéristiques objectives différentes peuvent produire des effets semblables.

Morphologie territoriale, situation géographique des services et modalités de déplacement

Le territoire A, situé aux confins de deux départements, est une communauté de

44 communes dont le siège est situé dans une commune de près de 5 000 habitants. Outre cette commune dans laquelle nous avons réalisé quelques entretiens, les autres sur lesquelles se sont déroulées nos enquêtes comptent de 70 à 430 habitants. La population de l'ensemble de ces communes est vieillissante. En 2020, selon le dossier de l'INSEE consacré à ce territoire, entre 14 % et 20 % de leurs habitants ont plus de 75 ans (versus 9,4 % au niveau national). Beaucoup de ces personnes vivent seules, en particulier celles de plus de 80 ans (entre 66,7 % et 90 % selon les communes, quand la moyenne nationale est à 48,6 %). Du point de vue du niveau des diplômes, la population des villages étudiés est

globalement moins diplômée que la moyenne française, et très différente de la plus proche métropole. En 2020 par exemple, 5,9 % de la population d'un des bourgs du territoire a un Bac+5 ou plus quand la moyenne nationale est à 11 %, et à 25,2 % sur le territoire C. Au niveau de l'intercommunalité, la part des retraités est importante (33,2 % alors qu'ils représentent seulement 20,8 % de la population au niveau national).

Une majeure partie du territoire A se situe en zone montagneuse où la rigueur de l'hiver pose, du point de vue des personnes interrogées, des problèmes de chauffage et de coûts liés à celui-ci mais aussi de déplacement. La distance à parcourir pour rejoindre un hôpital de proximité ou une permanence du service autonomie varie par exemple de 25 à 30 kilomètres, selon les communes d'habitation des enquêtés. Il s'agit là de distances objectivables. Lors des entretiens, les enquêtés font fréquemment état de l'éloignement des offres de soins spécialisées, mais aussi généraliste selon les communes d'habitation, des services et/ou des administrations. Autre exemple, il faut parcourir *a minima* 54 kms pour accéder à une consultation de dentiste, lorsque l'on habite certaines communes.

Une offre de transports collectifs existe mais elle est peu présentée, par nos enquêtés, comme un élément facilitant pour l'accès aux droits et aux services. Ainsi, depuis certaines communes, une consultation médicale de spécialiste nécessite de prendre un bus à 8 h le matin, pour rejoindre les consultations proposées à l'hôpital local, et d'attendre ensuite le reste de la matinée pour un bus de retour à 13 h. Même si quelques enquêtés notent que l'espace d'attente de l'hôpital en question est accueillant, le fait de devoir consacrer plusieurs heures à ce type de déplacement est perçu comme une contrainte pour la plupart des personnes interrogées, en

lien notamment avec la fatigue que cela induit. En outre, pour celles qui doivent rejoindre les offres de santé spécialisées de la plus proche métropole en utilisant les transports collectifs, c'est presque toute une journée qu'il faut consacrer à ce déplacement. Plusieurs personnes soulignent là encore la fatigue générée par cette situation. Beaucoup préfèrent donc utiliser la voiture pour leurs déplacements en particulier médicaux.

Maintenir leur capacité à conduire est ainsi présenté comme un enjeu central par les enquêtés du territoire A. Les aléas climatiques et les caractéristiques du réseau routier - notamment les routes très sinueuses – peuvent cependant amener les personnes à un arrêt de la conduite automobile prématuré, même si le moment de l'abandon de la voiture est retardé le plus possible. Pour ceux qui ont conservé une voiture et conduisent encore, l'état des routes, notamment en période hivernale, peut rendre tout déplacement difficile et source de renoncement.

Cette situation particulière des territoires montagneux et/ou ruraux a été déjà bien documentée, notamment pour ce qui concerne l'accès aux soins mais aussi aux droits sociaux (Beltran, Revil et Gucher, 2023). Cependant, sur certains territoires urbanisés dans lesquels l'absence de services ou d'offres de soins n'est pas à déplorer, des problématiques de distance s'expriment aussi. Se déplacer dans une ville où les flux urbains se densifient, malgré l'offre de transports en commun, devient parfois très difficile pour les personnes fragilisées dans leurs déplacements par des problèmes moteurs ou de perte de réflexe (Berthot, 2024). Dans notre recherche, sur le territoire C, très urbanisé, les personnes délaissent pour la plupart la conduite automobile, du fait de la densité de la circulation et/ou des difficultés pour se garer à proximité de leur domicile et/ou des endroits où elles veulent se rendre.

Quelques-unes ont même renoncé ou renoncent de plus en plus à se déplacer dans la ville.

« Je marche avec un déambulateur, donc c'est quand même..., ça devient quand même très difficile d'aller chercher la voiture. Avec un déambulateur, on peut pas la poser dans la rue pour mettre les affaires. Enfin voilà quoi. C'est la difficulté ici, du centre, du centre-ville, de l'impossibilité de se garer, de circuler, quoi. (...) Les déplacements, oui en ville... Les déplacements, bien qu'on soit en ville, la ville, elle est pas organisée, petit à petit, elle n'est plus du tout organisée. Il y a des vélos partout, il y a des trotinettes partout. Quand on est âgé, qu'on marche avec un déambulateur. Vous savez, c'est pas très simple donc je reste chez moi. »

(Mme G, 92 ans, veuve, territoire C).

Sur ce territoire, le terme « loin » revient très souvent dans les entretiens pour exprimer un obstacle à l'accès à des institutions, ou à des services.

« La maison des H., il y en a une, il y en a une boulevard de S., J'y ai été. Mais disons que ça fait loin maintenant, moi ça fait loin. (...) Voilà oui. Mais c'est trop loin maintenant. »

(Mme B, 85 ans, territoire C).

« Ah mais c'est que je peux pas, j'ai... Y a pas moyen, dans les cabinets qui sont autour de moi, parce que je peux pas aller, je peux pas aller loin, d'avoir un kiné qui se déplace et même d'avoir un, des kinés qui me prennent. Ils prennent plus. »

(Mme O, 89 ans, territoire C).

Des personnes parmi nos enquêtés ne se rendent que là où il est possible d'aller en transports en commun. Pour Mme FB qui habite sur le territoire B., le fait d'habiter près d'un arrêt de bus est décisif pour pouvoir maintenir ses déplacements.

« Je peux parce que j'ai le bus à côté, juste là... Et à chaque fois que j'ai rendez-vous ou que je dois aller voir un médecin, je regarde d'abord s'il y a un arrêt de bus, un arrêt de tram à côté de là. Quelque chose qui soit près. Parce que je suis appareillée aussi, je fais des apnées. Donc mon pneumologue aussi, je descends du tram, je rentre chez lui. Je fais 40 apnées par minutes. »

(Mme FB, 69 ans, territoire B).

Mais les transports collectifs n'apparaissent pas toujours adaptés aux déplacements des personnes très âgées qui mentionnent, lors des entretiens, l'inconfort, les risques de chute dans les bus, les arrêts parfois trop éloignés des lieux ressources. La marche apparaît comme le moyen de déplacement privilégié de beaucoup des aînés interrogés et comme support d'un accès aux administrations, aux services et aux soins. Les distances pouvant être parcourues en marchant sont toutefois réduites pour certaines personnes. « À portée de marche » est ainsi un critère de facilitation du recours et de l'accès aux droits et aux soins pour les personnes âgées.

« Et bien nous comme le cardiologue c'est tout à la clinique X, on va là-bas parce que c'est pareil on peut y aller à pied, et s'il y en a un qui y est, l'autre peut y aller à pied le voir, c'est vrai que je me vois mal aller à l'hôpital, c'est compliqué, le tram, faut changer au moins une fois si c'est pas deux et en voiture pour le parking... alors il faudrait

prendre un taxi mais... ça ça me fait un peu peur, c'est compliqué, si ça arrive. »

(Mme M, en couple 74 ans, territoire C).

Sur le territoire B, la marche et les transports en commun sont privilégiés pour rejoindre les lieux administratifs et les offres de soins. Les enquêtés, globalement plus jeunes que ceux du territoire urbain C, sont plutôt satisfaits de l'offre de transports. Si les caractéristiques communes aux villes dynamiques, aux flux denses et rapides, peuvent gêner quelques-unes des personnes rencontrées, c'est surtout le passage d'un quartier à un autre, qui peut s'avérer difficile, malgré l'offre de transports en commun, lorsque le déplacement doit se faire via des zones considérées par les personnes comme dangereuses. Ainsi, le point d'information destiné aux séniors n'est, aux dires des salariés rencontrés, que peu fréquenté du fait de son positionnement dans un quartier où se trouve un point de deal important qu'il est difficile de contourner. Le sentiment de sécurité versus d'insécurité peut contribuer à la mobilité ou à au repli des personnes enquêtées.

Le territoire D est situé quant à lui aux confins de 4 départements. La commune est distante de 20 kilomètres d'un pôle urbain doté d'un centre hospitalier et à 50 kilomètres d'une métropole dotée d'une offre de soins diversifiées avec notamment plusieurs établissements hospitaliers. Cette situation géographique constitue plutôt un avantage s'agissant de la question des soins du point de vue de plusieurs enquêtés, du fait de la possibilité que cela permet en termes de choix ou d'alternatives dans un contexte où beaucoup d'offres sont saturées, et ce même si les distances à parcourir sont globalement importantes. Les personnes s'orientent vers telle ou telle structure en fonction des disponibilités et des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous mais aussi en fonction de la réputation des praticiens. La dépendance à un véhicule et/ou à des personnes

pouvant les transporter est toutefois, comme pour le territoire A, importante. Le bouche à oreille fonctionne dans ce territoire particulièrement comme support de recommandation et d'accès aux soins.

E : « Vous êtes à quelle distance de A., ici ?

Mme : 20 kilomètres

Mr : c'est ma fille qui m'emmène. On est allés, la semaine dernière, on est allés, et là, c'est eux qui ont fait ...et maintenant je vais à L. Parce que l'opération, ils peuvent pas la faire. Donc voilà, on attend.

E : Donc, en fait, pour les soins, vous êtes tantôt à V., tantôt à A., tantôt à L. Vous êtes entre les trois départements, en fait. Oui. Parce que vous êtes, oui, c'est vrai qu'ici, on est...

Mr : Et oui on est au centre. »

(Couple V, 90 et 94 ans, territoire D).

Permanence versus transformations des territoires et des lieux ressources

Les transformations physiques du territoire peuvent constituer également des obstacles pour l'accès aux droits et services : changement des sens de circulation, disparition des possibilités de stationnement, densification urbaine, déplacement des lignes de bus, suppression de certains arrêts... Le fils de Monsieur E (territoire D) évoque l'impossibilité assez récente pour son père d'utiliser la voiture pour aller au centre-ville du fait de l'installation de nouvelles bornes de stationnement auxquelles son père n'arrive pas à s'habituer.

Fils : « Comme je vous disais, après, le seul souci, c'est maintenant avec les bornes. Il est incapable de pouvoir, parce que vous avez des bornes, il ne faut plus se garer.

E : Ah oui.

Fils : Même si c'est gratuit, c'est limité dans le temps. Il faut rentrer son immatriculation.

E : Partout ?

Fils : Dans toute la ville, ils nous ont mis des bornes depuis deux ans.

E : D'accord. Et donc, ça se fait avec quoi avec le téléphone ?

Fils : Non, vous avez la borne. Vous pouvez rentrer la carte d'immatriculation. Et après, vous mettez le ticket derrière le pare-brise et c'est tout.

E : D'accord.

Fils : Et vous êtes limité à une demi-heure enfin ça doit dépendre des secteurs.

Et donc, de 8 heures à midi et de 14 heures jusqu'à 18 heures faut rentrer son... Et ça, il ne peut pas le faire. Il ne sait pas le faire. »

(Fils famille E à propos de son père 85 ans, territoire D).

De même le déplacement des lieux identifiés comme ressources, la disparition des permanences de proximité, leur éloignement de certains lieux d'habitation des enquêtés constituent des difficultés pour l'accès aux droits. Savoir où trouver les acteurs en cas de besoin et comment les joindre ou les rejoindre, avoir sur son parcours de marche un interlocuteur identifié peut être rassurant et aussi faciliter la recherche d'informations anticipée, le questionnement sur certains sujets.

« À une époque les contacts étaient beaucoup plus faciles, j'allais au bureau là et c'était beaucoup plus facile. Maintenant tout est lointain, tout est compliqué, on ne sait jamais où est la bonne personne, il faut prendre des RDV téléphoniques longtemps à l'avance et tout ça c'est compliqué. Il y a un moment où c'est dur d'entrer dans cet univers. Peut-être que pour des personnes comme vous, ça vous est naturel mais... l'éloignement, on sent tout ça loin, voyez,

on a perdu cette notion de proximité, c'est loin, c'est compliqué, je vous dis il faut 3 semaines pour avoir un RDV téléphonique, des trucs comme ça. »

(Mme G., 90 ans, territoire C).

Ce sont également les rapports que les personnes entretiennent avec leur lieu de vie, leurs plus ou moins fortes ressources d'ancrage, qui supportent ou entravent le recours aux soins et aux droits. L'enquête a permis de distinguer des formes d'appropriation et d'ancrage territorial différenciées chez les personnes rencontrées.

Il importe de souligner la part non négligeable, dans notre panel, de personnes ayant un parcours résidentiel discontinu. Il peut s'agir de parcours migratoires en provenance de l'étranger ou de parcours de déplacement d'une région à une autre. Plusieurs personnes - notamment sur le territoire de montagne ou sur le territoire C - se sont installées au moment de la retraite. D'autres encore pratiquent une bi-résidentialité, partageant leur existence entre la ville et la campagne. Selon l'ancienneté de l'installation, selon les motivations qui ont soutenu le déménagement, les personnes ont développé des formes d'ancrage territorial très variés. Les personnes natives, ou installées depuis longtemps sur le territoire où elles vivent actuellement, paraissent mieux en connaître les ressources et bénéficient de solidarités locales de voisinage. Les personnes installées sur le tard ont développé une connaissance du territoire liée à ce qui a motivé l'installation ou à leur centre d'intérêt prioritaire. Ainsi plusieurs personnes installées sur le territoire A en raison de leur intérêt pour la montagne, ont une parfaite connaissance des massifs environnants mais ignorent tout de l'offre sociale, de santé ou culturelle. Ou encore certaines personnes installées sur le territoire C ont cherché à repérer l'offre culturelle et les jardins partagés en

ville mais ne connaissent pas les institutions médico-sociales. De surcroît, si les personnes natives des territoires peuvent parfois compter sur la médiation de leurs familles ou voisins pour l'accès aux services et aux droits, il n'en est pas de même pour les personnes qui ont engagé une mutation résidentielle et dont les familles se trouvent éloignées.

« J'ai vu pas mal de trucs. J'ai fait des amis, des copains, des copines, oui, des bonnes relations différentes, quoi. Qui n'avaient rien à voir avec les relations amicales que j'ai avec des gens que je connais à C. Ici, bon, j'ai des relations, j'ai des bonnes relations, mais on peut pas dire que dans les petits villages, ce sont des relations vraiment amicales. Non, ici c'est pas vraiment des amis, quoi. C'est des très bonnes relations, mais on fait pas de confidences. On parle pas de choses vraiment intimes, c'est pas pareil. »

(Mme C, 78 ans, territoire A).

La solidité des relations sociales et la possibilité de faire jouer les solidarités pour recourir aux droits et services sont liées à l'ancienneté, à l'ancrage local des personnes et des intervenants, mais aussi à l'existence de voisinage stable. Ce point sera approfondi dans la partie suivante. Dans les territoires ruraux, on peut en outre observer une perméabilité des frontières entre l'action professionnelle, l'action bénévole et la solidarité de voisinage. Cette mixité des rôles favorise un soutien aux multiples facettes, dans l'accès aux droits et services. Ainsi, quand elle se rend en ville pour ses propres besoins ou accompagne un bénéficiaire chez un dentiste à 30 kms, la bénévole responsable de l'ADMR (Aide à domicile en milieu rural) du territoire A explore par exemple les possibilités d'accès à des spécialistes cardiologue ou ORL pour se créer un carnet

d'adresse utile pour des bénéficiaires de l'association ; sur ce même territoire, l'un des pharmaciens s'arrête au passage chez une personne enquêtée livrer des médicaments lorsqu'il rentre chez lui à la pause méridienne et la kiné qui vient boire le thé le samedi, parce qu'elle est voisine, donne des informations sur la mutuelle. Cependant, sur le territoire D, les réaménagements de la commune, la disparition de commerces, l'arrivée de nouveaux groupes d'habitants, le turn-over des résidents dans certains immeubles d'habitat social, conduisent à la disparition de l'interconnaissance et de l'entre-soi qui constituaient un support dans les difficultés. Ils peuvent également induire un sentiment d'insécurité qui conduit au repli sur la sphère domestique. Ce qui se joue alors est la perte d'un « capital d'autochtonie » (Renahy, 2010), i.e. un socle de connaissances et de repères constitué au fil de l'ancrage territorial, qui pouvait constituer, notamment pour les classes populaires, un support essentiel pour l'accès aux droits et services. Un capital de mobilité semble alors être plus performant pour se situer et s'adapter à un univers changeant. Or, ce capital de mobilité est ce qui fait fréquemment défaut pour les personnes avancées en âge. Le non-recours peut apparaître alors comme le symptôme d'une forme de *désajustement territorial* (Gucher, 2024).

1.2 L'organisation territoriale des services destinés aux personnes âgées : trop loin parfois et, souvent, trop compliquée

L'organisation des services destinés aux publics âgés varie d'un territoire à l'autre. Au-delà des disparités concernant l'offre de soin sur lesquelles nous reviendrons plus tard, aucun des 4 territoires investigués ne présente la même organisation pour ce qui concerne l'accès des personnes de plus de 60 à leurs droits en matière de droits sociaux et aux services d'autonomie. En effet, malgré le cadre national de répartition des compétences, les initiatives locales, notamment portées par les CCAS (Centre communal d'action sociale) et plus largement par les services municipaux, mais aussi les initiatives associatives, diffèrent fortement. Même pour ce qui concerne l'action départementale la structure des services n'est pas identique selon les territoires³.

Sur le territoire A, la maison du Département où se trouve le service autonomie est située dans la commune la plus importante du territoire. Le centre médico-social du Département y est également localisé et propose des permanences d'assistants de service social, susceptibles d'intervenir sur des problématiques de précarité hors champ de l'autonomie. Dans cette même commune, on trouve un CCAS, labellisé Point info autonomie ou Point info accueil où les dossiers d'APA peuvent être retirés. Le CCAS fait également office de guichet unique pour compléter les dossiers

d'aide sociale légale (hébergement pour les personnes âgées et handicapées, portage de repas, pour bénéficier d'une aide à domicile) mais uniquement pour les personnes domiciliées dans la commune. Un service de téléalarme est disponible via le CCAS en lien avec la centrale d'écoute des sapeurs-pompiers. Le CCAS a également été labellisé France Services en 2020, les agents proposant ainsi un accueil de 1^{er} niveau pour aider à effectuer des démarches auprès notamment de la CAF, de la CPAM et de la CARSAT.

Dans les autres communes du territoire, les mairies peuvent constituer un relais pour les personnes âgées qui rencontreraient une problématique d'autonomie. Un bus France Service portée par la communauté d'agglomération et opéré par le Point d'Information Médiation Multiservices (PIMMS) Médiation a vocation à apporter un soutien pour des démarches administratives et d'accès aux droits. Il assure une permanence dans plusieurs des communes du territoire où nous avons enquêté à raison d'une journée par mois. Notons que sur le territoire A, l'aide à domicile est principalement assurée par l'association ADMR (Aide à domicile en milieu rural).

Sur le territoire D (une commune), les interlocuteurs sont plus regroupés géographiquement. La ville dispose d'un Service social, insertion et prévention de la délinquance depuis environ deux ans,

3. Dans une logique d'anonymisation des territoires et des acteurs, nous avons légèrement modifié, dans les développements qui suivent, le nom et les acronymes des structures, directions, services et entités associatives.

le CCAS est l'une de ces compétences. Dirigée par une ancienne assistante de direction de la mairie, les missions obligatoires du CCAS sont gérées au guichet de la mairie, sans espace physique dédié, par une agente d'accueil proche de la retraite qui n'a pas de formation sociale. Tout comme sur le territoire A, le département, par convention avec le CCAS, organise un Point info autonomie (PIA) qui propose de l'aide pour remplir les dossiers de demandes d'APA notamment et fait le relais vers les services compétents pour instruire les dossiers. Il est en outre possible de s'adresser au CCAS pour être équipé d'une téléalarme. La Maison du département la plus proche avec en son sein un service autonomie est localisée dans une commune de plus grande importance située à 20 kms. On peut noter également la présence d'assistantes sociales au centre médico-social (CMS), antenne de proximité du Département, située dans la ville voisine, à une distance

de quelques kilomètres, accessible en transports en commun. Le CMS propose un accompagnement dans le domaine de la santé et du social et s'adresse à toutes les tranches d'âge. Un centre social propose des rencontres et sorties à la journée ainsi que des permanences administratives et sociales, durant lesquelles il est notamment possible de rencontrer des CESF ou un conseiller numérique France service. Du fait de la présence de deux QPV sur son territoire, l'intercommunalité dont fait partie la commune sur laquelle nous avons posé le regard a bénéficié d'un financement de l'État au titre de la politique de la ville pour l'intervention d'un « Bus France Services » opéré par le Points d'Information Médiation Multiservices » (Pimms) présent deux demi-journées par mois sur la commune. Soulignons enfin que l'aide à domicile et les services à la personne (y compris le portage de repas) se situent dans le champ de l'initiative privée et aucun acteur ne se distingue véritablement.

	Territoire A	Territoire D
Département	Maison du département, Centre médico- social avec AS Point info autonomie : commune la plus importante du territoire.	Centre médico-social Point Info autonomie
CCAS	Point info autonomie, France Service, Service téléalarme (commune la plus importante du territoire) Inexistants selon les communes ➔ permanences des mairies.	Service Social - Insertion - Prévention de la délinquance dont fait partie le Point Info autonomie Convention avec B. pour installation de téléalarme Plan canicule
Services d'aide à domicile	ADMR	Divers acteurs privés
France service	Bus France service de la com com CCAS Labellisé France service (commune la plus importante du territoire).	Bus France service 2 j/mois
CIAS	Portage de repas	-
Associations proposant actions en matière d'accès aux droits	-	Centre social (soutien administratif, numérique et social notamment)

Sur ces deux territoires, le nombre d'acteurs auxquels les personnes âgées peuvent s'adresser, notamment en cas de problématiques d'autonomie, est assez réduit. Les acteurs municipaux sont plutôt bien identifiés par les enquêtés. Sur le territoire D, la Directrice du Service Social, Insertion, Prévention de la délinquance est notamment très connue de la population dans la mesure où elle a dirigé, par le passé, différents services municipaux que plusieurs femmes mentionnent beaucoup au cours des entretiens. Elle paraît être un point de repère pour plusieurs des personnes âgées rencontrées qui l'appellent d'ailleurs par son prénom. Dans les petites communes du territoire A, si l'on demande aux personnes à quelle porte elles ont initialement frappé ou à quelle porte elles imagineraient frapper pour des questions relatives à l'autonomie, la mairie est l'interlocuteur le plus cité. Mais les communes du territoire A n'ont pas toutes les mêmes ressources en particulier sur le plan humain. Dans les plus petites, la permanence d'une secrétaire de mairie varie de 3 jours par semaine à 4 demi-journées. Le CCAS de la plus grande commune est également un lieu où plusieurs des personnes interrogées se sont déjà rendues ou où elles imagineraient se rendre pour des questions relatives au soutien à domicile, sans toutefois savoir que c'est un Point info autonomie.

Le service autonomie de la plus grande commune est mentionné uniquement par quelques personnes pour évoquer, en particulier, son éloignement et le fait que s'organiser pour s'y rendre n'est pas chose aisée dans un contexte où les horaires des transports ne correspondent pas toujours avec ceux du service. Sur le territoire D, le service autonomie n'est pas beaucoup plus repéré : le centre médico-social l'est davantage, plusieurs personnes y ayant déjà eu recours, en particulier pour des problématiques de logement ou d'endettement.

Le centre social associatif est aussi une porte d'entrée très identifiée sur le territoire

D. en cas de besoins administratifs ou sociaux mais aussi pour les activités qu'ils proposent et les temps d'échange entre habitants, lors desquels plusieurs personnes ont obtenu des informations par rapport à des problématiques d'accès aux droits sociaux. Sur le territoire A, le fort ancrage local de la bénévoles qui gère le service associatif d'aide à domicile en fait un repère essentiel pour la majorité des personnes rencontrées. L'ADMR est notamment l'acteur le plus cité par les personnes interrogées qui commencent à se questionner sur les possibilités de soutien à domicile ; c'est par l'association que les personnes passeraient pour obtenir des informations et pour être orientées dans leurs démarches.

Les territoires A et D se distinguent néanmoins, d'une part par l'éloignement des interlocuteurs - très important pour une majorité des habitants du territoire A - et par la disponibilité de ressources d'information au niveau des communes. Sur le territoire A, les personnes rencontrées habitent dans des communes situées en moyenne à 25 kilomètres du service de l'autonomie et du CCAS donc du Point info autonomie et des services liés à France service. Les plus éloignées en sont distants d'environ 40 kilomètres. L'existence d'un bus France service est plus connue des personnes interrogées sur le territoire A que de celles vivant sur le territoire D. Dans les deux cas cependant, les personnes qui ont utilisé le bus France service notent la disponibilité et la sympathie des interlocuteurs rencontrés dans ce cadre mais aussi le fait qu'elles n'ont pas nécessairement obtenu les réponses à leurs questions qui portaient sur le public âgé.

Il convient enfin de souligner les écarts de formation et de compétence sociale, médico-sociale et plus encore gérontologique des interlocuteurs disponibles sur les deux territoires mais aussi au sein même des territoires. Ainsi les responsables bénévoles de l'aide à domicile ou les secrétaires de mairie des petites

communes, qui ont une vocation de gestion généraliste des affaires communales, n'ont pas toutes la même connaissance des dispositifs relatifs à la perte d'autonomie ou plus généralement des droits sociaux. L'âge avancé de certains intervenants, centraux dans l'organisation du maintien à domicile de plusieurs des personnes rencontrées dans cette recherche, peut aussi amener des questionnements sur ce qu'il adviendrait sans eux.

Les deux territoires très urbains sur lesquels nous avons enquêté se caractérisent par une répartition, sur le papier, plutôt claire des compétences entre acteurs municipaux et départementaux.

Le territoire B dispose de Maisons départementales de la solidarité (MDS). Tous les publics peuvent y être accueillis pour un accompagnement ponctuel. À ce titre, les personnes âgées autonomes dans leurs démarches font partie des publics des MDS. Par ailleurs, le Département a choisi d'externaliser les 10 CLICs présents sur son territoire d'intervention en en confiant la gestion et l'organisation à des associations (6) ou à des CCAS (4). Le pôle Info Senior du centre-ville (qui est celui auquel peuvent théoriquement s'adresser la majorité des enquêtés de cette recherche au regard de leur lieu d'habitation) est porté par une association qui gère également 7 EHPAD, des résidences autonomie, d'autres Pôles Infos Senior et des crèches. Ce PIS assure les missions traditionnelles d'un CLIC, c'est-à-dire : accueil, information, orientation, éventuellement évaluation de situations et animation du réseau partenarial. Le département a aussi ouvert des maisons du B., ayant pour mission d'informer, d'orienter et d'accompagner dans leurs démarches administratives les personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Leurs autres missions sont de lutter contre l'isolement par l'organisation de sorties, d'ateliers sur des thématiques comme la

fracture numérique, la mémoire, l'équilibre, la nutrition et d'assurer une veille sanitaire auprès de leurs publics (appels réguliers et d'urgence). Les maisons du B. ne disposent pas de compétence sociale.

Le CCAS de la ville a conservé une compétence gérontologique. La Direction autonomie est composée d'un SIAD, d'un accueil de jours Alzheimer, de résidences-autonomies et d'un service maintien à domicile intégrant des prestations de portage de repas, de mise en place de la téléassistance, un service d'aide aux courses, un service de petit bricolage à domicile et un service de veille sociale (téléphonique). Cette direction s'organise essentiellement comme support de prestations de services et n'a pas en son sein de compétence sociale.

La Direction accès aux droits dispose quant à elle d'une compétence sociale, à travers des agences d'accueil de service sociaux au sein desquelles l'accueil a vocation à être inconditionnel. On trouve, dans ces agences, des Espaces aînés (EA) chargés de faciliter, en proximité, l'accès aux droits des personnes âgées. Chaque EA couvre deux arrondissements de la ville et est constitué d'un binôme : une assistante sociale et une conseillère d'éducation sociale et familiale (CESF) qui œuvrent principalement à domicile. Les orientations vers les EA sont principalement effectuées par des professionnels de santé et des acteurs associatifs mais il arrive que des particuliers (par exemple, des voisins de personnes âgées) « signalent » des situations. Les personnes âgées « dépendantes avec troubles cognitifs ou troubles de la capacité décisionnelle » peuvent s'adresser aux EA, comme l'ont décidé le Département et le CCAS. Des espaces France Service sont également présents sur le territoire B. Plusieurs acteurs associatifs interviennent également auprès du public sur lequel nous avons porté le regard dans cette recherche acteurs. On peut notamment citer l'association PF., composées de

sept équipes d'actions territoriales, accompagnant 400 personnes âgées tout au long de l'année avec des visites à domicile, des ateliers thématiques, des séjours de vacances. L'association gère aussi une pension de famille qui accueille des résidents en grande précarité et une maison d'accueil à la journée. Au travers notamment d'actions « d'aller-vers », l'association signale des situations aux EA. C'est également les cas de l'association D. qui mène depuis quelques années une expérimentation de médiation sociale vers les seniors habitant dans différents QPV de la ville. Le dispositif a pour objectif de repérer les seniors isolés pour les orienter si besoin vers les services institutionnels et associatifs adéquats. On peut aussi évoquer l'association C. qui met en place des actions d'accompagnement personnalisé, sur plusieurs mois, pour des personnes âgées en situation de précarité, faisant face à des difficultés de maintien à domicile, d'accès à un logement adapté, d'accès aux droits sociaux et/ou aux soins. Les personnes sont orientées vers C. par les acteurs institutionnels et par d'autres associatifs. Ces dispositifs associatifs prennent en compte le besoin d'aller-vers, l'existence de situations complexes qui résultent de la conjugaison de problématiques sociale, de santé ainsi que de problèmes spécifiques de perte d'autonomie liée à l'avancée en âge. Ils reposent sur une mise à disposition effective de compétences sociales et médico-sociales, d'accompagnement et de connaissance des droits et dispositifs.

Sur le territoire C, les interlocuteurs présents en matière d'accompagnement du vieillissement sont nombreux, notamment en raison du passé d'action gérontologique riche de la ville. Celle-ci fait partie du réseau Ville des aînés. Le Département assure l'accompagnement social des personnes retraitées de moins de 75 ans dans ces services locaux des solidarités (SLS) et la Maison Départementale de l'autonomie

abrite les services dédiés aux personnes en perte d'autonomie, dont les personnes âgées. Un conventionnement avec le Département permet au CCAS d'intervenir auprès des personnes de plus de 75 ans : 16 assistants sociaux spécialisés sont ainsi chargés d'accompagner cette population. La Direction d'Action Sociale Personnes Âgées du CCAS recouvre une direction de l'offre de soins, une direction accès aux droits, une direction autonomie et veille. Différents services - SSIAD, portage de repas, registre canicule et lutte contre l'isolement - interviennent dans des domaines aussi divers que le maintien à domicile, l'aide administrative, le logement, le lien social... Les Cellules d'Animation Gérontologique, Intergénérationnelle constituent des espaces d'information, de rencontre et d'activité dans les différents secteurs de la ville. C'est également le cas des Maisons des H. qui sont ouvertes à tous les habitants des quartiers où elles sont implantées. Des associations y proposent notamment des initiations à internet pour les personnes âgées et des permanences avec un médiateur numérique. Une politique d'aller-vers a été instaurée par le CCAS pour renforcer l'accès aux droits de différentes publics. Elle se traduit également par des actions d'information auprès des personnes âgées et de leurs proches sur l'existence du registre personnes fragiles et isolées. Le territoire C dispose aussi d'un espace France service.

	Territoire C	Territoire B
Département	Maison de l'autonomie Services Locaux de Solidarité	Service autonomie Pôle Info Senior Maisons des Solidarités Maisons du B.
CCAS	Service social CAGI Services de soutien à domicile Dispositif d'aller vers Maisons des H. Résidences autonomie EHPAD	Service maintien à domicile Agences d'Accueil et de Services Sociaux, avec EA Résidences autonomie
Mairie	Démarche VADA	
France service	Antenne unique pour la ville. Ouverte tous les jours.	Une antenne sur le territoire enquêté. Ouverte tous les jours.
Associations de médiation, d'accès aux droits, d'aller-vers	Non-investigué.	Association PF Association D Association C ...

Sur les territoires B et C, les personnes interrogées sont globalement assez perdues s'agissant des acteurs à solliciter pour des besoins relatifs au soutien de l'autonomie à domicile.

Sur le territoire C., la maison départementale de l'autonomie est rarement mentionnée par les personnes. Tout du moins est-elle peu nommée. Au détour des échanges, on comprend que plusieurs personnes ont eu affaire aux services départementaux de l'autonomie, notamment parce qu'elles sont bénéficiaires de l'APA. Sur le territoire B, plusieurs enquêtés évoquent d'eux-mêmes les Maisons du B. et se représentent à peu près le type de services qu'elles peuvent apporter. Quelques-unes des personnes interrogées y sont d'ailleurs allées pour obtenir des renseignements ou ont ponctuellement participé à des activités organisées par ces maisons. Les Points infos seniors (PIS) sont moins souvent mentionnés même si, là encore, on comprend au cours de certains entretiens que des personnes ont eu des échanges avec ces structures et que ce sont des professionnels des PIS qui les ont orientées vers les maisons du B.

Des professionnels du point info du centre-ville avec lesquels nous nous sommes entretenues confirment faire des orientations vers ces maisons, notamment lorsque les personnes ont besoin d'aide dans la réalisation de leurs démarches administratives ou sur la question numérique. Plusieurs enquêtés ont également eu recours aux maisons des solidarités du département présentes sur le territoire B., souvent après avoir rencontré des difficultés à identifier où adresser leurs demandes (relatives plutôt à des problématiques financières, de ruptures de droits sociaux et/ou de logement). Certains d'entre eux ont ensuite été orientés par les MDS vers l'association C. pour qu'un accompagnement individualisé soit mis en place. Notons que ce sont les espaces France service qui avaient guidé plusieurs personnes vers les MDS. Globalement, le CCAS est assez peu évoqué dans les entretiens réalisés sur le territoire B. Une femme dit avoir bénéficié du portage de repas du service maintien à domicile durant une période et avoir été satisfaite des échanges réguliers qu'elle a eus dans ce cadre avec le CCAS. Une autre personne s'est pour sa part tournée

vers le service de maintien à domicile de la direction autonomie du CCAS pour la mise en œuvre du plan APA de sa mère en GIR 2 ; la travailleuse sociale qui s'est déplacée pour rencontrer cette personne à domicile a indiqué l'impossibilité pour le CCAS de réaliser les heures prescrites, du fait de moyens humains très limités. Elle a cependant orienté cette personne vers différents acteurs privés pouvant répondre à sa demande. En échangeant avec différents professionnels et bénévoles du territoire B, on comprend que les moyens humains disponibles au sein du service maintien à domicile et des EA du CCAS sont insuffisants par rapport à l'importance des besoins. Certains acteurs disent, lors des entretiens, se retenir parfois d'orienter vers les EA pour ne pas surcharger davantage les professionnels alors même qu'ils pensent que l'accompagnement qu'ils pourraient effectuer serait pertinent pour les personnes. Dans ce contexte, le rôle de relais joué par les acteurs associatifs comme l'association C. est essentiel pour accompagner les personnes dans la mise en place de leurs droits sociaux et/ou d'un plan d'aide pour soutenir leur autonomie à domicile mais là encore les ressources disponibles ne sont pas extensibles.

Sur le territoire C., les acteurs les plus cités dans les entretiens comme ceux que les personnes solliciteraient ou ont sollicité sur des questions relatives au soutien de l'autonomie à domicile sont les acteurs municipaux. Toutefois, les personnes ne peuvent souvent pas dire précisément à qui elles se sont adressées ou à qui elles s'adresseraient, ni comment elles ont fait ou feraient pour entrer en contact avec le CCAS. Plusieurs disent simplement que leur réflexe en cas de besoin, quelle qu'en soit la nature d'ailleurs, reste « *d'appeler la mairie* ». Parmi les lieux municipaux du territoire C. dont parlent les enquêtés, il y a les Maisons des H. au sein desquels quelques-uns dont la mobilité est encore bonne continuent de se rendre, de temps en temps.

Les Cellules d'animation gérontologique et intergénérationnelle sont parfois évoquées sans cependant que les personnes ne les nomment explicitement. Bien que leur cœur de mission soit le maintien du lien social, à travers la proposition d'activités de loisirs, des personnes disent qu'elles pourraient peut-être y trouver de l'information par rapport à certaines de leurs difficultés quotidiennes. Notons que les bibliothèques font partie des lieux municipaux que plusieurs des personnes âgées interrogées sur le territoire C. continuent de fréquenter, en lien avec une appétence intacte pour les offres et propositions culturelles. La bibliothèque est ainsi parfois le seul lieu extérieur dans lequel certaines personnes disent continuer de se rendre, parfois non sans difficultés. De la même manière, le site internet des bibliothèques est le seul que certaines personnes visitent encore.

Dans les territoires B et C, au sein desquels les personnes ont globalement du mal à repérer les portes auxquelles frapper et où les ressources institutionnelles sont pour certaines saturées, l'enjeu central semble être celui de l'accueil inconditionnel des demandes puis de leur réorientation. Les entretiens effectués sur le territoire B. donnent en l'occurrence bien à voir les orientations d'un acteur vers un autre et les conditions qui font que les personnes ne se perdent pas en cours de route (par exemple le fait de noter par écrit les noms des structures et surtout les adresses où les personnes doivent se rendre, la prise de contact direct avec un professionnel de la structure où l'on oriente la personne...). Dans ce contexte où les portes d'entrée sont multiples mais peu repérées par les usagers potentiels et où l'on ne trouve plus de relais de proximité dans certains quartiers, les actions d'aller-vers ou « hors les murs » comme celles du CCAS sur le territoire C. et/ou de médiation, notamment le travail mis en œuvre par l'association D. sur le territoire B., produisent des effets de différents types : repérage de personnes en

situation de fragilité multidimensionnelle, information des personnes sur les lieux où se rendre en fonction de leur situation, réassurance dans le droit de se tourner vers les services publics... Elles ne sont cependant pas toujours suffisantes pour aboutir à des ouvertures de droits, par manque parfois de spécialisation dans le champ de la gérontologie et/ou impossibilité de repasser le relais à des intervenants spécialisés. Alors que la mobilité en ville

peut être problématique en particulier pour les personnes les plus âgées, les interventions à domicile, lorsqu'elles existent (c'est le cas sur le territoire B), sont particulièrement plébiscitées par les personnes âgées rencontrées. C'est là un point commun avec le territoire A.

1.3. Proximité, visibilité, stabilité, matérialité, personnalisation : des caractéristiques qui favorisent le recours quand l'accès est protéiforme

De manière générale, repérer les institutions, les nommer et identifier leurs compétences n'est pas chose aisée pour les personnes, et ce, nous l'avons pointé, même pour des institutions auxquelles les personnes ont déjà eu affaire.

E : « Est-ce que vous connaissez les services qui existent quand on vieillit ?

Mr : Pas spécialement, non. (...)

E : D'accord. Donc, les services qui peuvent informer ou ceux qui peuvent faire de l'aide à domicile, la téléalarme, vous savez, des systèmes d'alarme qu'on peut déclencher si on fait une chute ou autre, tout ça, vous ne connaissez pas ?

M. : Non, je ne connais pas, non.

E : D'accord. Et les services du conseil départemental ? Enfin, autrefois, c'était le conseil général. Vous les connaissez ?

Mr : Ben oui, je pense que j'ai eu affaire à eux.

E : Oui ?

Mr : Pour la carte de stationnement.

E : D'accord. À la MDPH, j' imagine.

E : Je ne sais pas comment ça s'appelle. »

(M. B, territoire A).

Le fait de se tourner vers une administration ou à un service n'est pas toujours raisonné en fonction de l'adéquation à un besoin clairement identifié. Ce sont les contacts antérieurs avec certaines institutions qui peuvent amener les personnes à les solliciter de nouveau, même si les personnes ne savent pas nécessairement si

l'institution en question est compétente par rapport à leur demande.

Les représentations que les personnes ont sur les missions des institutions ou sur d'autres structures peuvent cependant ne pas favoriser le fait de se tourner vers celles-ci pour certains besoins. On peut sur ce point souligner que les caisses de retraite obligatoires ne sont que peu repérées par les personnes interrogées comme des acteurs proposant des offres de soutien en cas de fragilité de diverse nature. Toutes connaissent les CARSAT mais quasiment aucune ne leur attribuent un rôle autre que celui qu'elle joue sur la question des retraites. Les dernières interactions des personnes avec ces organismes sont en outre plus ou moins lointaines selon leur âge. Les caisses de retraite complémentaire sont, elles-aussi, principalement identifiées pour leurs missions de paiement de pensions. Le fait qu'elles puissent être des interlocuteurs sur le sujet du soutien à l'autonomie à domicile est mentionné par quelques personnes qui ont bénéficié de leurs services, en particulier après une hospitalisation.

Dans ce contexte où il est difficile pour les personnes de déterminer précisément qui fait quoi, la recommandation du voisinage ou de proches, les échanges avec d'autres personnes dans des lieux de soins, la relation interpersonnelle qui a pu s'établir antérieurement ou le repérage en passant du lieu constituant des supports à des démarches ultérieures de recours.

E : « Et comment vous connaissiez le CCAS avant cela ?

Mme : Avant je connaissais la dame de l'accueil, c'était une voisine. Elle y a travaillé longtemps. Elle est partie en retraite. Là, la dame avait l'air bien ce matin. Il y a quelque temps, une personne m'a dit, vous avez sûrement des droits que vous ne connaissez pas.

E : Au CCAS ?

Mme : Non. J'étais chez un médecin et j'avais entendu une dame depuis la

salle d'attente qui disait qu'elle avait la complémentaire santé je ne sais pas trop quoi quand on lui a demandé sa mutuelle. Alors ça m'a fait réfléchir... »

(Mme R, 80 ans ; territoire A).

Un contact antérieur pour soi ou un proche peut faciliter la mise en route de démarches sur le sujet de l'autonomie à domicile comme sur d'autres. Plusieurs des personnes âgées rencontrées en entretien ont été, par le passé, dans la situation d'aider un parent et/ou un conjoint en perte d'autonomie et ont conservé des contacts et/ou a minima des points de repère dans ce domaine.

En revanche, lorsqu'une expérience de contacts compliqués avec des institutions ou des services sociaux préexiste, se tourner de nouveau vers les structures en question peut être difficile pour les personnes, même si la demande porte sur un autre sujet.

« Alors là, je ne vais pas m'étendre sur ce sujet, mais je peux vous dire que le département ne m'a pas aidée. Le département, je payais une partie de la maison de retraite. Ils m'ont... Je ne veux pas être grossière, mais enfin, ils m'ont bien... Alors que dans la Somme, là-haut, je demandais pas... J'avais pas droit à la CAF, parce que j'avais qu'une gamine, mais bon, les APL... J'avais pas d'APL. Si, j'avais peut-être des APL au début, j'en sais rien. Mais le département ici, zéro. Ils m'ont vraiment pas aidée. »

(Mme C, 78 ans, territoire A).

Les personnes empruntent ainsi les portes d'entrée dont elles ont entendu parler, devant lesquelles elles passent en se promenant ou qu'elles ont déjà expérimenté. Elles questionnent aussi sur les possibilités de soutien à domicile des professionnels qu'elles ont l'occasion

de rencontrer : c'est le cas des médecins traitants, lorsque les personnes en ont un, mais aussi d'autres professionnels de santé - pharmacien.ne.s, kinésithérapeutes, infirmier.e.s en particulier. Dans la mesure où ce ne sont pas toujours celles qu'ils conviendraient d'emprunter sur des questions liées à l'autonomie, le sujet est donc bien aussi celui de la captation des demandes et de leur réorientation. Ainsi, l'existence de services dédiés devant permettre l'accès aux droits en matière de soutien à l'autonomie n'est pas suffisante pour en garantir l'effectivité. Il ressort également des entretiens que certaines caractéristiques des services contribuent ou non à l'accès aux droits mais aussi aux soins : leur matérialité, leur visibilité, leur proximité et leur stabilité ainsi que la personnalisation de la relation. Dit autrement, le développement d'une politique et d'une action médico-sociale d'accompagnement du vieillissement identique en tout point du territoire national ne peut se suffire. Elle doit être conjuguée à une politique d'aménagement des services et des territoires qui prennent en compte les spécificités locales (Gucher, 2015).

Matérialité, visibilité, proximité et stabilité : enjeu de connaissance par les lieux

Au cours des entretiens, les personnes mentionnent fréquemment des lieux, des endroits, des adresses, qui leur paraissent utiles plutôt que des institutions ou des organismes. Elles ne rattachent en outre que peu ces lieux à des institutions. Ainsi sur le territoire B, la permanence de France service nommée « La C. » du nom de la rue où elle se situe, semble assez bien repérée mais les personnes ne savent aucunement dire que c'est une permanence France service ; pour les personnes vivant sur le territoire A, le nom de la petite ville du territoire représente les diverses institutions et services que l'on peut y trouver.

E : « Qui est-ce qui vous... qui fait le repas et qui vous le livre ?

Mme B : C'est « nom de la petite ville » qui viennent.

E : C'est le portage de la mairie de « nom de la petite ville » ?

Mme B : Non. C'est un endroit.

Ça s'appelle la petite pause à « nom de la petite ville. ».-

(Mme B, 89 ans, territoire A).

Sur le territoire D, « un nom de fleur » facile à retenir indique la nouvelle localisation du centre médico-social du département dont parlent, nous l'avons dit, un certain nombre des enquêtés. Que ce soit sur les territoires B ou C, les entretiens révèlent que, malgré l'existence de services *ad hoc*, le manque de visibilité sur le nom des structures, leur rattachement, de signalisations parfois aussi dans l'espace public peuvent constituer des obstacles à l'accès aux droits et services. Cela peut contribuer au manque de repères quant au paysage institutionnel. Beaucoup des personnes rencontrées ne semblent notamment pas en mesure de rechercher sur internet une permanence ou un contact car elles ne connaissent ni précisément le nom des dispositifs ou des droits ni les institutions ou les organismes qui pourraient leur en permettre l'accès.

En cas de besoin, les personnes se tournent vers des « bureaux » situés dans un lieu qu'elles connaissent même s'il ne s'agit pas du service *ad hoc* pour leurs situations.

« Mr : comme je vous ai dit, c'est la rue St S., je suis allé voir s'il y avait une aide par rapport aux contraventions que j'avais reçues. Elle m'a dit non mais elle m'a dit d'aller à X voir l'écrivain public, pour faire une lettre à carrefour. »

(M. C, 94 ans, territoire B).

Le repérage des ressources se fait plutôt dans le périmètre de marche habituelle.

L'échelle du quartier en milieu urbain semble permettre ce repérage « en passant ». Pouvoir entrer facilement et librement dans les lieux, pouvoir jeter un œil, est important pour les personnes. Cela rejoint le constat de professionnels du territoire B. qui regrettent qu'il ne soit pas possible d'entrer librement au siège du CCAS. S'arrêter, entrer demander une information lors d'une sortie pour des courses par exemple, savoir qu'il sera possible de trouver dans cette proximité les ressources nécessaires, sont autant de prémices qui faciliteront le recours ultérieur.

L'implantation géographique, la visibilité, la proximité constituent ainsi des conditions essentielles de recours. Lorsque le « bureau » ou le cabinet médical ne sont pas accessibles à pied, leur situation à proximité d'arrêts de bus ou de tramway est clairement facilitant. Les personnes rencontrées soulignent à quel point les trajets ont besoin d'être simples et courts. Leurs propos permettent aussi de constater l'importance des points de repère. Le fait que plusieurs organismes, services, se situent dans un même périmètre est très clairement aidant.

E : « Est-ce que vous vous souvenez comment vous vous êtes tournée vers le CCAS à cette époque ? »

Mme : Eh bien je passais toujours devant, à cette époque j'allais toujours en ville je marchais beaucoup, je passais tout le temps devant leur bureau, il était là en face du musée, ça m'interpellaient, je lisais le nom et je me disais si un jour j'ai un problème c'est là qu'il faudra que je vienne. »

(Mme G, 90 ans, territoire C).

Le recours aux soins s'effectue en milieu urbain avec cette même exigence de proximité.

E : « Et si vous avez besoin de spécialistes, par exemple d'un ophtalmo ? »

Mme : Je vais au centre, ce grand centre rue AS, à côté de Z., c'est, c'est presque une clinique, c'est sur deux étages, c'est très gros, bon ben ils me suivent depuis pas mal d'années. Avant j'allais à « nom d'une commune voisine », j'étais enchantée par ce cabinet d'ophtalmo et maintenant le transport est trop compliqué. Là je peux y aller à pied. »

(Mme G, 90 ans, Territoire C).

« Et si je veux y aller tout est facile parce que je prends le bus là devant chez moi. C'est devant la CAF quand je vais à la CAF, pour les impôts c'est pareil c'est devant les impôts. Donc c'est très facile pour moi et le retour c'est pareil, je m'arrête ici. (...). L'ostéopathe je prends le 12 c'est pareil. Il y a un arrêt devant le cabinet. J'ai toujours dû chercher des endroits avec le bus où je n'avais pas à marcher. Je descends du bus, je rentre chez moi, ou j'arrive directement chez mon médecin. Je prépare toujours mes trajets pour que je puisse y arriver. »

(Mme B, 69 ans, territoire C).

« E : votre point de repère, c'est la mairie ? »

Mme : la mairie, oui, et le centre social. L'assistante sociale est à Tataouine, elle veut pas venir me voir, je dis, attendez, je vais venir comment ? Voilà, il faut qu'elle vienne me voir ici à la mairie parce que moi je pourrais pas aller à Tournesol, ça fait trop loin pour moi, là, parce que je m'arrête aux Cités, et après, il faut que je vais à pied à Tournesol. Mais ça fait trop loin ! »

(Mme B, 65 ans, territoire D).

La stabilité des organisations, leur implantation durable dans un quartier ou un territoire ou, en cas de changement, l'identité visuelle des lieux et leurs caractéristiques repérables, de même que la permanence des intervenants, apparaissent comme essentielles pour un bon repérage par la population âgée.

Mr : « Et pour trouver ces associations que vous avez énoncées tout à l'heure, et les services dont vous parliez, comment on les trouve ? C'est-à-dire qu'il y en a plusieurs et chacun est cloisonné et on sait pas à qui demander quoi. Et il y a le fait que les bureaux changent de place. On ne sait jamais où il faut se diriger.

E : mais comment vous êtes arrivés à la permanence des écrivains publics ?

Mr : c'est à la rue St Sébastien qu'ils m'en avaient parlé comme je vous ai dit et puis un jour on est passé devant et on a vu le monde qui attendait. Alors on a demandé. »

(M. C, 94 ans, territoire B).

Pouvoir s'appuyer sur une expérience antérieure du fait de la difficulté à renouveler ses informations et à suivre les changements organisationnels des institutions et des services, est un gage de recours en cas de difficulté ultérieure.

« J'ai perdu mon mari il y a 20 ans cette année, je l'ai gardé à domicile pendant plusieurs mois avec l'aide du CCAS. C'est le bureau là-bas en face du musée dont je parlais, j'ai fini par y aller, ils étaient merveilleux, j'ai eu une équipe qui m'a soutenue, je l'ai gardé en hospitalisation à domicile pendant plusieurs mois, c'était très très lourd, cette équipe du CCAS a été merveilleuse et depuis je n'ai plus eu de contact.

E : Vous n'avez pas eu besoin ?

Mme : Non et il n'y a plus de bureau ici, je ne sais pas où ils sont. Je crois qu'il n'y a plus rien. Une amie de la montée m'a dit qu'on dépendait de la rue N. C., vous vous rendez compte, ce n'est pas à côté. »

(Mme G, territoire C).

La difficulté de suivre les transformations des territoires et des distributions des rôles des acteurs du soin ou de l'action sociale ressort nettement des entretiens.

« J'ai appelé la clinique B, j'ai appelé la clinique M ; là j'ai appelé le, la radiologie, le truc de Radiologie, c'étaient eux qui en général dans la... alors maintenant, ils ont fusionné avec la clinique Z. Je sais même pas où elle se trouve. Ça fait que tout est chamboulé parce qu'avant j'appelais, on me donnait le rendez-vous et j'avais rendez-vous à la M. qui était pas loin et maintenant ben la M, elle je sais plus ce qu'elle fait, elle est plus dans le coup. Tout a été chamboulé. Ça aussi ça me perturbe ! »

(Mme O, 89 ans, territoire C).

Sur le territoire D. également, les transformations de l'organisation territoriale, le déplacement des permanences de service social, quelque peu contrebalancé par la visibilité de certains nouveaux lieux, les changements d'interlocuteurs, constituent des difficultés souvent évoquées par les enquêtés.

« C'est jamais les mêmes personnes, jamais les mêmes personnes. Une fois j'ai vu une, et j'y retourne elle est plus là. Cette personne. Ils changent, ils changent. Il faut réexpliquer, à chaque fois sur le dossier à chaque fois. Bah la personne à force, ben elle te connaît pas, elle sait pas ta... Et la confiance, oui avec toujours les mêmes personnes, autrement... À la CAF, j'avais l'assistante

sociale d'un certain âge, toujours elle, elle m'a beaucoup aidée. Je le remercie énormément. Maintenant, j'arrive pas à trouver cette... Elle est partie, il y avait une autre jeune qui est partie aussi ».

(Mme ZG, territoire D).

À l'inverse, sur ce même territoire, la stabilisation assez récente d'un point unique de référence en mairie pour les demandes d'APA et plus largement pour l'accès aux droits apparaît comme un support valorisé.

E : « Donc maintenant si vous aviez des questions, des problèmes c'est vers Mme X que vous vous tourneriez ?

M. : ben oui, je pense hein... Avant c'était un peu aléatoire, ils n'avaient pas une personne attirée, c'était, excusez-moi le mot, un peu bordélique, une fois l'une, une fois l'autre, elles étaient bien sympas mais... Depuis, avec Mme X, elle a l'air de bien tenir la route hein, et puis ils lui ont fait un bureau, tout, c'est bien... c'est une amélioration. L'autre fois elle m'a donné son numéro qui va directement à son bureau qu'avant il fallait passer par la mairie, voilà. »

(M. V, 74 ans, territoire D).

Le fait de repérer une personne référente et plus encore de pouvoir disposer d'un contact direct est particulièrement apprécié par les personnes âgées rencontrées.

Enjeu de personnalisation de la relation

Le besoin de personnalisation des interactions s'exprime ainsi fréquemment. Lorsqu'un interlocuteur unique a été repéré, il apparaît comme un gage de recours facilité.

Mme J : « J'ai l'assistante sociale avec qui je fais tous les dossiers. Ce matin,

je les mettais. Et elle m'a appelée ce matin, l'assistante sociale. Parce qu'elle m'avait repérée. On avait ri toutes les deux. Puis j'avais dû lui envoyer une carte. Elle m'a dit, Madame J., le département se souvient de vous. Je sais que vous avez des problèmes. Je viens vous voir. »

(Mme J., 80 ans ; territoire A).

Sur le territoire B, la Conseillère en économie sociale et familiale (CESF) de l'équipe EA du CCAS, les éducateurs de l'association C. ou les médiateurs de l'association D. apparaissent comme des repères essentiels, pour plusieurs des personnes rencontrées, pour poser leurs questions, être conseillées mais aussi pour se sentir rassurées et légitimes à faire valoir leurs droits.

« Avant, je n'en avais jamais parlé de ma situation, ou très peu, je veux dire, avant que l'association C. me trouve. Maintenant, pour moi, c'est plus facile d'en parler par rapport à C. Ce que je vous dis, c'est qu'ils m'ont ouvert la porte à la vie, ils m'ont donné envie de me battre, ils m'ont donné envie de ne pas lâcher l'affaire et de demander à avoir mes droits ».

(Mme N., territoire B, 66 ans).

Savoir qu'un interlocuteur existe, l'avoir repéré, se dire qu'il vient régulièrement prendre des nouvelles et qu'il peut être sollicité quand le besoin arrivera, sécurisent certains enquêtés, comme Mr P. qui évoque l'un des médiateurs de l'association D.

« Ils viennent s'occuper un peu des seniors. Il était venu il y a quelque temps me voir, frapper à ma porte, je lui ai dit « non moi je n'ai pas besoin. Je suis senior mais je ne veux pas qu'on

s'occupe de moi, ce n'est pas encore le moment ». Mais peut-être que ça viendra quand j'aurai 80 ans : Je sais qu'il est là et qu'il me dira comment faire. Il y a toujours des besoins dans le quartier, c'est vrai qu'il y a beaucoup de... Il n'y a rien ici, il faut aller voir les personnes âgées, s'occuper d'elles parce que beaucoup ont de la famille qui ne se bouge pas ou ils n'ont pas de famille... ».

(Mr P., 74 ans, territoire B).

Certaines personnes regrettent toutefois d'être tombées un peu par hasard sur ces interlocuteurs, parfois après avoir frappé à de nombreuses portes, et craignent aussi pour la plupart la fin de l'accompagnement ou que certains dispositifs, par exemple de médiation, disparaissent. Elles se demandent comment elles feront sans cela. De même sur le territoire A., l'ancrage local de la responsable bénévole de l'ADMR en fait un repère clairement identifié, facilement mobilisable par les personnes âgées. Là encore, certaines s'inquiètent cependant de ce qu'il se passerait si elle n'était plus là. Au-delà, en milieu rural, les ressources d'ancrage de certaines personnes favorisent une personnalisation des interactions avec les institutions, les services et les acteurs du soin, qui soutiennent un recours continu, ancré également dans le temps.

« Oui, j'ai une bonne mutuelle, A. Ils sont..., on est assurés chez eux depuis le grand-père qui a pris l'assurance. Au début c'était, je m'en rappelle plus mais ils sont assureurs de père en fils, la fille s'est mariée avec... (refait la généalogie du conjoint de la fille).

- Si vous avez besoin ?

- Oui, je téléphone, il vient, on se tutoie, on est en bons termes, c'est comme avec le docteur aussi ; on se tutoie parce que son père c'était le docteur de la famille. »

(Mr C, 94 ans, territoire A).

Le revers est que les personnes peuvent se sentir quelque peu captives de certains intervenants et ne pas oser, par exemple, partager leur mécontentement si quelque chose ne leur convient pas. Lorsque la relation est inscrite dans la durée, parfois sur plusieurs générations, se donner le droit de changer d'intervenant ou d'organisme peut aussi être difficile pour les personnes. Cette personnalisation, qui recouvre également une propension de certains intervenants à dépasser leur périmètre de compétences et à se comporter en voisins solidaires tout autant qu'en professionnel, semble en tout cas garantir une meilleure couverture des besoins des personnes et un accès facilité aux soins et aux services. À cet égard, on peut souligner, en territoire de montagne, la pratique du pharmacien qui s'arrête apporter les médicaments à domicile au couple G, en rentrant chez lui pour la pause méridienne ou encore l'employé communal qui effectue de petits travaux - changer une ampoule ou une bouteille de gaz - ou encore la responsable ADMR qui conduit une personne chez le dentiste à une trentaine de kilomètres. Ces pratiques déjà documentées pour ce qui concerne les espaces ruraux (Gucher et alii, 2011) se retrouvent parfois également en milieu urbain. Ils reposent sur une relation interpersonnelle généralement ancrée de longue date.

Il ressort ainsi des entretiens que pour ce qui concerne les droits et le rapport aux acteurs pouvant leur permettre de les obtenir, dans le champ de l'autonomie comme dans d'autres, les aînés privilégient la relation de face-à-face dans des lieux qu'elles ont clairement identifiés. Les interventions à domicile sont également particulièrement appréciées, dans un contexte où la mobilité n'est, pour différentes raisons que nous avons pointées, pas toujours possible. Dans l'ensemble des territoires, cette modalité d'action est perçue positivement que ce soit s'agissant des questions d'accès aux droits ou aux soins.

Lorsqu'elle n'est plus mise en œuvre, les personnes, en particulier les moins mobiles et/ou celles ne pouvant se faire facilement véhiculer, le regrettent.

La question des repères spatiaux et humains est centrale pour ce public.

La relation téléphonique est appréciée aussi à condition de savoir précisément comment joindre les professionnels ou bénévoles et de ne pas devoir passer par une plateforme téléphonique.

« J'ai pas internet. C'est pour ça maintenant, y a plus moyen d'avoir rien du tout. Si on passe pas par Internet... Moi j'aime bien téléphoner. Mais je me suis battue hier pour avoir un rendez-vous pour une IRM, j'ai téléphoné mais je suis arrivée sur des robots... Oh là là, impossible, tapez 1, tapez 2, tapez 3 et un répondeur qui vous déploie toutes sortes d'informations, pour me dire au bout qu'il y a beaucoup trop d'appels et qu'il fallait que je rappelle ultérieurement. Toute la matinée. Là aussi, ça devient problématique. On n'arrive plus à obtenir quelqu'un au bout du fil pour avoir un rendez-vous. Juste quelqu'un au bout du fil, juste ça je demande. Alors ça, vous pouvez en parler aussi ? »

(Mme AO, territoire C.)

Ce qui est virtuel et non localisé dans une certaine proximité ne donne pas les gages de sérieux, voire fait craindre l'arnaque, nécessaires pour que ces personnes fassent confiance. Par ailleurs, les modalités d'échange sur les plateformes ou portails des administrations ne paraissent pas adaptées aux représentations et langage des générations les plus âgées comme le verbatim ci-dessous le laisse transparaître.

*E. : « - Et pour un rendez-vous médical comme ça, votre fille pourrait peut-être prendre le relais pour essayer de prendre le rendez-vous par (nom d'une plateforme numérique) ?
Mme : Mais non, elle est à P. (ville située à 500km du territoire C.). Elle peut de là-bas ? Mais non... Parce qu'elle est loin hein ? D. (nom de la plateforme) ? Elle peut pas l'avoir par D. si elle est loin ? Elle peut pas prendre pour moi ici ? »*

(Mme AO, territoire B).

1.4. Des effets de la dématérialisation de l'accès aux droits ou aux soins qui attisent les enjeux de matérialité

La difficulté à se repérer parmi les acteurs, à déterminer vers lesquels se tourner et les démarches à réaliser pour obtenir du soutien en cas de diminution de l'autonomie ou sur d'autres sujets, peut être mise en lien avec la transformation des modalités de communication des acteurs sociaux et de la santé.

sur un ordinateur ni sur une tablette. Et c'est la plus grosse difficulté dans le vieillissement. Tout ça, c'est dans la relation qui passe tout par l'informatique. Voilà, on est complètement arrêté avec ça. »

(Mme JG, territoire C).

E : « Et par exemple avec la sécurité sociale, l'assurance maladie, vous arrivez à communiquer si des fois vous avez besoin ?

Mme : Ben non, je peux pas communiquer. Comment voulez-vous ? Justement, tout ça c'est devenu totalement abstrait. Je n'ai plus aucun document. Tout passe par la tablette, enfin par l'informatique. Avant on l'avait sur papier, amé, et c'est fini. Et au téléphone, c'est impossible, personne ne vous répondra. Je me souviens il y a quelques années encore, on pouvait prendre un billet de train par exemple là pas très loin de chez moi, vers la poste et ça a été annulé. Voyez, prendre un billet de train par informatique, impossible, tout ça. Je peux plus faire moi. Et ça, ça va nous faire vieillir trop vite !! On tient pas compte de y a pas mal de gens qui peuvent plus suivre quoi pour différentes raisons. Moi je peux pas suivre parce que je sais plus faire mais j'ai des gens que je connais qui n'y voient plus qui pour taper, qui n'y voient plus, vous voyez ? Qui au niveau vision ne peuvent pas taper

Plusieurs personnes qui commencent à rencontrer des difficultés dans leur quotidien disent tout simplement ne pas avoir d'information sur l'existant et qu'il leur est par conséquent difficile de se projeter dans une quelconque demande. Elles racontent avoir reçu, au fil du temps, de moins en moins d'informations par voie postale en format papier. Elles ont conscience que l'information est désormais principalement disponible sur internet mais le fait est que nombreuses d'entre-elles ne peuvent pas y accéder car elles n'utilisent pas les outils numériques ou les utilisent uniquement pour des activités de loisirs ou culturelles, « pour des choses qui leur font plaisir ». Ainsi deux femmes indiquent pour l'une se rendre exclusivement sur le site des bibliothèques, pour l'autre ne faire que rechercher des peintures. Cette dernière précise qu'elle a fait l'effort de rechercher comment faire parce que c'était important pour elle qui a toujours fait de la peinture mais qu'elle ne ferait pas cet effort pour des démarches administratives, encore moins si « ça concerne la vieillesse ». Pour plusieurs des personnes rencontrées, en particulier des femmes appartenant à

des CSP intermédiaires ou supérieures, ce qu'elles ressentent le plus comme une « perte d'autonomie » est précisément de ne plus pouvoir faire leurs démarches administratives par elles-mêmes alors qu'elles l'ont toujours fait. Cela semble vécu par ces personnes comme une véritable perte de maîtrise sur leur vie, notamment parce que c'est uniquement de ce fait que certaines sont devenues dépendantes de leur entourage. Mme l'exprime : « *avant, j'avais tous mes papiers, je classais, je rangeais, maintenant, je n'ai plus rien, je ne suis plus maître de rien, je dois demander à ma fille pour tout* ». Devoir rendre visible aux yeux de leurs enfants ou de leurs conjoints des informations très personnelles qu'elles ont toujours gardé privées est très difficile à supporter pour plusieurs des personnes rencontrées en entretien. La dématérialisation des prises de rendez-vous médicaux pose aussi un problème à une partie des personnes rencontrées. Quand certaines ne comprennent pas le fonctionnement des plateformes numériques, quelques-unes les utilisent car elles disent ne pas avoir le choix, mais avec plus ou moins de succès. Il est par exemple arrivé à l'une des personnes rencontrées de penser avoir réussi à obtenir un rendez-vous pour un examen sans que ce ne soit au final le cas.

« Moi je ne m'entends pas avec D. (plateforme numérique de prise de rendez-vous). C'est-à-dire, j'ai déjà eu je ne sais pas combien de codes. Je ne sais jamais le bon et pourtant je les écris. C'est ainsi que pour le prochain scanner, j'avais trouvé deux horaires de médecins, et puis en fait j'avais rien du tout. J'avais des doutes parce que pour une fois, ils ne m'avaient pas dit que mon rendez-vous était confirmé. Et l'autre jour, il était 11h30, mon mari faisait les dernières courses, je me suis dit que j'allais téléphoner pour vérifier. J'ai eu tout de suite quelqu'un au téléphone ce

qui n'est pas souvent le cas. Je n'avais en effet pas de rendez-vous, mais en passant par le téléphone ça a été bon et ça m'a fait une joie formidable. Je ne vais pas dans la marche normale. Ça y est je suis dépassée ! Enfin voilà ce que c'est notre vie. »

(Entretien 5 couple AL et CL).

Plusieurs personnes regrettent en particulier la dématérialisation dans le champ médical. Elles disent avoir clairement une préférence pour le téléphone pour ce qui concerne leur santé car cela permet de mieux expliquer les choses et de le faire soi-même. Le fait de devoir passer par des proches pour prendre des rendez-vous médicaux est particulièrement mal vécu par certaines personnes, comme cet homme rencontré dans un village de montagne qui trouve que sa santé, et les petits problèmes qu'ils commencent à rencontrer sur différents plans, ne regardent que lui et surtout pas ses enfants.

Tout comme le téléphone est important pour nombreuses des personnes rencontrées, la matérialité du support est un élément essentiel pour beaucoup d'entre elles. Ainsi, la grande majorité est demandeuse de recevoir de nouveau des informations en format papier. Une femme rencontrée en entretien sur le territoire C souligne l'intérêt d'avoir reçu le « guide des aînés » qui centralise les informations sur les aides et services qu'il est possible de solliciter, à l'échelle de son territoire, et indique qui contacter, selon la situation. Ce guide imprimé, reçu dans sa boîte aux lettres et qu'elle garde sur sa table de salon, lui a par exemple permis de découvrir certains services de mobilité, comme les vélos-taxis, au moment où elle n'a plus pu conduire du fait d'une perte de vision. Sur ce même territoire, Mme DB a pris rendez-vous pour un bilan de santé avec sa caisse de retraite car elle a reçu une information sur cette possibilité par voie postale. C'est la seule personne de tout

notre corpus qui évoque d'elle-même l'existence des bilans de santé réalisés par des organismes complémentaires.

« Heureusement que Agirc-Arco a écrit. Comme ça, j'ai su pour le bilan. Parce que j'ai un ordinateur mais je sais pas m'en servir, par exemple de la visioconférence, pour prendre... y'a personne qui m'apprend. En fait, c'est pour ça que si j'avais une aide là-dessus, j'évoluerais plus vite après. Une aide qui vient avec l'APA capable de nous montrer comment ça marche internet. Y'a beaucoup de choses où on est bloqué hein. Quand elles viennent mes aides à domicile, c'est des demi-heures ou c'est 1 h, qu'est-ce que vous voulez leur faire faire d'autres que quelques courses ? »

(Mme DB, 78 ans, territoire C).

Sur le territoire A., Mme F. garde sur sa table de cuisine différents courriers et papiers. C'est via un courrier qu'elle a découvert le rôle que pouvait jouer le CCAS proche de chez elle du fait de sa labélisation France services et c'est dans le magazine de l'intercommunalité qu'elle a appris l'existence du Bus France service.

E : « Vous pensiez voir quelqu'un de l'assurance maladie ce matin au CCAS ?

Mme : Oui. C'est ce que j'avais compris avec le courrier. Mais c'était pas ça. Je crois qu'ils font à distance... Bon, moi non... Mais elle avait l'air bien la dame que j'ai vue au CCAS. Bon, il faut que j'y retourne parce qu'on n'a pas pu faire quelque chose... Je sais pas si je vais y retourner, j'ose pas moi... Déjà pour y aller ce matin, j'ai beaucoup réfléchi ...

E : Et vous connaissez le bus France service qui est noté aussi sur le courrier ?

Mme : Oui, j'ai vu dans le magazine de la Communauté de communes. »

Les modalités d'interaction avec la CPAM proposées au sein de l'espace France service questionnent cependant cette dame. En parallèle, elle semble avoir interprété le fait qu'on lui dise de revenir car elle ne disposait pas du document permettant de faire une simulation de son éligibilité à la Complémentaire santé solidaire (CSS) comme une mise en question de sa légitimité à demander. À une dizaine de reprise lors de l'entretien, elle dit : *« vous pensez que je dois y retourner ? »*. Pour plusieurs des personnes rencontrées, en particulier celles qui ont tout au long de leur vie ont fait en sorte de se débrouiller par elles-mêmes, notamment sur le plan financier, faire le premier pas qui pourrait permettre d'obtenir un droit social peut être symboliquement difficile. Leur besoin d'être rassurées sur leur légitimité à demander de l'aide est important, comme de précédents travaux l'ont souligné (Beltran et Revil, 2029). Ainsi au-delà de l'existence de structures permettant aux personnes de venir exprimer des demandes, la question est bien aussi celle des conditions d'accueil de ces demandes « fragiles » parce que les personnes elles-mêmes doutent de leurs besoins et/ou pensent que d'autres en ont davantage.

II. Le non-recours au prisme du vieillir

Considérer le non-recours au grand âge implique de s'intéresser plus précisément aux dynamiques spécifiques de ce temps de la vie. Les travaux antérieurs (Retraite et société 2021/3 n° 87) révèlent diverses formes de non-recours chez les personnes âgées. Nos travaux antécédents menés dans le cadre d'une recherche CNSA sur la qualité de l'aide à domicile et d'une recherche consacrée à l'accès au diagnostic et aux soins pour les malades d'Alzheimer, (dans le cadre de l'appel Fondation plan Alzheimer) ont permis de souligner le lien étroit entre certaines formes de non-recours et l'aspiration au maintien de l'autonomie - le non-recours par non adhésion - lorsque les services ou droits proposés contreviennent aux représentations de soi et constituent un défi pour la continuité identitaire (Warin, Gucher & alii, 2021). De même l'influence des proches (aidants ou non) dans l'accès aux droits et services a pu être mis en évidence, tant cette période de fragilité gériatrique mais aussi sociale qu'est le grand âge, expose les personnes à devoir compter avec la famille mais aussi avec le voisinage ou plus largement un réseau relationnel de proximité, dont la présence ou l'absence constituent en eux-mêmes une forme de support ou de pénalité. Les enquêtes menées ici sur 4 terrains différents nous ont permis, en première

intention, de valider certaines spécificités des formes et des ressorts du non-recours au cours du vieillissement⁴. Saisir les non-recours au prisme des processus de déprise, apparaît, pour les personnes les plus âgées de notre panel, assez pertinent en tant qu'elle se manifeste par des formes d'abandon, de délégation ou de substitution de certaines activités du quotidien (Barthe, Clément, Drulhe, 1999 ; Caradec (2018). Nous retrouvons chez de nombreuses personnes enquêtées cette « fatigue de vivre et de vieillir », ce sentiment d'être dépassées, de ne plus être aptes à faire face au quotidien, et aux démarches qui seraient nécessaires, qu'il s'agisse de l'accès aux droits ou de l'entretien de la santé.

La fragilité, est aussi très présente dans nos entretiens, dans ses composantes non seulement médicales - déclin des fonctions, perte d'énergie, pathologies... - mais aussi sociales - précarité économique, isolement social, rapport à lecture et à l'écriture, moindre autonomie administrative... Elle constitue tout à la fois un terreau pour le non-recours mais est aussi entretenue et majorée par le non-accès aux droits et aux services. Le programme de dépistage de la fragilité lancé par l'OMS, prend en compte pour le dépistage de la fragilité ce qui est nommé *les 5 capacités intrinsèques déterminantes : la mobilité, la vitalité, la capacité neurosensorielle (la vue et l'ouïe),*

4. Ne serait-ce que parce que les droits liés à la perte d'autonomie et à l'avancée en âge sont spécifiques et relèvent d'institutions particulières, tous comme les services auxquels les personnes de plus de 65 ans peuvent prétendre. Par ailleurs les questions de santé sont dans cette période de la vie particulièrement cruciales, en raison de l'apparition fréquente de maladies chroniques ou d'accidents de santé susceptibles d'hypothéquer l'avenir des personnes.

le bien-être psycho-social, la cognition (orientation temporelle et mémoire) et la locomotion (vitesse de marche) (OMS). Il apparaît cependant que d'autres éléments sont notablement en jeu dans les situations de non-recours que nous avons pu observer. L'indice de défavorisation développé au Québec par l'INSPQ qui couvre trois dimensions - sociale, matérielle et environnementale - mobilise quant à lui certains facteurs qui apparaissent pertinents dans notre enquête : ruptures de conjugalité, ressources économiques, niveau d'étude... (INSPQ, 2013). L'analyse des entretiens permet en outre de mettre en évidence une dynamique processuelle dans les situations de non-recours, inscrite dans les parcours de vie, marqué par différentes épreuves et par des trajectoires, sociales et de santé, différenciées. L'épreuve du grand âge telle que décrite par Caradec (2007), reposant sur l'opposition entre une aspiration au maintien dans le monde et un mouvement de retrait du monde, peut à elle seule, donner sens aux difficiles mobilisations des aînés, en particulier les plus âgés, pour faire valoir leurs droits ou adresser des demandes de soins. Cependant les épreuves antérieures, qui ont jalonné

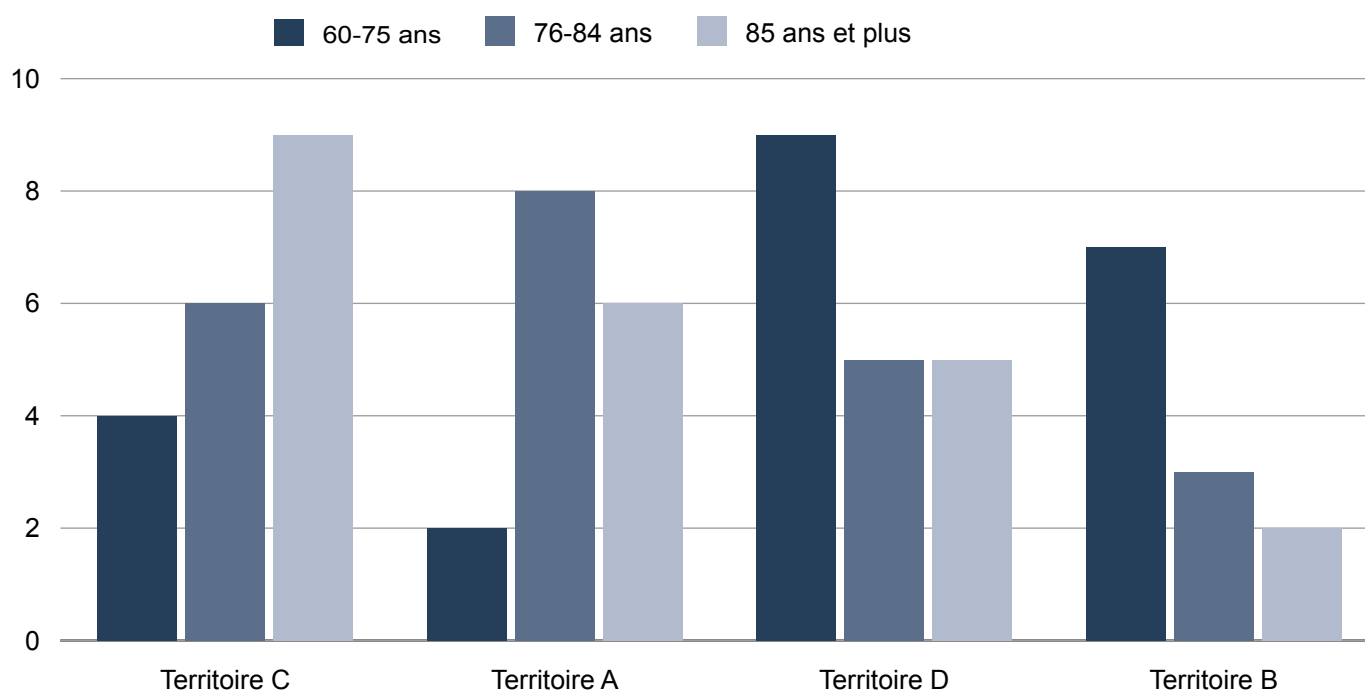
inégalement l'existence, qu'il s'agisse de trajectoires résidentielles brisées, de migrations, de ruptures, de deuils ou d'accidents de santé, ont façonné des manières d'être au monde, des aptitudes différentes à mobiliser les ressources nécessaires et *in fine* des capacités de résilience susceptibles de faire plus ou moins ressources face aux difficultés administratives et de santé. Si nos 4 panels se distinguent par le territoire dont ils sont issus, le mode de recrutement différencié des enquêtés, et le focus développé sur le territoire B sur des situations de précarité sociale, ont induit une grande diversité des âges selon les territoires. Les populations des territoires C et A sont les plus âgées et présentent les caractéristiques d'un vieillissement « ordinaire » alors que les populations des territoires B et D sont globalement plus jeunes. Les ruptures de trajectoires et la précarité sociale y sont marquées et semblent plus impactantes pour ce qui concerne le non-recours que le seul processus de vieillissement.

2.1. Une spécificité du non-recours en rapport avec l'âge et la génération ?

Dans le corpus global d'entretiens, deux sous-populations peuvent être distinguées, pour lesquelles les effets d'âge et de génération dans les phénomènes de non-recours diffèrent.

	Territoire C	Territoire D	Territoire A	Territoire B
Âge moyen	78	74,8	82	73
Âge le plus bas	69	61	65	59
Âge le plus élevé	92	93	96	90
Genre F	15	10	12	8
Genre M	3	6	4	4

Répartition par âge



	Territoire C	Territoire D	Territoire A	Territoire B
60-75 ans	4	2	9	7
76-84 ans	6	8	5	3
85 ans et plus	9	6	5	2

En tout premier lieu, ce sont les types de difficultés et la nature des droits évoquées par les personnes qui soulignent ces différences. Les plus jeunes des enquêtés, dont la majorité se trouvent en situation sociale précaire, évoquent plus fréquemment des problématiques de logement et des difficultés d'accès à leurs droits en la matière et/ou des difficultés en lien avec d'autres prestations sociales de droit commun - Complémentaire santé solidaire (C2S), Allocation adulte handicapé (AAH) en particulier - ainsi qu'à des aides financières facultatives. Les plus âgés sont quant à eux plus nombreux à mentionner spontanément des difficultés dans la réalisation d'activités quotidiennes et à évoquer la question de l'APA, des aides à l'adaptation du logement et/ou l'accès à des services d'aide à domicile.

Les problématiques de vieillissement ne s'imposent pas encore dans le quotidien des plus jeunes, même si des inquiétudes pour l'avenir se font parfois jour, sur un fond de difficultés sociales au présent.

Mme B : « Oui, oui, avant la retraite. La CAF, ils m'ont coupé l'AAH, ils m'ont envoyé un courrier. Remplissez le dossier de retraite et dehors. Allez hop, on me fout la poubelle. C'est dégueulasse. Alors que pour mes besoins, si je veux quelque chose, faut avoir l'AAH. Mais moi, j'ai pas l'AAH, j'ai plus Je sais pas comment ça va faire après... Alors, je vais voir le 4 septembre, j'ai la dame du conseil général qui vient. Je vais lui demander plus de détails. Là, vendredi, j'ai rendez-vous. E : Et elle vient pour... C'est vous qui l'avez appelée, la dame du conseil départemental ? Mme B : j'ai passé par le service social, les assistantes sociales que je connais. »

(Mme B, 65 ans, territoire D) ».

Si les plus de 85 ans reconnaissent un peu plus spontanément des difficultés liées au vieillissement, l'âge n'est pas une variable suffisante pour générer cette prise de conscience.

E : « Est-ce que vous connaissez les services qui existent pour les personnes âgées ?

Mme : eh ben, on les connaît sans les connaître, vous allez rigoler ce que je vais dire, mais quand on sera v...

E : vous voulez dire quand on sera vieux ?

Mme : oui... bon on l'est déjà, on le sait mais on arrive à se pourvoir tous les deux, peut-être qu'il y aura quelque chose qui fera qu'on pourra plus...

Mais là on ne veut rien demander, notre idée c'est moi je le soignerai jusqu'à la fin, j'espère qu'il fera pareil, on ne demandera rien. »

(Mr, Mme, F, 84 et 90 ans, territoire B).

Ce sont généralement des accidents ou problèmes de santé, des « accrocs » dans le cours de la vie ordinaire qui vont être des déclencheurs de la reconnaissance de soi en tant que « personne âgée », « vieille ».

« Tout allait assez bien jusqu'à il y a environ 2 ans ... Mes yeux... J'ai eu un souci, une déchirure de la rétine... De par le fait de ne pas pouvoir lire, j'aimerais disparaître rapidement. Parce que maintenant, je suis vieille avec mes yeux. Je peux ni lire ni marcher. Avant je pratiquais 2, 3 fois par semaine, j'allais en montagne. Marcher. Et lire. Il faudrait que j'ai une liseuse et que j'apprenne à l'utiliser. Parce qu'avec la loupe. Avec la loupe électrique, je peux lire les revues mais pas les bouquins ».

(Mme AL, 90 ans, territoire C).

En second lieu, les institutions et les portes d'accès repérés diffèrent aussi sensiblement selon l'âge des personnes : alors que les plus jeunes des enquêtés mentionnent plus fréquemment les assistantes sociales de secteur, la Caisse d'allocations familiales (CAF) et certains services municipaux (par exemple, sur le territoire D, des services qui leur permettent de faire des sorties), les plus anciens semblent avoir principalement pour repère la mairie et les caisses de retraite (obligatoires et complémentaires) - même s'ils en méconnaissent pour la très grande majorité les nouvelles missions - et, plus rarement, la caisse primaire et les services du département.

E : « Alors comment vous vous êtes rencontrés avec l'association C ?

Mme : Avec C, c'est l'assistance sociale madame Jo qui m'a mis en contact, puisque mes droits, madame Jo, de la, comment ça s'appelle, de la, attendez, je vais vous porter le café. Il est chaud, faites attention.

E : Merci. Est-ce que vous arrivez à vous souvenir d'où elle était ?

Mme : Elle était de la, de la, ah oui, la maison de la solidarité qui était à côté de chez moi, en fait. »

(N, 66 ans, territoire B).

Au-delà des considérations d'âge, l'inscription générationnelle des enquêtés semble constituer également, notamment pour les plus âgés, un élément fondateur du rapport que les personnes entretiennent avec l'État, les pouvoirs publics et les institutions sociales. La référence à la génération s'exprime au cours de différents entretiens, comme justification de manières de faire, ou encore d'incompréhension des systèmes contemporains d'aide aux anciens. Cette inscription générationnelle socio-historique fonde des considérations sur l'existence, sur le vieillir, sur les

besoins essentiels, sur ce à quoi on peut prétendre, de même que les manières de se positionner, ou non, comme demandeur ou ayant droit. Elle apparaît en outre fréquemment comme justification d'une « non-compétence » en matière d'informatique et d'usages numériques.

« J'ai un carnet moi je suis de la génération carnet donc j'ai un carnet et là je note tout ce que j'envoie, tout ce qu'on me dit. » (Mme J, 80 ans, territoire A).
« Ben au début j'avais un ordinateur et puis petit à petit, ça s'est compliqué, donc j'ai laissé tomber. J'ai pris une tablette, en pensant que c'était plus facile. Et puis maintenant il y a beaucoup de choses sur la tablette mais je sais faire que quelques choses, j'arrive pas à me voilà. Et je sais pas trop comment faire pour se faire aider dans ces choses-là, vraiment, pour nous l'informatique, à l'âge que j'ai, c'est devenu vraiment très difficile parce que tout passe par là. C'est pas de notre âge. »

(Mme G, 90 ans, territoire C).

En outre, un certain fatalisme vis-à-vis de l'existence et de ses aléas se fait jour, notamment parmi les personnes issues des classes populaires. Les récits de ces enquêtés sont jalonnés de « voilà, donc voilà » qui signifient l'évidence de ce qui advient. L'acceptation de ce qui est, l'intégration des limitations et contraintes matérielles font partie de leur façon d'exister. « *Je suis une enfant de la guerre* » dit Mme D pour justifier ses non-demandes aux services sociaux, expliquant qu'elle est habituée à se contenter de ce qu'elle a, à ne pas vouloir davantage. Les carences et difficultés matérielles vécues dans l'enfance semblent avoir forgé chez certains enquêtés une « morale du peu », qui amène à se contenter de ce qui est et à envisager avec fatalisme, l'inéluctabilité de la fin de la vie. Ces positions s'expriment

plus souvent chez les personnes issues des classes populaires et notamment en milieu de montagne et concernent tout autant les besoins de support au quotidien que les besoins de soins. On retrouve ici cette résistance des milieux ruraux, durs au mal (Gucher, Mallon, Roussel, 2007), qui ne s'écourent pas et attendent par exemple le dernier moment pour recourir aux soins.

Mme : « J'ai un problème à la jambe droite.

E : Oui.

Mme : Parce que je me suis cassé la hanche.

E : Oui ?

Mme : Et comme on ne veut pas le dire, j'ai été loupée, j'ai trop attendu.

E : Parce que vous ne vouliez pas dire que...

Mr : Qu'elle avait mal. Oui, elle n'a pas voulu se plaindre. Elle dit ça passera. »

(Couple G, 96 et 92 ans, territoire A).

En parallèle, le recours aux services, le fait de demander, entre peu dans la vision du monde de ces personnes, qui pensent devoir/pouvoir trouver dans leur entourage familial une ressource pour répondre à l'ensemble des problèmes qui pourraient survenir et qui d'une manière générale considèrent les difficultés du vieillissement comme « allant de soi ».

E : « Est-ce que vous avez une téléassistance ou une téléalarme ? Est-ce que vous avez déjà...

Mme : Non.

Mr : Pour faire quoi ?

E : Ben, par exemple, si vous tombez la nuit...

Mr : On va voir le voisin, hein ?

E : Oui. »

(Couple G, 96 et 92 ans, territoire A).

2.2 Parcours de vie et trajectoires résidentielles discontinues, épreuves familiales, sociales et de santé : des fragilités antécédentes qui influent sur le (non)-recours

Pour une bonne partie des enquêtés, les phénomènes de non-recours s'inscrivent sur la trame des parcours de vie et s'initient dans une succession d'épreuves antérieures qui sont à l'origine d'une certaine fragilité majorée par l'avancée en âge et soumettent les personnes à la nécessité de mobiliser des ressources personnelles, psychologiques, économiques, culturelles et sociales, qu'elles n'ont pas toujours. Ces situations

sont particulièrement présentes dans le panel des enquêtés les plus jeunes et notamment des territoires B et D. Nous pouvons, au terme de notre enquête de terrain considérer quatre types d'épreuves qui affectent durablement la capacité des personnes à faire face aux difficultés administratives ou de santé qui surviennent au fil du temps (annexe 1). Il ressort de l'enquête que les *trajectoires résidentielles discontinues* peuvent

généraliser une fragilisation des personnes dans leur confrontation aux difficultés du vieillissement en tant qu'elles affaiblissent les ressources d'ancrage, qu'elles contribuent à une diminution des ressources relationnelles (familiale, voisinage, amicales) et qu'elles peuvent menacer la stabilité identitaire. Par trajectoires discontinues, nous entendons les situations de personnes qui vivent à la retraite dans un autre lieu que celui où elles ont vécu les années antérieures ou les situations de personnes qui ont été amenées, au fil de leur existence, à déménager plusieurs fois, pour des raisons diverses.

Dans le premier cas, il s'agit de choix et les personnes mettent en œuvre en général des stratégies d'intégration, qui leur permettent d'accéder *in fine* aux ressources locales (Gucher, Mallon, 2011). Mais il peut arriver que ces choix s'avèrent finalement peu profitables, qu'ils ne produisent pas les effets attendus et mettent pour finir les personnes au défi de l'adaptation sur le long terme.

Mme : « Je suis originaire du sud-ouest et j'ai vécu à V. et ensuite je suis venue à C. parce que c'était un appartement. Justement avec l'idée que dans un appartement, c'est plus facile de vieillir et de pouvoir prendre le tram, voilà.

E : Donc vous êtes venue quand ?

Mme : Ça fait, alors ça fait 23 ans.

E : D'accord et vous êtes propriétaire de votre appartement ?

Mme : Oui.

E : Vous aviez une maison avant ?

Mme : Oui à V., mais on avait prévu avec mon mari de venir à C. pour vieillir. Mais enfin, il est jamais venu. Je suis veuve depuis presque 30 ans, voilà.

E : Vous aviez anticipé en vous disant que ce serait plus évident d'être en ville au moment...

Mme : Ben c'était pour lui que je venais en ville, c'était surtout pour lui et lui, il est mort avant de venir. Donc, après ben j'ai

pris la décision de venir quelques années après, voilà.

E : Parce que lui il avait des soucis de santé, il avait ?

Mme : Bon, il est mort dans une opération quoi, ça a été très rapide quoi.

E : Je suis désolée. Mais quand vous disiez que vous aviez pensé venir en ville, c'est parce que lui avait déjà des problèmes, peut-être pour se déplacer...

Mme : Oui notamment cardiaques oui.

Donc il trouvait que c'était mieux de venir et d'avoir un appartement... Et c'est vrai que C. est bien pour le tram, je vous dis, c'est tout, il y a pas autre chose.

E : c'est pas un endroit où vous vous plaisez particulièrement ?

Mme : Non je me plais pas. Non j'aime pas C. parce que bah tout est un peu loin quand même, on peut pas utiliser de taxi pratiquement tout est difficile quand même en dehors du tram.

Et l'appartement, je suis un peu coincée dedans maintenant, c'est pas si facile de descendre.

E : Et maintenant dans votre quotidien, vous avez des activités, un peu de loisirs ou pas du tout ?

Mme : Ah ben non, maintenant j'ai plus du tout quoi, j'ai dû refaire quand je suis venue, j'avais un peu réussi mais petit à petit, le peu que j'avais, j'ai perdu...

On perd tous les amis, c'est-à-dire moi, j'avais réussi à refaire un groupe d'amis, mais là je suis la dernière, la seule restante de ce groupe, donc là dans un délai d'un an, j'ai perdu, presque tout le monde. Donc c'est ça qui est difficile.

C'est petit à petit c'est de se retrouver tout seul quoi.

E : Bien sûr.

Mme : Et bon, il y a un moment où on peut plus refaire des amis quoi, très peu quoi. Et. »

(Mme G, 92 ans, territoire C).

Rencontré sur le territoire B., M. MP, 67 ans, fait face à des difficultés financières liées au

fait de ne pas réussir à faire valoir ses droits à la retraite, à des difficultés pour trouver un logement et à des problèmes de santé. Au cours de sa vie, par choix, il a beaucoup déménagé, notamment dans d'autres pays. Il explique que lorsqu'il est arrivé sur le territoire B. au sein duquel il souhaitait « passer sa retraite », notamment parcequ'il y connaissait quelques personnes, s'orienter parmi les acteurs existants pour accéder à ses droits a été très difficile.

« Je me suis rendu compte que je connaissais rien ici, j'avais aucune idée d'où je devais aller, de qui fait quoi. Et quand on a toujours travaillé, moi j'étais en plus à mon compte, j'ai monté plusieurs affaires, j'ai revendu, on s'intéresse pas à tout ça et au bout bah on sait pas, on connaît rien. C'est trop tard que j'ai compris que ça allait être compliqué, aussi c'est que j'ai pas réussi à trouver du travail quand je suis arrivé ici pour finir... Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, comme si ça suffisait pas, j'ai commencé à avoir des troubles de mes mains, une santé un peu moins bonne... »

(M. MP, 67 ans, territoire B).

Dans le second cas, il s'agit de déménagements subis, qui s'imposent à différents âges de la vie, dans le cadre de problématiques de santé, familiales, sociales, politiques et/ou économiques : c'est notamment le cas des personnes qui ont connu des trajectoires de migration, qui peuvent avoir été imposées par exemple par un problème de santé. C'est le cas pour cette femme pour qui la migration est arrivée tardivement et a profondément bousculé toutes les dimensions de sa vie.

« J'ai arrivé à 54 ans, j'ai très beau travail en (pays d'origine). Et je suis venue, parce que j'étais là-bas avec la maladie et

ils pouvaient pas opérer moi. Le docteur, il a dit... allez en France ou allemand, peut-être, ils enlèvent le cancer. C'est pour ça, je suis venue. C'était très dur, après c'est la vie, oui. Un an comme ça avec les soins, après un an en réhabilitation. Après, j'ai commencé de travailler, j'ai fait tous les petits travail ici. Ici, en France, j'ai fait le ménage, j'ai fait la restauration... Mais moi je suis ingénieure de formation. Et là-bas, j'ai aussi fait directrice des ressource humaines. Mais, ici, je fais pas ça. Moi, je fais tout ce qu'on veut bien me donner mais je rentre pas dans les... comment ont dit ... On me dit, tu es trop vieille pour travailler, ailleurs on me dit tu dois encore travailler. Quand j'ai arrivé en France, j'ai fait d'abord le soin de cancer, pas les papiers, Après, ça a été embêtant pour les aides... Et ça va jamais ce que je suis. »

(Mme, 64 ans, territoire B).

Les déménagements sont dans certains cas intervenus à la suite de ruptures conjugales, mais aussi de changements de logement imposés par des contraintes économiques, ou politiques, comme dans le cas de la destruction d'immeubles devenus vétustes ou menaçants. Ces mobilités, des déménagements nécessitent des réajustements au nouveau territoire que les personnes ne sont pas toujours en mesure d'accomplir ou ne veulent pas effectuer.

E : « Et ça, c'est pas un logement social ?

Mme : Si, si, c'est A (organisme de logement social).

E : Ah, d'accord, c'est A. Vous avez été relogée en quelle année ?

Mme : En 2016. C'était dur de quitter le quartier. Ben, disons que j'y ai habité pendant 43 ans, alors...

E : Vous aviez beaucoup de relations, là-bas ?

Mme : Ben, disons qu'on se connaissait tous, ça et c'était utile. Nos enfants étaient toujours ensemble, et tout. Mais bon... Après, quand ils ont démoli la barre, on a tous été éparpillés un peu de partout. »

(Mme MDG, 72 ans, territoire C).

Les épreuves familiales constituent également un facteur inhérent à cette fragilité antérieure que l'on retrouve chez nombreux de nos enquêtés. Par épreuves familiales, nous entendons les deuils ou les ruptures, qu'elles soient conjugales ou des brouilles entre parents et enfants qui génèrent un sentiment de solitude important notamment au cours du vieillissement et privent les personnes de support familial pouvant être aidant pour l'accès aux droits et aux soins. Ces épreuves concernent tout autant les enquêtés des 4 territoires, même si elles ne sont pas nécessairement de même nature. D'autres travaux (Berthot, 2024 ; Gucher et alii, 2016) ont permis de mettre en lumière l'impact différencié de ces épreuves sur le parcours de vieillissement, selon le moment de leur survenue.

La résilience paraît plus aisée lorsque ces épreuves surviennent relativement tôt dans le parcours de vie, quoique lorsque les épreuves s'accumulent au fil du temps, leur dépassement peut devenir progressivement plus difficile ; la survenue des épreuves lorsque le processus de vieillissement est déjà bien engagé peut également obérer la capacité à mobiliser les ressources nécessaires pour les surmonter ou l'envie de le faire, les personnes ne trouvant plus nécessairement de sens à rebondir.

Mme B : « D'abord, j'ai eu beaucoup d'ennuis, de soucis. J'ai perdu mon premier mari. J'avais 42 ans. Je me suis remariée.

E : Vous aviez des enfants avec lui ?

Mme B : Oui. Deux enfants.

E : D'accord.

Mme B : Bon. Après, je me suis remariée. Je suis restée, puis il y a huit ans, j'ai perdu mon deuxième mari. Entre-temps, j'ai perdu une fille. Alors, ça m'a fait beaucoup, beaucoup de soucis. Et malgré tout, j'essaie de tenir le coup pour tout. Mais de plus en plus, je suis stressée. Comme ça, de toutes petites choses, c'est grand. De plus en plus.
E : Mais là, dans ce cas, ces épreuves, donc ce sont des grosses épreuves de l'existence, vous avez réussi à chaque fois à remonter, à repartir ?

Mme B : C'est mon caractère. Parce que je ne reste pas à la maison. J'essaie de voir autre chose. De voir des gens. Mais ça me revient et ça commence à être vraiment, vraiment, vraiment difficile. »

(Mme B, 89 ans, territoire A).

Les divorces ou séparations sont une épreuve affective mais, pour les femmes en particulier, elles peuvent aussi avoir de fortes incidences économiques, dans la mesure où certaines se retrouvent sans ressources et, parfois en difficulté pour faire valoir leurs droits, lorsqu'elles n'étaient pas en charge auparavant de la gestion administrative. Les situations de violence conjugale peuvent aussi être des épreuves à l'origine d'un état de vulnérabilité persistant. Mme N. qui a réussi à s'extraire d'une telle situation ne sent en sécurité ni dans son nouveau logement ni à l'extérieur. Cela limite ses déplacements pour rejoindre des offres de soins ou des services publics qu'elles auraient pourtant besoin de solliciter. Les relations avec plusieurs de ses enfants ont été abimées par des années de violence. D'autres femmes racontent des situations assez proches lors des entretiens et les incidences sur la perte du soutien de leurs enfants.

Mme : « Voilà. Et, ben voilà, moi, comment vous dire mon vécu, c'est que j'ai fait un AVC dû à des années de...

Comment vous expliquer ça ? J'ai fait un AVC dû à des années de femme battue, de femme... Je n'ai jamais rien dit de ma vie. Je suis quelqu'un qui a toujours travaillé, toujours travaillé. Je connais pas les... Toujours, j'avais deux, trois boulots, lui, il ne travaillait pas. Travailler, moi, ça me faisait sortir de mon... Voilà. Je redevais quelqu'un d'autre. Mais je n'ai jamais rien dit pendant des années et des années. Puis un jour, je suis tombée. J'ai eu un AVC dû... C'était un AVC de stress. Quand je m'en suis sortie, parce que j'étais un légume, c'est moi, quand je m'en suis sortie, j'ai décidé de porter plainte, de le quitter, et de repartir. Sauf que moi, je me suis... J'ai toujours pas voulu rester comme ça. Parce que je le faisais pour mes enfants. Sauf que maintenant, moi, mes enfants ne me parlent pas. Mes fils, mes trois fils ne me parlent plus. Je sais que... par rapport à... il n'y a que ma fille qui me parle, vous voyez. Mais c'est... pas tendu, comment dire ? Ils m'en veulent. Ils me reprochent beaucoup d'avoir quitté, d'avoir foutu notre famille en l'air. Notre quotidien familial, même s'il n'était pas trop beau. D'avoir tout gâché. »

(Mme N, 66 ans, territoire B).

Les accidents de santé antérieurs peuvent jouer dans une fragilité ultérieure. 13 personnes, i.e. près d'1/4 de nos enquêtés ont présenté, bien avant l'âge de la retraite des problèmes de santé suffisamment graves pour entraîner un affaiblissement des capacités et des soins de longue durée. Certaines pathologies ont pu conduire à des situations d'invalidité ou de handicap qui ont minoré les ressources des personnes pour faire face ensuite aux problématiques de perte d'autonomie au cours du vieillissement.

Mme : « 85 ans c'est un bel âge, je ne pensais pas y arriver parce que j'ai fait

un lymphome folliculaire à 60 ans, j'étais mal quoi et finalement j'ai totalement récupéré. J'ai eu des traitements longs, sévères, et je m'en suis sortie quoi, puis j'ai pas fait de rechutes parce que c'est le genre de maladie où il n'y a pas de rechute. Soit vous mourrez, soit vous guérissez. J'ai survécu (...). Je ne sais pas si on a vraiment de la force ou si on subit. Moi j'ai eu l'impression de subir et de vivre ça sans trop penser à la mort mais ça n'a pas été sans conséquences... »

(Mme B, 85 ans, territoire C).

C'est aussi le passage de l'invalidité à la retraite ou de l'Allocation adulte handicapé (AAH) à la retraite qui a été, ou qui est, très compliqué pour plusieurs personnes. Être accompagnées dans ces moments de transition est particulièrement important du fait du risque de rupture de droits, même si trouver le « bon » interlocuteur a été laborieux pour plusieurs personnes qui se trouvaient dans ces moments de transition. Mme qui ne pouvait plus prétendre à l'AAH mais ne pouvait pas non plus ouvrir ses droits à la retraite raconte, pour sa part, que plusieurs travailleurs sociaux l'ont successivement orientée et que c'est cela qui lui a finalement permis d'être accompagnée par l'association C.

« C'est au hôpital, là-bas, il y avait une femme assistante. C'est la vérité, une personne magnifique. C'est pour ça que j'ai toujours dit, oui, qu'il faut bien faire son travail. Si chacun fait bien son travail, c'est facile. Je suis venue chez elle et elle m'a dit 'maintenant, tu vas faire comme ça'... J'ai suivi et j'ai été à maison solidarité. Bon, c'était pas facile pour elle, c'était compliqué moi... Mais elle m'a fait rencontrer T. (de l'association C.) et ça, ça a changé beaucoup pour moi ».

(Mme A., 64 ans, territoire B).

Les difficultés économiques que plusieurs personnes ont rencontrées ou rencontrent, ont également eu des effets, en particulier sur les conditions de logement et les coûts liés à celui-ci. Au moment du vieillissement, cela peut limiter ou compliquer les possibilités de mettre en œuvre des actions pour adapter le logement et/ou le recours à certains services (de santé, d'aide à domicile), dans un contexte où les restes pour vivre des personnes sont très réduits. Tel est le cas de cette femme de 65 ans, divorcée depuis 25 ans, ancienne ouvrière dans une usine de fabrication de yaourts, qui a terminé de façon anticipée sa carrière par une mise en invalidité. Ses ressources actuelles sont inférieures au seuil de pauvreté ; elle a du mal à se remettre financièrement d'une absence de ressources durant l'année qui a précédé sa retraite. Son appartement actuel dans le parc HLM se situe au 2^e étage sans ascenseur, ce qui est très problématique en raison de son besoin constant d'oxygène qui rend pénible la montée des escaliers. De surcroît le chauffage électrique dans un appartement mal isolé lui revient à 120 € par mois, ce qui est difficilement supportable pour son budget mensuel. Elle ne sait pas vers qui se tourner concernant ces problèmes de logement. Mme B. aurait besoin d'aide pour son ménage mais elle refuse de recourir aux services d'aide à domicile par crainte de

devoir payer une participation et de ne pouvoir l'assumer.

E : « Vous êtes à la retraite ?

Mme B : J'ai fait mes papiers, la CAF m'avait envoyé des papiers en 77, heu en 2017, pour me dire comme j'arrivais à l'année 2018 à la retraite, au mois d'octobre 2018, j'ai rien touché hein. Je suis resté un an, zéro, bonbon. Même pas le droit au RSA, que dalle. J'ai été voir l'assistante sociale, rien, rien pu faire. Alors maintenant, je suis juste juste sur le plan de l'argent. Je peux pas demander de l'aide car je pourrais pas payer et on va pas m'aider, on n'aide pas pour ça. »

(Mme B, 65 ans, territoire D).

Ces situations sous-tendent ainsi parfois, par effet de cumul (voir étude de cas en annexe), des formes de renoncement ou d'abandon de droits ou de démarches en direction des administrations ou des services de santé. Pour autant, mais de manière inégale, ces situations antérieures ont parfois amené les personnes à entrer précocement en lien avec des services sociaux ou médico-sociaux et à faire ainsi l'apprentissage des modalités de recours à ces services.

2.3. Fatigue de vivre, déprise et/ou réduction de la mobilité : quand le vieillissement joue un rôle direct dans le non-recours

Le cumul de difficultés dans la seconde partie du cycle de vie, antérieurement au passage à la retraite, ou dans les premières années qui suivent la cessation d'activité professionnelle, génère le plus souvent une vulnérabilité qui potentialise la fragilité gériatrique lorsqu'elle survient et qui constitue un terreau pour le non-recours aux droits et services dans le grand âge. Ce qui s'exprime alors fréquemment est une certaine « fatigue de vivre », une lassitude et un renoncement face à ces difficultés nouvelles qui surviennent en raison de l'avancée en âge. Ainsi s'exprime Monsieur C, qui a perdu son fils unique dans un accident de voiture, puis son épouse décédée d'un cancer et qui rencontre des difficultés de santé qui ont nécessité une hospitalisation.

« Je cherche pas à apitoyer mais il y a des moments où j'ai envie de débrayer, de lâcher... »

(Mr C, 88 ans, territoire A).

Le ralentissement de certaines fonctions - notamment cognitives, nécessite de puiser dans l'énergie restante pour affronter les démarches administratives dans leur complexité croissante. Le travail d'adaptation mobilise une énergie qui décroît avec l'avancée en âge.

« Je pense qu'obligatoirement on développe des résistances

psychologiques parce que vous êtes obligé de vous adapter, on a des petits problèmes, j'ai eu une fracture de la cheville des trucs comme ça, j'entends moins bien, je vois moins bien, j'ai des trous de mémoire, parfois j'oublie les noms, comme tout le monde, je vieillis, donc ça il faut apprendre à le gérer, à s'adapter, il y a une question d'adaptation permanente qui fatigue, on se centre sur l'essentiel. »

(Mme B, 85 ans, territoire C).

Les plus âgés de nos enquêtés mentionnent cette fatigue, ce sentiment d'être débordé, qui amène à renoncer, à laisser « filer », à ne pas mener jusqu'au bout certaines démarches, l'énergie restante étant déjà mobilisée pour des actes simples du quotidien.

« On se lève moins vite. On fait tout moins vite et ça pompe une énergie de juste faire... J'ai des tas de choses à faire dans le jardin que je ne fais pas parce que j'ai pas envie. J'ai moins envie de faire des choses dans le jardin. Je me dis, je le fais, je le fais, je le fais pas, je le fais pas. On verra. Puis je me dis, l'année prochaine, ma fille sera là, peut-être qu'elle viendra un peu jardiner, voilà. Je ne sais pas, j'en sais rien. Je ne sais pas du tout ».

(M. C, 88 ans, territoire A).

Ce sont également les difficultés de concentration, de mémorisation, de compréhension qui apparaissent dans le grand âge - en dehors de tout trouble cognitif - et qui rendent les démarches difficiles.

E : « Vous n'avez jamais renoncé à des soins ?

Mme : Non il n'y a pas un reste à charge extravagant, non. Puis ils ont des degrés cette mutuelle, on peut être plus ou moins bien couverte selon les cotisations.

Moi, j'ai pas pris la maximum, d'ailleurs je le regrette, il faudrait que je change ...

Mais... Pfff... J'ai de plus en plus de mal à me concentrer, je le faisais sans problème il y a 10 ans. J'ai commencé hier ma déclaration d'impôts ouh la la, je vous ferai voir mon bureau dans quel état il est, je suis noyée, perdue, je vais m'y remettre cet après-midi, ça me fait souci. Maintenant, je me sens débordée intellectuellement oui. »

(Mme G, 90 ans, territoire C).

E : « Est-ce que vous vous dites je ne lâcherai pas, je vais racheter un ordinateur ou ... ?

Mme : En ce moment, je suis un peu dans l'idée de ... (pleure). Je me sens fatiguée. (...) Je me sens fatiguée, je suis très lucide pour l'avenir... J'ai un méningiome, c'est un truc qui a été opéré, j'ai pas d'odorat, pas de goût, je...

E : L'avenir, comment vous le voyez ?

Mme : Je le vois court, je sais pas trop comment ce sera, après, j'ai déjà plus d'énergie, alors... »

(Mme B., 85 ans, territoire A).

Mme : « Pourquoi j'étais allée dans cet établissement ? (Silence). Je sais pas pourquoi j'étais partie là-bas...

[Elle réfléchit]. Je sais pas, enfin j'étais plus là chez moi c'est sûr... Je me souviens pas. Ah si ! C'était une cure. Cette année, c'est trop compliqué, donc je vais pas aller faire de cure. C'est ce qui m'avait été conseillé par le médecin de le faire régulièrement pour mes douleurs de genoux, donc j'y avais été mais maintenant c'est devenu plus compliqué de tout mettre en place... Je ne peux plus. En plus, j'ai plus de voiture, je ne conduis plus du tout. Pourquoi je vous dis ça moi au fait ? »

(Mme L, 92 ans, territoire C).

La perception du vieillissement, de la vieillesse qui s'installe, génère une concentration sur des enjeux de maintien en vie, de persistance de soi.

Mme : « 90 ans, ça se ressent vous savez, je ne comprends plus aussi vite, je ne percute plus aussi vite, je ne réagis plus aussi vite qu'il y a un certain nombre d'années en arrière. C'est dur à partir d'un certain moment, ça se passe très bien jusqu'à un certain moment et puis après tout devient plus difficile. J'essaie de continuer... »

(Mme G, 90 ans, territoire C).

Mme G souhaite avant tout pouvoir continuer à lire. La priorisation de certaines activités au détriment d'autres nécessités amène les personnes à préférentiellement se mobiliser pour leurs loisirs, le jardinage ou les activités culturelles et à délaissier le suivi de la gestion administrative et, pour certaines, le suivi de leur santé. Typiquement, l'énergie restante est dévolue à ce qui fait sens et ce qui permet la préservation d'une certaine continuité identitaire. Le phénomène de déprise est assez manifeste. Les personnes de notre panel plus âgé ne sont pas rares à se mobiliser sur des centres d'intérêt qui font

sens pour elles, alors qu'elles paraissent délaissier la recherche d'informations sur des services ou des aides qui pourraient leur être utiles au cours du vieillissement.

Mme : « Moi j'aime ce qui est culturel.

E : Ici il y a une offre ? ...

Mme : Oui je connais le musée de peinture, j'y vais encore, oui je connais bien, les concerts gratuits au musée, quand j'avais mes petits-enfants, je les emmenais... Vous inquiétez pas, ça je connais !

E : Vous connaissez mieux l'offre culturelle que les services pour l'autonomie par exemple...

Mme : oui, mieux que les services sociaux, j'ai eu mes petits-fils quand ils étaient petits, je les emmenais à droite à gauche. Le culturel je connais et c'est ce que j'aime encore. ».

(Mme B, 85 ans, territoire C).

Mme : « Moi sur internet, si je pouvais y aller, je regarderai des choses sur Picasso par exemple...

E : Vous aimeriez pouvoir aller sur internet sur des sujets artistiques, culturels...

Mme : oui, c'est ça qui m'intéresse, je voudrais aller sur internet pour ça, pas pour des choses de... »

(Mme L, 90 ans, territoire C).

Le vieillir au défi du numérique

Parmi les personnes rencontrées, plusieurs utilisent internet mais leurs usages ont plutôt vocation à rester en lien avec leur famille - envoi de courriels, échange de photos - ou, nous l'avons noté, à faire quelques achats en ligne, pour leurs petits-enfants souvent ou pour leurs propres activités de loisirs (achat de peinture par exemple).

Certaines recherchent de la documentation de type « connaissance du monde » et quelques-unes font des recherches pour trouver des artisans à proximité de chez elles. Plus rares sont les personnes équipées qui disent utiliser l'outil pour rechercher des informations sur les droits ou les soins.

E : « Et vous cherchez des infos qui peuvent vous intéresser ?

Mme : Oui, absolument. Mais je fais très attention, parce qu'on a souvent... Et en ce moment particulièrement, des mails... frauduleux. Alors, il ne faut pas trop cliquer. Il faut faire attention.

E : Est-ce que vous faites des achats sur Internet ?

Mme : Oui, je fais des achats, moi. Je fais des achats pour... pour ma petite fille, parce qu'elle aime bien des petites choses, comme ça, on regarde toutes les deux.

E : vous recherchez pour vous aussi, pour des aides par exemple ?

Mme : non ça non. »

(Mme C, 80 ans, territoire A).

Il ne semble pas acquis que le web puisse être une source d'information fiable, notamment sur le registre des droits sociaux. Là encore la crainte d'être trompée ou de se tromper fait obstacle à cet usage. Les personnes cherchent des manières de contourner le problème, en privilégiant si elles le peuvent physiquement et quand cela est encore possible au niveau des structures, la prise de rendez-vous par téléphone ou sur place.

Mme : « Au début j'avais un ordinateur et puis petit à petit, ça s'est compliqué, donc j'ai laissé tomber. J'ai pris une tablette, en pensant que c'était plus facile. Et puis maintenant il y a beaucoup de choses sur la tablette mais je sais faire que quelques choses...

E : Par exemple, là pour une recherche de spécialistes, vous savez faire sur Internet pour trouver ?

Mme : Bah non. Non je sais pas faire. Non, non, et j'ai un peu peur de tomber sur ... Alors je m'arrange. Le centre social, c'est à côté, j'essaie d'y aller ou je téléphone quoi, voilà. Les spécialistes, j'ai trouvé le moyen qu'ils me donnent le rendez-vous d'après quand j'y vais. Le rendez-vous d'après quoi, pour pas avoir besoin parce que (nom de plateforme) aussi, ça marche plus ou moins, on peut se faire ... Tout ça vous comprenez. À un certain âge, on est un peu perdu avec tout ça et on a personne à côté pour vous aider parce que dans l'immeuble, il y a personne, il y a beaucoup de personnes âgées ici. Ils savent pas faire l'Internet, enfin, il y en a qui savent faire l'ordinateur, mais les tablettes ils savent pas. »

(Mme G, 92 ans, territoire C).

Si plusieurs des personnes interrogées utilisent un peu ou aimeraient pouvoir utiliser les outils informatiques et numériques, ce domaine reste pour une majorité de notre panel celui dans lequel s'expriment le plus l'anxiété et le sentiment de perte de maîtrise et d'autonomie, nous l'avons précédemment souligné.

Mme : « Ils se disent pas eux qu'il y a des personnes qui n'ont pas internet ? Faut que tout le monde passe par là maintenant ! La Poste, la MGEN, il y a plus une notice avec les remboursements. Il y a des portails, tout le monde a son portail, tout le monde... On peut contacter tout le monde et beaucoup plus vite, les impôts.... Mais pas nous ... C'est ma fille qui a pris ça en charge. C'était pas moi qui allait passer par Internet, alors c'est elle qui s'en occupe et donc je dépends d'elle alors que j'ai pas envie, j'ai toujours fait mes papiers ».

E : Donc internet vous ne l'avez jamais utilisé ?

Mme : Jamais utilisé !

E : Et vous auriez aimé, vous auriez ?

Mme : Ah ben oui, avant ! Là maintenant j'ose plus... Parce que je ferais des bêtises. On est tellement arnaqué de partout, non j'ai peur d'être... »

(Mme O, 89 ans, territoire C).

E : « Actuellement, on est dans la période pour la déclaration d'impôts, vous savez comment vous allez faire ?

Mme : Ben l'année dernière, je vous dis c'est mon voisin qui l'a faite là, pas le choix, là si ma fille passe, ça lui arrivera bien, je pense qu'on va faire ça. On verra bien. Mais je peux plus faire moi. Et ça, ça va nous faire vieillir trop vite !! On tient pas compte qu'y a pas mal de gens qui peuvent plus suivre, pour différentes raisons. Moi je peux pas suivre parce que je sais plus faire mais j'ai des gens que je connais qui n'y voient plus, qui pour taper, qui n'y voient plus, vous voyez ? Qui au niveau vision ne peuvent pas taper sur un ordinateur ni sur une tablette. Et c'est la plus grosse difficulté dans le vieillissement. »

(Mme G, 90 ans, territoire C).

Les personnes se trouvent confrontées à la nécessité de faire de nouveaux apprentissages, en particulier, lorsqu'elles n'ont pas été familiarisées dans leur existence professionnelle antérieure à l'usage d'un ordinateur. Pour certaines, ces investissements représentent une charge cognitive qu'elles ne pensent pas pouvoir assumer, qui les met en difficulté en ajoutant un sentiment de disqualification à leur vécu de perte lié au vieillissement. Ce sentiment d'incompétence face à la nouveauté ne concerne pas seulement le numérique mais s'étend plus généralement à tous les domaines de nouveauté générant

une anxiété qui invalide par avance les personnes. Le témoignage de Mme B, sur le territoire A en est un exemple. Cette personne, ancienne institutrice, témoigne de ce que les accrocs de santé au cours du vieillissement génèrent une appréhension, une perte de confiance dans ses capacités et produisent une incapacité à mobiliser ses ressources antérieures.

Mme : « Il y a une chose très remarquable quand on arrive à 85 ans, tous vos appareils ménagers flanchent, votre ordinateur ne reçoit plus les messages, vous ne savez plus faire, votre télé tombe en panne, tous les appareils sont vieux et on se dit je ne vais pas racheter, pour 2 raisons : acheter un truc neuf maintenant est-ce que c'est raisonnable ? Et deuxièmement, je ne vais pas savoir m'en servir (...). Moi je vais devoir changer mon téléphone fixe, mais tout le monde a ce numéro, j'ai l'appréhension, on se rappelle plus de ce qu'il faut faire, il faut tout noter.

E : Faire l'apprentissage, c'est compliqué maintenant ?

Mme : C'est pas compliqué, on apprend toute sa vie, mais on ne retient pas, c'est ça le problème. Faut noter, dernièrement on a changé quelque chose, je me rappelle plus quoi je sais plus, je m'en rappelle plus, il faut rechercher. Le téléphone portable me donne un mal fou, je m'en sers très mal. Hier mon mari m'a dit tu n'as qu'à le jeter à la poubelle. Alors que c'est moi qui ne sais pas m'en servir. Mon fils nous appelle avec w., je n'arrive plus à décrocher.

E : Tout à l'heure, on évoquait les démarches administratives, vous avez dit c'est difficile, comment ça se passe maintenant ?

Mme : Déjà il y a quelques mois que je ne me sers plus de l'ordinateur d'autant plus qu'on n'arrive plus à avoir les messages. On a fait venir

le mari de x, on a fait venir plusieurs personnes ... Ils disent chaque fois qu'il est obsolète, qu'il faut changer l'engin. Donc l'ordinateur là depuis plusieurs mois et même je suis trop occupée j'ai plus le temps, les téléphones c'est pas facile je n'entends pas bien, je vais changer le fixe, l'autre j'arrive plus à décrocher. Ensuite tous les appareils de la maison... »

(Mme B, 85 ans, territoire A).

Une part non négligeable des personnes rencontrées est équipée d'une tablette ou d'un ordinateur. La barrière ne se situe donc pas tant au niveau de l'accès au matériel, de l'acquisition d'un équipement, mais plutôt au niveau des usages. Bien qu'elles disposent d'un équipement, certaines personnes recourent à des proches, voisins ou familles, pour effectuer certaines démarches, comme la déclaration d'impôt par exemple ou la prise de rendez-vous médicaux.

E : « Ok, comme vous l'avez, vous faites dessus du coup ?

Mme : Non, rien ! c'est mes filles qui font... Une de mes filles m'a dit un jour 'pourquoi tu te fais pas une boîte mail ?'. J'lui dis 'ça m'intéresse pas', l'internet c'est pas notre génération.

E : du coup vous êtes un peu, vous mettez un peu à distance, ça vous fait un peu peur... ?

Mme : oui ! Et tout le monde me dit 'tu peux regarder tes factures sur internet' et tout... Qu'est-ce qui me disent des fois, ah oui il faut aller sur l'espace... je sais pas quoi...

E : L'espace Améli par exemple pour la sécu ?

Mme : L'espace Améli, l'espace de, tu peux y aller, espace je sais pas quoi...

Moi j'ai rien de tout ça. Moi j'dis 'j'ai rien'.

E : Et vous faites comment alors ?

Vous recevez des papiers, vous passez des coups de fil ?

Mme : Ah oui, moi j'leur dis 'je veux du courrier' ! Moi j'leur dis 'vous me mettez tout par courrier'. La vieille, comme les vieux [rires partagés]. Par courrier. Mais ce serait bien aussi qu'on ait quelqu'un qui nous montre l'informatique pour qu'on soit au jus quoi. Surtout que j'ai encore quelques années moi. »

(Mme D, 62 ans, territoire D).

Le besoin de formation et d'accompagnement dans l'apprentissage et l'utilisation d'internet est fréquemment mentionné dans les entretiens. Pour autant les personnes qui en manifestent le besoin ou le désir ne savent pas toujours vers qui se tourner ou, pour certaines, hésitent du fait des difficultés qu'elles rencontrent à faire de nouveaux apprentissages.

Mme : « C'est à dire que je suis seule alors moi il me faut quelqu'un si j'ai une, un, internet, quelqu'un qui me conseille. Comme toujours on peut apprendre... Enfin essayer... J'ai un frère qui manipule son internet depuis longtemps, même lui il me dit quelquefois 'je me trouve en face d'un problème, je sais pas quoi faire'. Bah voilà. Il aurait fallu que quelqu'un m'épaule avant peut-être... Mais j'ai pas insisté, je me suis dit 'je peux m'en passer. Je peux m'en passer, j'ai pas besoin'. Sauf que maintenant, quand j'ai besoin d'un rendez-vous et qu'on me répond, on me donne les portails, on me dit www.fr, comment je fais moi ? Je veux bien essayer mais je crois que c'est trop tard... »

(Mme O, 89 ans, territoire C).

« Vraiment, pour nous l'informatique, à l'âge que j'ai, qu'on a, c'est devenu vraiment très difficile. Mais tout passe par là. Et quand j'ai voulu, quand je pouvais, je savais pas trop comment faire pour se faire aider dans ces choses-là. »

(Mme G, 92 ans, territoire C).

	Territoire C	Territoire A	Territoire D	Territoire B
Équipement (tablette ou PC)	12	7	8	6
Utilisation communication (mails)	10	7	5	6
Utilisation loisirs (achats, docs...)	9	7	6	6
Utilisation administrative (déclaration d'impôts...)	5	3	3	3
Utilisation pour recherche d'infos sur droits et services	2	1	1	3
Prise de RDV médicaux	6	3	3	3

La réduction de mobilité comme possible limitation de l'accès aux droits et aux soins, en milieu de montagne mais aussi en territoires urbains

Nous l'avons dit, la problématique de mobilité ressort fortement des entretiens. Elle est tout d'abord liée aux difficultés motrices qui concernent une part importante de notre panel le plus âgé. Quelques personnes ont cessé de sortir seules à la suite de chutes ou d'accidents de santé qui les ont insécurisées. Pour d'autres, ce sont les transformations de l'aménagement urbain, la circulation automobile trop dense, les temps de passage aux feux tricolores trop courts ou encore la circulation des trottinettes ou des vélos sur les trottoirs qui limitent le périmètre de déplacement (voir infra). En territoire de montagne, du fait de la présence limitée de transports collectifs, la conduite automobile est un impératif pour le maintien de l'autonomie. Les personnes cherchent par conséquent à garder le plus longtemps possible cette pratique, au prix d'efforts considérables.

E : « Le médecin vient à domicile ?

Mr : Oui il vient parce que je me sens pas de monter. Il n'y a qu'une fois par semaine je prends ma voiture je vais faire mes courses mais quand je reviens je suis à bout de force.

(M. C, 88 ans, territoire A).

Plusieurs personnes expriment dans les entretiens leurs craintes d'un avenir sans possibilité de prendre leur voiture.

Mme : « Jusque-là, on va faire nos courses, mon mari conduit, moi aussi mais moins à cause de la vue, je vais dans des endroits que je connais bien. Quand nos petites- filles arrivent, on va les chercher. Mais ce sera peut-être quelque chose qui va plus...

Sœur de Mme : Mon neveu en partant m'a dit : « mon père conduit très mal, j'ai du souci à le voir conduire ».

Mme : Oui, sur route ça va, mais les manœuvres, pour sortir du garage... il a du mal. Mia comment faire ?

(Mme B, 85 ans, territoire A).

Des stratégies d'adaptation se font jour en fonction de l'état des routes, des embouteillages, des possibilités de parking... Ainsi, il arrive à quelques personnes habitant sur le territoire A de se faire soigner dans un autre département du fait d'un accès routier, selon elles, plus aisé, et d'une possibilité de circulation en ville plus facile que dans la ville centre de leur département. D'autres regrettent de ne pas avoir pris des spécialistes dans l'autre département.

E : « Mais je veux dire, si vous n'aviez pas la voiture, vous ne pourriez pas faire vos courses ?

Mme : Ah non.

E : Il y a des systèmes de livraison ?

Mme : Aucune idée. Mais je pense qu'on pourrait... Mais tant que je conduis. Malheureusement, tous nos docteurs, nos spécialistes et tout, sont à X. Si j'avais su, j'aurais pris à Y dans le département voisin. C'est beaucoup plus facile comme route et là-bas, c'est plus simple...

E : Oui, vous trouvez ?

Mme : Oui. C'est rien Y à côté de X. »

(Mme J, 80 ans, territoire A).

Cependant, plusieurs personnes disent avoir cessé la conduite automobile par peur d'être moins vigilantes ou réactives, et parfois sur pression de leur famille.

E : « Et cet décision d'arrêter de conduire ?

Mme : Parce que j'étais dangereuse pour moi comme pour les autres (répond sèchement).

E : C'est vous qui avez estimé ?

Mme : Oui. Avec l'aide de ma fille parce que quand je parlais avec elle, elle disait oh là là c'est moi qui pilote. Et puis je me suis rendu compte par moi-même que j'étais dangereuse.

E : Oui donc vous avez renoncé à conduire ?

Mme : J'ai vendu la voiture et tout.

E : Ça n'a pas été dur pour vous ?

Mme : Non. Non parce que quand je dois faire mes courses, les courses du mois, ma fille elle m'emmène. Ma petite fille quand elle va faire des courses elle m'appelle. Mamie t'as besoin de quelque chose ? Donc non ça se passe bien. Mais celui qui n'a personne à côté pour l'aider, je ne sais pas comment il fait... ».

(Mme D, 80 ans, territoire A).

Ces réductions de la mobilité peuvent constituer des empêchements pour accéder à des administrations ou services et également pour l'accès aux soins. Le besoin d'accompagnement pour toutes démarches ou rendez-vous est problématique, lorsque les personnes n'ont pas de famille à proximité ou disponible. Plus globalement c'est ainsi l'accès à la sphère publique qui peut être plus compliquée.

La conscience des pertes de capacité, la réduction des forces, sont en outre un facteur d'anxiété qui peut progressivement limiter les sorties, générer un repli sur

soi et sur le domicile et faire obstacle à la mobilisation pour des démarches en direction de services ou d'administrations. La peur d'être « arnaquée », de ne pas arriver à comprendre, de ne pas arriver à accomplir certaines tâches du quotidien, de se tromper dans des démarches administratives est souvent exprimée en lien avec ce qui est pointé comme complexification des démarches et la perte de repère dans le dédale des administrations. Cette anxiété fréquente dans notre panel constitue une limitation importante dans l'accès aux droits.

Mme : « D'habitude j'y vais avec ma fille au CCAS, mais là elle est malade. Enfin, une grippe quoi. Elle est en congé et elle est couchée, la pauvre. Sinon je ne suis pas quelqu'un qui ose... Après je me dis, est ce que j'ai bien fait d'y aller ou pas ? Comme là ce matin, est-ce que j'ai bien fait d'y aller au CCAS ? Et la dame m'a dit de revenir, oh la la, j'ai déjà tellement hésité à y aller, ça m'a stressée. Et après si je change de mutuelle, le docteur, il me prend la carte vitale... Il faudra que je lui dise si je change au docteur ?

E : C'est ce qui vous fait souci, toute les démarches ?

Mme : Oui, moi je suis une anxieuse. C'est pire en vieillissant. Un petit grain de sable et... Maintenant depuis qu'il n'y a plus mon mari, ça m'angoisse, même d'aller me coucher. »

(Mme R, 80 ans, territoire A.)

2.4. Représentations de soi, du rôle de la famille et enjeux de continuité identitaires : les dimensions culturelles du non-recours

Chez toutes les personnes enquêtées, le vieillissement impose un certain nombre de transactions avec soi-même, ses proches et son environnement, pour maintenir son identité et son existence. Quel que soit le milieu géographique ou le milieu social, l'appartenance à une minorité culturelle, cette même préoccupation de pouvoir « se maintenir » est exprimée. Le recours à des droits ou services est parfois perçu comme une potentielle mise en péril de l'ordonnancement pratique du quotidien susceptible de remettre en cause les habitudes de vie, et de porter atteinte à ce que l'on sait de soi et de ce qui compte dans l'existence.

Différents « cas » permettent de dévoiler et de mieux saisir ces enjeux de continuité identitaire qui peuvent limiter le recours aux droits et aux services. « *Je n'ai jamais demandé à une assistante sociale, jamais* », « *chez nous c'est la famille qui compte, on n'est jamais seul* » : ce sont ces phrases qui, dans les entretiens, expriment des formes de renoncement ou de refus de solliciter des aides publiques parce que cela équivaldrait pour certains enquêtés à abdiquer des principes qui ont structuré l'existence et/ou à se donner à voir comme fragile.

Aspiration au maintien de l'identité : une représentation de soi comme trop aisé et/ou encore autonome et/ou ayant toujours « géré ses propres affaires »

À Grenoble, 6 enquêtés déclarent recourir à une femme de ménage qui était généralement employée avant que

ne surviennent les difficultés liées au vieillissement. L'avancée en âge et parfois l'attribution de l'APA ne les a pas, pour autant, amenés à recourir aux services d'aide à domicile. La représentation de son milieu, de son statut social, peut, pour quelques personnes, les amener à exclure l'idée de recourir à des services, faits pour d'autres ou dont d'autres ont davantage besoin. La conviction de ne pas être éligibles à l'APA du fait de leur niveau de ressources est en outre présente chez plusieurs enquêtés, en particulier sur le territoire C. Chez quelques personnes, on peut également identifier ce qu'il serait adapté de nommer « une éthique libérale ». Cette forme de considération est répandue chez les personnes qui disposent de ressources généralement assez confortables et qui, surtout, ont eu un métier d'entrepreneuriat, d'artisanat, ou ont exercé une profession libérale. Leur habitude de s'organiser par elles-mêmes mais aussi leur représentation des administrations, de l'État, des pouvoirs publics peut être assez péjorative, les conduisant à ne pas imaginer y avoir recours. Ainsi Monsieur V., ancien commerçant, ne prend pas de mutuelle pour son épouse car si elle doit être hospitalisée, il « aura les moyens de payer ». C'est le même homme qui n'autorise personne -ni ses enfants, ni ses petits-enfants, à prendre le volant de sa voiture.

E : « Et donc, sur la question des soins, vous avez une mutuelle ?

Mr : Oui. Elle, non, elle n'a pas de mutuelle.

E : Vous, vous êtes à 100 % ?
Mr : Elle est à 100 % pour son cancer, oui.
E : Et vous n'avez pas de mutuelle pour le reste ?
Mr : Je n'ai jamais voulu en prendre. Je n'en ai jamais pris.
E : Pourquoi ? Vous, vous en avez une et pas elle ?
Mr : Mais moi, je ne suis pas d'accord d'engraisser la sécurité sociale. Du moins, pas la sécurité sociale. Non, moi, l'argent, il m'appartient. J'en fais ce que je veux. Pourquoi je vais payer ?
E : Mais s'il y a des compléments qui ne sont pas pris en charge ?
Mr : Moi, le calcul que j'ai fait depuis, depuis que...hein. Bon, moi, je travaille. Elle n'avait pas de boulot, enfin elle m'aidait. J'ai dit, si moi je suis malade, elle pourra pas subvenir à mes besoins, il me faut une mutuelle pour moi, même si je préfère pas leur donner trop d'argent. Mais pour elle, comme je travaillais, comme j'ai travaillé, je suis capable de payer ses soins. Et vous savez, j'en ai gagné de l'argent. Je vous le dis. Je veux pas dépendre d'aides publiques, si on a d'autres besoins, je payerais. »

(Couple V, 90 et 93 ans, territoire D).

Mr V. exprime une volonté de ne pas dépendre de qui que ce soit et de garder son autonomie financière. Chez plusieurs autres personnes, c'est l'accès au statut de personne âgée qui n'est pas facilement envisageable. Ce refus ou ce déni du vieillir implique une forme de mise à l'écart de tous les services spécifiques ou des lieux dans lesquels des informations dédiées pourraient être transmises. Ainsi certaines personnes se refusent à participer aux activités des clubs de retraités ou à se joindre à leurs congénères pour des rencontres, repas organisés à leur endroit (repas de Noël organisés par les communes par exemple, séances d'informations...)

car « on est autonomes, pas grabataires. Autant laisser ça à des personnes qui ont plus besoin » (Mr et Mme G., territoire B). Il s'agit parfois de « garder la face », de sauver les apparences et de conserver ainsi la maîtrise des interactions sociales tout en jouant le rôle dans lequel on a été connu et reconnu (Goffman, 1967). D'autres personnes ayant précédemment été considérées dans le champ du handicap ne peuvent se vivre comme personnes âgées et assumer cette transformation de rôle qui expose à de nouvelles interactions avec des services pour lesquels elle n'a pas d'existence reconnue. Ces représentations de soi s'accompagnent, chez certains enquêtés, de considérations sur la santé, sur la vie et la mort qui repose sur un certain fatalisme et une conception du corps essentiellement comme outil de travail (notamment chez les anciens paysans) (Beltran, 2018). Sur ce registre, les natifs des territoires ruraux expriment un rapport singulier au corps et à la santé qui impacte leur recours aux soins notamment. De travaux ont permis de mettre en lumière ces caractères trempés, durs au mal, peu enclins à se préoccuper de leurs maux et à anticiper la dégradation de leur état de santé (Gucher, Mallon, Roussel, 2007). On retrouve cela chez des enquêtés du territoire A. Ainsi Monsieur D, sur ce territoire, résume ce que d'autres habitants de ces zones expliquent autrement : « *Tant qu'on avance c'est bon* ». L'idée que les services ou autres dispositifs (téléassistance par exemple) ne présentent pas d'intérêt parce que « ça ne va pas me soigner » s'inscrit dans cette vision mécanique du corps comme support essentiel de l'existence. Cela se couple chez certains habitants du territoire A. avec une vision fataliste d'une existence soumise aux lois de la nature, sur laquelle il n'existe pas d'emprise possible. On retrouve cette vision chez des enquêtés d'autres territoires en lien plutôt cependant avec des croyances religieuses.

Le rapport aux soins de certains enquêtés du territoire A., en particulier ceux qui ont toujours habités là, traduit aussi une intériorisation du peu d'offres ou de l'éloignement de celles-ci. Il y a là aussi quelque chose du type : « c'est comme ça ». Lors d'un repas avec deux couples de personnes âgées sur le territoire A., Mr F, natif du territoire, dit par exemple : « *on va pas se faire soigner pour rien ici, on a appris à pas demander sans arrêt, parce que c'est pas si facile que ça, c'est pas à côté, faut y aller quand-même* ». S'en suit un échange avec sa fille, également présente lors du repas, qui confirme que pour son bébé, elle se débrouille tant qu'elle peut « *je vais pas embêter le docteur à chaque fois qu'il a le rhume. Attends, je vais pas courir à (ville où exerce son médecin traitant, distante de 30 km de son domicile), c'est pas comme quelqu'un qu'est en pleine ville et qui peut se permettre d'y aller tous les jours* ». Pour toutes ces personnes, même si les valeurs et les principes auxquels elles se réfèrent ne sont pas identiques, il s'agit avant tout de se débrouiller par soi-même dans un territoire qui offre moins de possibilités que d'autres et/ou pour conserver la maîtrise de son environnement et de son existence.

E : « Pour la douche, vous avez eu des aides pour ça ?

Mme : On ne les a pas demandées. C'est mon mari, là. Avec un fils. Ils ont fait la douche. Comme ça ils ont fait comme on veut.

E : D'accord. Et vous n'avez pas pensé à demander s'il y avait des aides possibles pour le...

Mr : Et puis, qui va nous aider ? Quoi ? Pourquoi ?

E : Ah ben, il y a des aides spéciales pour l'aménagement du logement, quand on vieillit.

Mme : Oui, y'a des aides. Et alors ? Mais c'est pas notre mentalité de demander ».

(Couple G, territoire A).

Une doxa familialiste : la famille comme support ou contrainte

Lors des entretiens, nombreuses personnes expriment les « devoirs » qui ont été les leurs, envers leurs ascendants, leurs conjoints et/ou leurs descendants. Elles racontent ainsi avoir accompagnées des proches, parfois plusieurs, au moment du vieillissement et parfois aussi de la fin de vie, ou dans des situations de handicap, sans se poser de question sur les autres manières de faire possibles. La plupart de ces personnes ont une représentation du vieillissement comme devant être pris en charge au sein de la famille. Cela imprègne leur rapport à d'autres formes d'aides. Chez quelques-unes des femmes rencontrées, s'expriment aussi des formes de soumission conjugale et/ou familiale, au sein notamment de familles élargies dans lesquelles cohabitaient plusieurs générations, dont les beaux-parents. La gestion des « affaires familiales » ayant été assurées le plus souvent par le mari, et parfois même par le beau-père ou la belle-mère, ces femmes ont vécu pratiquement une existence « sous tutelle » au cours de laquelle elles n'ont pas fait l'apprentissage des rouages administratifs et des démarches.

La situation de Madame V. au sein de son couple, sur le territoire D, en témoigne aussi. Son conjoint ne lui laisse guère la possibilité de s'exprimer au sujet de l'accès aux soins de santé, la mutuelle, les enjeux financiers de l'intervention d'une aide à domicile... Elle paraît consentir à cette forme d'éviction et ne s'exprime que sur les marges de la discussion, lorsqu'il est question des fleurs du jardin par exemple ou bien sur un mode de plaisanterie pour limiter la portée des propos de son mari, lorsque celui-ci affirme qu'il n'a pas besoin d'une aide à domicile, qu'il en a une sur place qui fait très bien le travail (en faisant référence à son épouse).

L'exigence de solidarité familiale, le dévouement, le service sont autant de

principes qui ont structuré l'existence de certaines personnes, qui conçoivent difficilement qu'une aide puisse être recherchée en dehors du cercle de famille. L'idée de devoir dépenser pour accéder à des services d'aide professionnels est en outre difficilement envisageable pour certains alors que ces services pourraient être rendus par les membres du cercle familial. On retrouve ici des considérations générationnelles des milieux populaires sur l'argent et son usage.

E : « D'accord. Vous avez de la famille autour de vous ou... »

Mme : J'ai ma sœur qui est à A., pas très loin. Sinon non. Mes enfants sont... avant on habitait à A. Donc ils sont autour d'A. Enfin dans (autre département).

E : D'accord. Donc en fait vous avez votre sœur qui peut être un point d'appui.

Mme : Non. Si un jour ça ne va plus, on redescendra dans (autre département).

E : Votre projet c'est de redescendre ...

Mme : Oui, je retournerai auprès de mes enfants c'est sûr. Si on ne peut plus se suffire à nous. Pour l'instant on se suffit à nous-mêmes. Mais si un jour je ne peux plus... on ne peut plus. Je ne peux plus, je me rapprocherai de mes enfants. Parce qu'effectivement 12 kilomètres pour se soigner ce n'est pas évident.

Et on va pas payer pour se faire aider. Si on est vieux, si on est dépendants, ça ne sera plus possible, on redescendra. »

(Mme J., 65 ans, territoire A).

Pour certains enquêtés, cette représentation d'une prise en charge du vieillissement devant être familiale se concrétise déjà par une proximité géographique et un partage du quotidien de l'existence (repas, administration des ressources) voire par une cohabitation entre ascendants devenant dépendants et enfants. La précarité économique ou l'instabilité de certaines situations sociales des enfants, notamment

sur le territoire D, peuvent contribuer à ces organisations. C'est le cas de 6 familles rencontrées durant cette recherche et notamment de Mr C, qui vit avec ses deux parents et s'occupe une grande partie du temps de sa mère atteinte de la maladie d'Alzheimer mais aussi de son père qui commence à être limité dans sa mobilité par des problématiques d'arthrose. Mr raconte qu'initialement il s'occupait seul de sa mère, car cela lui semblait « naturel » mais que la progression rapide de la maladie a imposé de se tourner vers une aide extérieure, ce qui s'est traduit par une demande d'APA par son frère qui gère les questions administratives. L'organisation mise en place permet en l'occurrence à Mr C. de recevoir une petite rétribution financière pour l'aide apportée à sa mère, dans un contexte difficile sur le plan financier pour lui.

Fils : « J'ai 50 ans... Je me dis que ça sera de toute façon très compliqué pour moi pour reprendre l'activité. Ça semble même impossible.

E : Mais du coup, vous touchez des aides pour vous ?

Fils : Non, on fait un petit Cesu comme je m'occupe de ma mère, comme on peut, à la limite des exonérations. On fait comme ça, quoi, parce qu'on doit être tranquille aussi par rapport à... au chômage et par rapport au RSA, quoi.

E : Oui, d'accord.

Fils : Parce qu'en plus, comme j'ai eu beaucoup d'arrêts de travail pendant la dernière période, en fait, ils comptent pas la période d'arrêt de travail pour calculer le chômage, pour pas pénaliser. Sauf que moi, ça me pénalise complètement, puisque je touche plus rien. J'ai été obligé de compenser par du RSA. Et après, on me demande souvent d'actualiser la situation. La situation change pas, donc... Donc, faire un Cesu comme ça, quelques heures, ça permet d'être tranquille, de toucher un tout petit peu par rapport à l'exonération, quoi.

E : Ok, donc vous faites RSA plus Cesu ?

Fils : Oui, en fait, là, c'est plus que dans le RSA, c'est une prime d'activité, une petite prime d'activité. Ouais, une petite prime d'activité, ouais. Et le Cesu, quelques heures. Mais encore, je veux pas... Je vais pas faire trop. Après, je prends en charge pas mal de dépenses pour pouvoir les rembourser mes parents...

E : c'est toute une organisation.

Fils : Oui mais ça se fait plutôt comme ça chez nous... Je suis à domicile avec mes parents, donc j'ai pas non plus, énormément de frais.

E : Et donc, il y a l'APA pour votre maman ?

Fils : Après, oui, mon frère, il avait fait les démarches pour avoir en complément un peu d'aide à domicile, ça devenait trop dur... Elles viennent tous les matins de la semaine pour réveiller et faire la toilette à ma mère, du lundi au vendredi. Et le mardi après-midi, elles viennent aussi faire un peu de ménage. Donc, après, on fait comme ça pour avoir un peu d'aide et que moi j'assume le plus gros, la nuit, le reste des journées... C'est normal, hein, ma mère, elle s'est toujours occupée de moi, donc c'est normal. Après, le week-end, on se débrouille pour tout pour avoir un peu de tranquillité entre nous et que ça reste en famille le plus possible. »

(Famille C, territoire D).

À l'instar de cette famille d'origine portugaise, plusieurs autres d'origine étrangère que nous avons rencontrées sont attachées à cette tradition d'un accompagnement familial des aînés et recourent, de ce fait, de manière limitée à des aides extérieures. Sur le territoire B, une femme d'origine algérienne a accepté de demander l'APA pour sa mère à la suite d'une chute qui a nécessité plusieurs hospitalisations ; mais elle n'utilise qu'une partie du plan d'aide car « *je ne vois pas quelqu'un d'autre que moi, faire sa toilette.*

Ce serait pas normal. Pour les repas, c'est pareil, c'est à nous de lui faire à manger ».

Si dans certains cas, cette priorisation de l'aide familiale porte spécifiquement sur certaines tâches, dans d'autres elle peut générer un refus total d'aide extérieure. Ainsi n'avons-nous pas pu rencontrer à domicile monsieur M. qui avait en première intention accepté la proposition d'entretien, du fait de l'interdiction de son gendre d'échanger avec nous. L'échange téléphonique au moment de l'annulation permet de faire le constat d'une forme de repli familial, non nécessairement souhaité par M. d'ailleurs.

Mr : « Bah, ça va, je suis bien... Je suis bien entouré par mes filles et mon gendre. Et tant mieux parce que j'ai perdu ma femme, il y a deux ans, et ça c'est quand-même dur... Et mes filles et mon gendre, ils veulent que ça reste comme ça... »

E : C'est-à-dire « que ça reste comme ça » ?

M. : Et ben, que ce sont eux qui continuent à s'occuper de moi. Quand j'avais dit un jour : « tiens peut-être que pour les repas, je pourrais faire venir », ils m'ont dit : « non non, c'est pas la peine, ça sert à rien, il faut que tu fasses toi ou alors qu'on fasse ça nous, tu nous laisses faire, on va faire venir des gens. »

(M. M, 85 ans, territoire D).

Pour certaines familles, le recours à des services « sociaux » peut en l'occurrence être vécu comme une forme d'intrusion ou de contrôle, qui ne peut s'envisager. Dans d'autres, le degré de recours à de l'aide extérieure, notamment via des services publics, est très réfléchi ; un certain niveau d'aide paraît acceptable parce qu'il permet de ne pas rompre par ailleurs des équilibres familiaux, notamment sur le plan financier, et de préserver la possibilité d'un soutien avant tout familial, sur le long terme.

C'est le cas de la famille B. La décision de ne pas faire réévaluer le GIR de la mère comme semble l'avoir conseillé les quelques professionnels venant à domicile s'inscrit, semble-t-il, dans cette vision d'un niveau d'aide extérieure acceptable pour que M. X puisse tenir le coup sur la

durée mais qui ne remet pas totalement en question le fait de « gérer la situation en famille », en évitant que de trop nombreux intervenants extérieurs ne viennent menacer une organisation dans laquelle des considérations financières entrent en jeu.

2.5. Enjeux de ressources familiales et/ou sociales : isolement et solitude, des facteurs majorants le non-recours

De travaux antérieurs, il ressort que le recours aux services et aux droits repose, pour les personnes âgées, assez fréquemment sur différentes médiations, familiales mais aussi sociales. En effet, pour les raisons évoquées précédemment, les personnes du grand âge n'ont pas toujours la possibilité, ni les capacités, de solliciter et d'accéder directement aux services et aux droits auxquels elles pourraient prétendre. Le recours nécessite, en tout premier lieu, la reconnaissance d'un besoin ou d'un manque, qui ne va pas toujours de soi. Un regard extérieur est parfois nécessaire pour amener à cette compréhension et secondairement à une acceptation du manque, des incapacités et du besoin. Il suppose également une capacité de compréhension et de mobilisation, une énergie, qui peuvent être défaillantes dans la fragilité du grand âge.

L'enquête menée dans les 4 territoires met en évidence l'influence de l'environnement familial et social sur les formes de recours versus de non-recours ainsi que sur les domaines de recours ou de non-recours. Les quelques situations relatées ci-dessus, ainsi que la question de la réalisation des démarches dématérialisées, soulignent que les configurations familiales n'offrent pas les mêmes possibilités de soutien et de médiation, à la fois dans la reconnaissance des problématiques liées au vieillissement et dans les démarches d'accès aux droits et services. Des facteurs sociaux, économiques, culturels mais aussi le poids de l'histoire familiale, influencent les interactions qui se développent autour d'une personne âgée au sein des familles. La nature des interactions familiales apparaît comme facteur discriminant des dynamiques d'accès aux droits et services. C'est aussi le cas des interactions sociales.

Ainsi, au-delà des problématiques spécifiques d'isolement social et relationnel, il ressort que le milieu de vie des personnes âgées ne fonctionne pas, dans tous les cas, comme support même quand cela semblerait être le cas.

Des configurations et types d'interactions familiales plus ou moins favorables au recours : ressources et disponibilités inégales, autosuffisance des couples

Trois grands types de configurations familiales sont présentes dans notre corpus : personne âgée dont la famille se réduit au couple, personne âgée (en couple ou non) avec entourage familial local - i.e. membre(s) de la famille proche(s) géographiquement et proche(s) en soutien – et personne âgée (en couple ou non) avec entourage familial dispersé - i.e. membres de la famille éloignés et faiblement voire aucunement support (Bonvalet, 2003). Si les personnes qui ont un entourage local peuvent davantage bénéficier de soutien dans leur quotidien, cette présence peut cependant ne pas toujours être en faveur d'autres formes d'intervention que familiales.

Au-delà des configurations, différents facteurs influent sur le positionnement de ces familles en tant que soutien de l'accès aux droits et aux soins des ascendants âgés : les ressources sociales et culturelles, i.e. la compréhension par les proches des besoins et la connaissance des dispositifs existants ; l'existence d'une conflictualité au sein de la famille et au sein des fratries notamment ; le rapport entre les générations - certains enfants adultes se trouvent encore soumis aux décisions de leurs parents et ne peuvent pas faire valoir leur point de vue sur la question du soutien à l'autonomie notamment. Ces éléments contribuent à la possibilité d'un recours externe versus un repli défavorable au recours aux aides et services de l'autonomie.

Nous pouvons en outre évoquer le fonctionnement en autosuffisance de plusieurs des couples rencontrés dans le cadre de cette recherche, à l'instar de ce couple sur le territoire C :

« Mme : il nous semble, enfin personnellement, il me semble que quand on est deux, l'autre règlera le problème. C'est peut-être vraiment un optimisme délirant et stupide. Mais quand je suis tombée, tu as appelé les pompiers.

Mr : Oui et je pense que c'est, il faut réagir au cas par cas. On ne peut pas comme ça programmer maintenant qu'en telle année, on va faire... On n'en sait rien parce que dieu sait dans quel état on sera, dieu sait ce qui nous attend, par conséquent je crois qu'on est réduit à réagir au cas par cas.

Mme : mais c'est quelque chose qui taraude et ce n'est pas si facile d'en parler entre nous, on ne veut pas inquiéter l'autre et on ne sait pas si on sera d'accord. »

(Couple AL, territoire C).

Il peut en effet être difficile d'évoquer la question du vieillissement au sein du couple. L'enjeu est aussi pour certains de ne pas rendre visibles leurs difficultés pour ne pas risquer d'attirer le regard d'un professionnel et que les solutions proposées ne puissent convenir aux deux conjoints, notamment lorsque les difficultés concernent un peu plus l'un que l'autre ou qu'une différence d'âge existe. D'autres entretiens donnent à voir des formes de « huis-clos » conjugal dont même les enfants peuvent être exclus. Là encore, il s'agit de préserver ce qui a été l'essence du couple et de se prémunir d'une intervention qui pourrait possiblement conduire à la séparation. La crainte du « placement en EHPAD » de l'un des deux est la plus forte mais on peut aussi relever la peur

de l'introduction d'aides qui viendraient remettre en cause les rôles de chacun et les ajustements construits de longue date et qui ouvriraient une brèche dans la sphère d'autonomie conjugale. L'intervention de l'aide à domicile peut être à certains égards vécue comme la possibilité d'une prise de pouvoir sur la vie quotidienne par un tiers extérieur.

Interconnaissance stable versus relations sociales mutantes

Les médiations sociales, en dehors des services sociaux et médico-sociaux dédiés, paraissent, très inégales selon les territoires. Les dynamiques des relations de voisinage peuvent être soutenantes sur le territoire A et se traduire en particulier par de l'accompagnement en voiture pour des démarches, des soins ou des courses, par la réalisation de petits travaux au niveau du domicile et/ou par des échanges de conseils sur les lieux ou les professionnels auxquels s'adresser en cas de besoin. Ces soutiens sont liés à l'interconnaissance ancienne qui génère de la confiance et ouvre la possibilité de solliciter une aide. Cependant, ils peuvent être marqués de saisonnalité, en particulier dans certains hameaux du territoire qui se dépeuplent après les beaux jours induisant de l'isolement pour les personnes qui restent, dans des périodes où les conditions météorologiques sont en l'occurrence plus rudes.

« Elle (la voisine) m'aide un peu mais elle ne doit pas être là la semaine prochaine. Vous savez, c'est des gens qui habitent J., donc ils montent, ils descendent. Des gens qui ne sont pas là tout le temps et qui ne viennent pas l'hiver. Il y a déjà des personnes qui sont descendues à cette époque. Donc, ça va se réduire. Ça va se réduire à peau de chagrin. »

(Mme C, 78 ans, territoire A).

Sur les territoires B et C, ces dynamiques de voisinage existent mais de manière plus limitée et surtout de manière différenciée selon les quartiers ou les immeubles ; elles constituent principalement un support d'information qui se traduit par des renseignements donnés sur un droit, un organisme, l'endroit où trouver un professionnel, ou par de petits services (monter le courrier, changer la pile d'une télécommande...). Le renouvellement des habitants dans certains immeubles fait que les personnes âgées même lorsqu'elles vivent au même *endroit depuis longtemps ne connaissent plus ou peu leur voisinage.*

« Ah mais c'est que tout le monde est mort dans cette montée, Madame, dans la, tous les gens que je connaissais dans la montée où on se recevait chez les uns, chez les autres eh ben ils sont tous morts. Tous morts, je suis la dernière survivante. Sauf la dame qui est un peu plus âgée que moi, de temps en temps, on se voit. Qui est dans l'autre montée. Et voilà. Les autres voisins, les nouveaux arrivés, je les connais peu, très peu. Et j'avais aussi des amis à proximité, j'avais des... Mais tout le monde est parti, quand on arrive à 89 ans, vous savez, on les voit tous partir, hein ? »

(Mme AO, 92 ans, territoire C).

Sur un territoire plus mouvant comme le territoire D, le renouvellement et/ou le déplacement des populations au sein de la ville a amoindri, voire fait disparaître, des dynamiques de voisinage et a parfois même induit une forme de défiance qui ne permet pas, ou de façon plus limitée, l'expression de solidarités de voisinage.

« Oui, oui. (j'ai vécu aux (nom de quartier)) où ça deal maintenant en bas. J'ai vécu aux (nom de quartier) et on était des grandes familles d'immigrés,

parce que les parents ils étaient immigrés, forcément d'Algérie et on était tous regroupés, c'était vraiment famille, solidarité, mais ça n'a rien à voir maintenant. Maintenant c'est du... On va pas dire égoïste, mais chacun fait sa vie, y'a moins d'solidarité... Ça part un peu dans du n'importe quoi. Je sais que je me rappelle, nous, les mamans on sortait le café, c'était convivial, on était un groupe de jeunes, de filles ou de garçons, on discutait entre nous, on se donnait des idées, et on veillait hein... Parce que nous, on partait pas forcément en vacances, on veillait jusqu'à deux-trois heures du matin, c'était les vacances d'été, c'était super, on mettait les chaises et tout, on faisait pas de bruits, on dérangeait pas le voisinage, on était respectueux. On s'entraidait, on était ensemble, on se voyait. Mais là maintenant, on est plus seuls ... »

(Mme D, 62 ans, territoire D).

Lorsqu'elles existent encore, ces relations de voisinage peuvent être centrales, par exemple pour initier une démarche d'accès aux droits. Sur le territoire C., la voisine de Mme FB a ainsi été le point de départ d'une demande d'aide alors que Mme FB, maîtrisant approximativement le français à l'oral et à l'écrit et perdue par rapport à l'administration française, était totalement désemparée à la suite du décès brutal de son mari. En orientant Mme vers le service social de proximité, elle a notamment permis la mise en place de la pension de réversion et la stabilisation de la situation financière de Mme.

« J'étais bien moi avant que mon mari... J'avais l'arthrose mais j'étais bien, mais puis depuis que mon mari est parti. [À demi-voix] c'est là que tout a changé. (...) Ça m'étonnerait qu'il y a un avenir. À mon âge, plus d'avenir. On vit du jour au lendemain. À 69 ans, on n'a plus que la descente. J'étais très dynamique,

j'adorais rire. Tout a changé chez moi après le décès, je suis plus la même. C'est d'être seule. Le temps ne fait rien. Surtout avec l'âge. Mais je ne devrais pas à me plaindre. La seule chose c'est la solitude. Si je peux pas faire à manger, je le fais pas, je m'en fous. J'ai envie de nettoyer, je nettoie, j'ai pas envie, je le fais pas. Enfin, c'est, c'est juste une façon de parler. Mais c'est juste être seule qui est vraiment dur. ... c'est tout [elle pleure]. Il y a une petite voisine qui m'a aidée un jour tellement je pleurais dans l'escalier. J'ai pu avoir des choses grâce à elle, sinon je n'aurais rien eu. »

(Mme FB, 69 ans, territoire C).

Solitude et isolement : des facteurs majorants le non-recours

L'isolement et la solitude, même lorsque les personnes sont en couple, sont fréquemment évoqués par les personnes rencontrées. Si cela peut paraître assez logique sur le territoire C puisque les enquêtés ont été repérés sur le fichier des personnes isolées et fragile du dispositif canicule, sur les autres territoires où l'accès aux enquêtés s'est fait de façon plus diversifiée, la situation n'est guère différente. L'expression de la solitude se fait généralement en lien avec les difficultés du quotidien, le sentiment de fragilité, le vécu d'anxiété. Il est sans doute possible de saisir cette solitude comme ontologique c'est-à-dire liée à l'expérience même du vieillir, face à laquelle les personnes qui ont dû faire face à une succession d'épreuves ou à une épreuve récente, se trouvent démunies. C'est le cas de Mme FB, sur le territoire C.

L'absence de famille, son éloignement géographique ou affectif, joue un rôle essentiel dans ce sentiment de solitude, nourri aussi par le fait de ne pas nécessairement savoir ce qu'il pourrait se passer en cas de problème, ni qui réagirait.

E : « Lorsque vous vous êtes retrouvée tout le temps ici, pour vous, ce n'était pas compliqué ?

Mme B : Ben, au début, euh... Ben, c'était bien, mais maintenant, ça commence à être long d'être toute seule. Très long.

De plus en plus. De plus en plus. Il n'y a pas d'écoute. Il n'y a pas d'écoute. Il n'y a pas de... Les gens autour, est-ce qu'ils pensent pas ... ? Est-ce que chacun reste chez soi ? Je sais pas.

E : Ce que j'entends, c'est quand même que vous êtes un peu isolée. Enfin, vous avez un peu un sentiment de...

Mme B : Je suis isolée. Il y a des personnes âgées qui ont leurs enfants à côté, mais ils ne savent pas la richesse qu'ils ont. Il y en a plusieurs. Moi, je n'ai personne. Vraiment.

E : Et ça, est-ce que ça vous inquiète, par exemple ?

Mme B : Mais je me dis de temps en temps s'il m'arrive quelque chose, qu'est-ce qu'il va se passer ? Alors, comme j'ai mon petit portable avec moi, qui est toujours branché. Alors, normalement, normalement, pour l'instant je veux pas la... euh la...

E : Vous ne voulez pas la téléalarme ? Vous savez que ça existe, mais vous ne voulez pas...

Mme B : Pour l'instant, non.

Pour l'instant. Je suis pas prête à appuyer sur un truc comme ça et que j'ai quelqu'un au bout du fil. Qui d'ailleurs ? Je ne veux pas le faire. Pour l'instant. Parce que j'ai toujours mon portable avec moi.

E : D'accord. Donc, quand vous allez vous coucher, vous le prenez avec vous dans la chambre et vous le...

Mme B : Voilà. Il couche avec moi. Mais qui j'appellerais... »

(Mme B, 89 ans, territoire A).

La perte de l'entourage amical a pu accentuer le sentiment de solitude de certaines des personnes rencontrées, en

particulier parce que c'était avec leurs amis qu'elles pouvaient évoquer certaines considérations intimes et/ou liées au vieillissement. Certaines des personnes qui ne peuvent compter sur un entourage familial ou amical, réussissent à trouver ponctuellement du soutien pour se débrouiller des arcanes administratifs mais, globalement, les supports manquent pour faire face aux difficultés de l'existence et prendre des décisions sur certains sujets. Une chose est en effet de demander ponctuellement de l'aide à des voisins ou des connaissances par rapport à une démarche administrative ou un besoin matériel, une autre est de parler de difficultés physiques ou psychiques et de partager ces inquiétudes fondamentales sur son devenir.

E : « Vous n'avez pas d'enfants, de famille à proximité ?

M. : une famille, non le peu que j'ai de famille, ils m'ont tous tourné le dos.

Bon, je me serais mal comporté, je me dirais tu l'as cherché quoi mais c'est tout le contraire, c'est tout le contraire.

Aux neveux, j'ai payé le permis de conduire, j'ai prêté de l'argent, j'ai donné de l'argent, ma sœur, pareil {...}. Mais rien, personne... Alors ben la déclaration d'impôts, ben c'est le collègue qui s'y connaît qui m'a fait le nécessaire.

Toutes façons, c'est simple hein, moi je déclare rien du tout, ça fait des années que je paie rien du tout, juste ce que je touche. Mais sinon tout le reste c'est un problème, c'est ce que je voulais vous parler, avec ces technologies modernes qui envahissent, faut pas déconner, il faut qu'ils se mettent à la place des anciens, il faudrait qu'ils fassent ça progressivement, parce qu'on est perdu quoi. Ça va bien que j'habite à X et que j'ai le collègue qui me... mais sinon

E : Votre collègue habite près de chez vous ?

M. : non non, il habite pas près de chez moi, il habite à 30 bornes de chez

*moi. Non non il est pas tout près...
C'est vraiment une fois comme ça sur ce
qu'il sait faire*

*E : Si vous avez un problème à un
moment que vous n'arrivez pas à
résoudre tout seul vous faites appel
à qui ?*

*Mr : Pfuï, pour l'instant ça va que j'ai pas
eu de gros problèmes mais c'est ça qui
m'inquiète. Encore si c'est un problème...
mais moi j'ai peur du problème médical...
c'est pour ça je me suis fait, avec le
CCAS là, j'ai pris une assurance, j'appuie
sur un bouton... Est-ce que c'est ce qu'il
fallait faire ? Je sais pas. Est-ce qu'il faut
faire autre chose ? (...).*

*E : Et les voisins, vous n'avez pas
confiance ou vous ne les connaissez
pas assez ?*

*M. : Ben les voisins, je suis un peu déçu
avec les voisins, c'est là qu'on voit que
les gens on croit qu'on s'entend bien
et tout, qu'on se rend service et tout,
mais c'est à la télévision, c'est dans les
reportages mais au réel... »*

(M. V, 72 ans, territoire D).

Des personnes racontent lors des entretiens qu'il peut en l'occurrence être difficile d'évoquer certains sujets avec ces enfants, voire même avec un.e conjoint.e avec lequel on vit pourtant depuis de longues années. Parfois, l'éloignement géographique, le fait de ne se voir ses enfants que ponctuellement, ne permet pas ces échanges qui pourraient en découler. Des personnes racontent aussi ne rien dire pour ne pas embêter ou surcharger leurs enfants.

Dans plusieurs entretiens toutefois, on comprend que l'initiative ou simplement l'idée de la sollicitation de services pour soutenir l'autonomie est venue des enfants, ou d'un autre membre de la famille (souvent une sœur), qui avaient repéré les difficultés des personnes, alors que celles-ci n'en étaient pas encore

complètement conscientes ou ne voulaient pas les reconnaître. Même si la prise de décision de solliciter une aide extérieure n'a ensuite pas nécessairement été évidente, le rôle de l'entourage a été décisif. Dans certaines situations où l'entourage familial et amical était inexistant, le regard d'autres personnes a été déterminant dans le recours aux droits et aux services permettant le maintien à domicile. Sur le territoire A., l'interconnaissance qui prévaut a permis à des bénévoles de l'ADMR d'être « alertés » sur des situations de fragilité voire de perte d'autonomie avérée. C'est cela qui a enclenché une prise de conscience des besoins par les personnes et la formulation de demandes. Parfois, le rôle des bénévoles a été plus central dans la mise en place du système d'aide et l'est dans sa réalisation quotidienne. C'est ce qui est arrivé à Mme G. qui est quasiment la seule personne de notre corpus à être dans une situation de recours totale.

*E : « Et alors, est-ce que vous savez si
vous avez des aides pour financer ces
dames qui viennent à domicile ?*

Mme G : Ben, c'est tout l'ADMR.

*E : D'accord. Donc, ce n'est pas vous qui
avez fait le dossier ?*

*Mme G : (s'adresse à la responsable
bénévole de l'ADMR) Pour les prises en
charge c'est tout l'ADMR qui a fait hein ?
Mme ADMR acquiesce.*

*Mme G : C'est tout l'ADMR, enfin, j'ai
rien pour... C'est elle qui fait tout, elle est
formidable.*

*Mme ADMR : On voulait vous mettre en
maison de retraite après l'hôpital. Vous
vous rappelez de ça ? Et que moi, j'ai dit,
non, je la veux à la maison.*

*Mme G : Ah oui, oui, oui. Ah oui, je me
voyais pas dans la maison de retraite*

*Mme ADMR : le médecin de X ne voulait
pas que je la reprenne, le médecin de
l'hôpital non plus. J'ai tout mis en place.*

*Mme G : Quand-même, on n'enferme
pas les gens comme ça.*

E : Quand vous étiez avec votre conjoint, c'est lui qui s'occupait des papiers ou c'est vous ?

Mme G : Un peu les deux. Mais lui, il s'en occupait quand même pas mal.

E : D'accord.

Mme G : C'était plutôt lui qui s'occupait. Il aimait bien s'en occuper.

E : Et vous, vous avez arrêté il y a longtemps de vous occuper des papiers ?

Mme G : Ah bah depuis qu'il y a l'ADMR, j'ai tout arrêté, parce qu'ils s'en occupent bien.

(Mme G, 91 ans, territoire A).

La très forte implication de quelques bénévoles, parfois eux-mêmes âgés, dans certaines situations, leur caractère central dans le « système d'aide » mis en place autour de certaines personnes, posent cependant la question de ce qu'il pourrait se passer s'ils n'étaient plus là.

III. Le non-recours au sein de la population enquêtée : un phénomène multiforme

La question souvent posée à propos du non-recours est : combien de personnes le phénomène concerne-t-il ? Si la question est simple, y répondre représente un défi méthodologique (Marc et al, 2022). Chiffrer ne signifie d'ailleurs pas nécessairement produire des taux de non-recours, même si c'est souvent l'objectif premier visé. Il peut aussi s'agir de donner des indications quantitatives sur les profils des personnes davantage exposées au non-recours et/ou sur les causes du phénomène. Dans la publication « Quantifier le non-recours aux minima sociaux en Europe », la Drees et l'Odenore font le point sur les méthodes permettant de construire des chiffres sur le non-recours : utilisation de données administratives en effectuant généralement des croisements de bases de données, réanalyse de données d'enquêtes préexistantes ne portant pas ou pas directement sur le non-recours, mise en place d'enquêtes *ad-hoc*. Le chiffrage du non-recours au travers d'enquêtes *ad-hoc* permet d'envisager la production de chiffres sur les différents points précités, dans la mesure où les questionnements et les outils d'enquêtes sont créés spécifiquement. Il est par exemple possible de se donner les moyens de recueillir l'ensemble des informations nécessaires pour déterminer si une personne peut prétendre à tel ou tel droit ou aides facultatives. Dans les enquêtes *ad-hoc*, la collecte des données se fait la plupart du temps par questionnaire. Chiffrer le non-recours à partir d'enquêtes qualitatives par entretiens est plus rare, les résultats de ce type d'enquêtes pouvant en revanche être un point d'appui particulièrement pertinent pour élaborer dans un second temps des questionnaires pour chiffrer le non-recours dans ses différentes dimensions (Beltran, Revil et Costentin, 2021).

3.1. Estimation du non-recours parmi les personnes interrogées

Calculer des taux de non-recours ne faisait pas partie de nos objectifs dans cette recherche qualitative dont la finalité est en premier lieu compréhensive, notamment car il nous semblait difficile de collecter systématiquement, au travers des entretiens, les informations nécessaires pour déterminer si les personnes pouvaient prétendre à tel ou tel droit ou service.

Ceci d'autant plus dans une recherche comme celle-ci où nous ne souhaitons pas nous concentrer sur une offre en particulier, mais échanger largement avec les personnes avançant en âge sur différentes offres pouvant concerner leur quotidien actuellement ou dans les années à venir. Au fil de l'enquête et de la réalisation des entretiens cependant, la précision et la

richesse des informations partagées par les personnes sur leur situation, leurs besoins et leurs éventuelles difficultés à réaliser des activités dans le quotidien nous ont amenées à réenvisager la possibilité de dénombrer les situations de non-recours.

Un non-recours présent dans deux situations sur trois mais davantage de non-recours unique et partiel que total

Le matériau recueilli nous permet de proposer des estimations du non-recours que nous définissons, rappelons-le, comme le fait que des personnes ne bénéficient pas, ou ne reçoivent pas, des droits, services, offres facultatives qui pourraient théoriquement correspondre à leur situation. Dans cette perspective, nos estimations tiennent compte des formes primaires et secondaires de non-recours. En l'occurrence, afin de rester sur des effectifs corrects pour proposer des estimations chiffrées et sur un type de chiffrage cohérent avec notre méthodologie, nous avons simplement dénombré le nombre de personnes/ménages interrogés pour lequel on repère au moins un non-recours au moment de l'entretien mais ne sommes pas entrées dans le détail pour chaque offre, les effectifs étant trop réduits pour certaines, selon le nombre de personnes que nous estimions éligibles. Nous avons cependant différencié les personnes qui se trouvent en situation de non-recours unique/partiel ou total.

Au final, dans notre corpus constitué de 53 entretiens mais qui concernent davantage de personnes de plus de 60 ans (dans la mesure où nous avons fait un entretien avec deux sœurs âgées et un avec deux amies âgées), nous avons fait l'exercice de comptabiliser le non-recours pour 54 personnes de plus de 60 ans pour lesquelles nous disposions de suffisamment d'informations ; nous avons repéré du non-recours pour 38 de ces personnes soit plus des deux tiers (annexe 3).

Dans tous les territoires, le plus souvent ce non-recours est unique (il porte sur une offre en particulier) ou partiel (il concerne plusieurs offres mais pas l'ensemble de celles auxquelles les personnes peuvent prétendre). Au total, nous repérons du non-recours unique ou partiel pour 34 personnes. Ces situations mêlent donc recours et non-recours, les formes prises par le phénomène sont différentes selon les offres en question, comme nous le verrons plus loin, en lien avec les motifs explicatifs sous-jacents.

Les situations de non-recours total, au nombre de quatre pour l'ensemble des territoires pris en compte, concernent dans trois cas des couples. On rejoint ici la question évoquée plus tôt d'une forme d'auto-suffisance, du sentiment de pouvoir se protéger lorsque l'on est deux et/ou que l'un.e pourra toujours aider l'autre si nécessaire. Mme MC dit ainsi : « *je serais seule, je dis pas, je demanderais peut-être, mais là, non, on est deux* ». D'autres motifs s'ajoutent pour expliquer ce non-recours total, en particulier la crainte d'être séparés : « *voilà, déjà, c'est un problème de choix, avoir le choix d'un endroit pour pouvoir rester à deux. Parce ce que j'arrive difficilement à imaginer, c'est d'être séparés* » (couple AL).

Le dernier cas de non-recours total concerne M. M., 85 ans qui rencontre de plus en plus de problèmes de mobilité. Son état de santé s'est dégradé depuis le décès de sa compagne il y a un an. Le non-recours n'est pas de son fait. C'est son gendre qui refuse qu'il fasse appel à des aides extérieures. On sent dans cette situation, comme évoqué plus tôt, une réticence forte de la part de la famille à ce qui serait considéré comme une intrusion institutionnelle dans la situation familiale.

Territoire	NR unique ou partiel	NR total	Pas de NR	Total
Territoire C	8	1	6	15
Territoire D	9	1	4	14
Territoire A	8	1	5	15
Territoire B	9	1	1	12
Total	34	4	16	54 personnes

Un accès aux soins jugé plus difficile dans certains territoires mais qui n'induit pas forcément du non-recours aux soins actuellement

Nous avons évoqué à plusieurs reprises dans les parties précédentes, les difficultés des personnes pour trouver ou rejoindre des offres de soins. Nous allons maintenant donner quelques indications chiffrées concernant, en particulier, l'accès au médecin traitant, selon les territoires. Dans le corpus du territoire C., cinq personnes mentionnent au moins un non-recours aux soins, notamment généralistes. On peut, en premier lieu, faire un lien avec le fait que quatre des personnes interrogées sur le territoire C. n'ont plus de médecin traitant. Mme DB, en GIR 4, a une problématique de poids et d'arthrose. Elle est veuve, vit seule et sort très peu de chez elle par crainte de trop souffrir de ses genoux. Elle n'a plus de médecin traitant depuis 2019 et dit que si vraiment elle avait besoin d'un médecin, elle appellerait un service médical d'urgence « *mais c'est pas eux qui vont nous aider à changer de catégorie, hein d'APA* ». Elle se débrouille sinon par elle-même : « *je me soigne aussi également avec des médicaments qu'on trouve en pharmacie En vente libre. Mais ça suffit pas. J'ai des bobos qu'on soigne avec ce qu'on connaît, on a une certaine expérience médicalement qu'on connaît hein. Et j'ai quand même un tensiomètre à la maison* ».

Mme DB cherche des solutions ; elle a notamment appelé la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sans que cela n'ait pour le moment changé la situation car elle est toujours en attente que la CPAM la rappelle. Elle dit que « *c'est à la télé* » qu'elle a entendu parler de cette possibilité de contacter les caisses d'assurance maladie à ce sujet. Elle a aussi parlé à l'assistance sociale qu'elle voit de temps en temps qui lui a dit qu'elle reviendrait vers elle à ce sujet mais Mme DB dit n'avoir pas eu de nouvelles.

Sur le territoire C., trois autres personnes n'ont plus de médecin traitant ou n'en auront plus très prochainement. Elles ne savent pas à qui s'adresser à ce sujet. Toutes ont des problèmes de santé et sont en ALD : Mme L. est alitée dans un lit médicalisé, actuellement sous oxygène. Mme JF a des problèmes cardiaques et Mme MDG est diabétique. Ces deux dernières ont des ordonnances pour plusieurs mois faites par leurs anciens médecins.

Sur le territoire D., douze des personnes interrogées ont un médecin traitant dont la plupart exerce au sein de la maison médicale située non pas sur le territoire D. mais dans la commune voisine. Parmi elles, une personne mentionne les difficultés qu'elle a eues à retrouver un médecin traitant lorsque le sien est parti à la retraite. Une seule personne n'a plus de médecin traitant ni de médecin spécialiste référent pour assurer le suivi de son épilepsie.

Une autre indique que son médecin traitant part prochainement à la retraite et que ses recherches pour être intégrée dans la patientèle d'un autre médecin sont, à ce stade, restées infructueuses.

Au niveau du territoire A., toutes les personnes interrogées ont un médecin traitant ; la situation est cependant différente entre les enquêtés habitant le secteur de C. et ceux habitant à V. et plus encore dans des petits hameaux éloignés. Dans l'une des communes, ce sont les médecins généralistes présents au sein de la maison médicale ouverte depuis quelques années qui répondent aux besoins ; la majorité des enquêtés habitent à proximité du centre de la commune et peuvent se rendre à la maison médicale à pieds ou en voiture. En l'occurrence, les médecins généralistes de cette maison médicale se déplacent à domicile, comme dans le cas de Mme G et du couple SEB qui vivent à plusieurs kilomètres du centre de Corps où se trouve la maison médicale. Pour les personnes habitant dans des petites communes plus éloignées, consulter leur médecin traitant nécessite de se rendre dans la plus grande commune du territoire A. Aucune ne peut bénéficier de consultations à domicile ce qu'une majorité regrettent. Comme évoqué plus tôt, il s'agit donc de parcourir plusieurs dizaines de kilomètres, parfois avec des conditions météorologiques défavorables, ainsi que nous l'avons mentionné. À l'heure actuelle, cela ne pose pas vraiment problème aux personnes interrogées dans la mesure où elles conduisent encore ou peuvent se faire véhiculer.

Sur le territoire B., Mme C. n'a plus de médecin traitant. Etant atteinte d'un cancer métastasé la fatiguant beaucoup, elle a cherché, sans succès, un médecin généraliste pouvant venir à domicile. Elle est cependant suivie par son oncologue qui a pris le relais également pour ses ordonnances relatives à des besoins plus généraux. Deux enquêtés, qui se déplacent exclusivement en transport en commun,

regrettent également que leurs médecins généralistes ne réalisent plus de visite à domicile lorsque leur état ne leur permet pas de sortir, et deux autres signalent l'âge avancé de leur médecin respectif (+ de 70 ans dans les deux cas) et partagent leur inquiétude par rapport à cette situation : c'est le cas de M. P. qui dit : « *il est vieux. S'il craque, je ne sais pas où je vais aller* ».

Sur le territoire C., dans les communes du territoire A. et sur le territoire D., l'accès aux soins spécialisés est jugé difficile. Sur le territoire A., une majorité des enquêtés notent la raréfaction de l'offre de soins dentaires. Pour les autres spécialités, la principale difficulté est relative aux distances à parcourir pour rejoindre les offres de soins. Une partie des personnes interrogées effectuent leurs consultations avec des spécialistes à l'hôpital de la plus grande commune du territoire au sein duquel des consultations spécialisées sont proposées un jour par semaine. Cela occasionne des délais pour obtenir des rendez-vous. D'autres se rendent dans la plus grande ville du département (où plusieurs enquêtés ont habité et ont des habitudes), moins souvent dans le département voisin bien que l'accès par la route soit pointé comme plus facile. Les habitants des communes de moyenne-montagne devant réaliser des soins réguliers (dialyse, chimiothérapie) disponibles uniquement en ville utilisent plutôt des VSL voire des ambulances. On peut noter, chez certains enquêtés du territoire A. (comme du territoire D.), des interrogations voire des inquiétudes concernant les évolutions de l'éligibilité aux bons de transport sanitaire ou le fait que les VSL continuent, à l'avenir, de se rendre dans des communes très excentrées des axes routiers principaux. Pour des consultations plus ponctuelles, les transports vers les villes sont davantage réalisés par des proches ou par les personnes elles-mêmes.

Pour les habitants du territoire A., les ressources d'ancrage, les solidarités du

proche, permettent de limiter nettement la problématique géographique dans l'accès aux soins. Mais cela pose la question de leur disponibilité dans le futur. La durabilité de l'accès aux soins est actuellement très dépendante, nous l'avons souligné, de la capacité des personnes à maintenir une pratique de la conduite automobile. Le couple J. en parle lors de l'entretien, faisant part de la fatigue générée par les allers-retours en ville pour leurs soins. Certes, plusieurs personnes mentionnent l'existence des offres de transport en commun permettant de rejoindre les villes, certaines indiquant les avoir déjà utilisées. Plusieurs motifs paraissent toutefois limiter l'adhésion à ce type d'offres : le fait que cela nécessite d'être suffisamment mobile pour rejoindre les arrêts, les temps d'attente en amont ou après les consultations, l'inquiétude de rater le car du retour et/ou le fait que les rendez-vous médicaux ne sont pas nécessairement disponibles l'unique jour où le transport collectif (le car scolaire) peut être utilisé par les personnes âgées (pour le transport mis en place par l'une des petites communes du territoire A.).

Sur le territoire D., la situation géographique en proximité de plusieurs départements crée des d'opportunités pour se soigner mais les distances à parcourir pour rejoindre les offres spécialisées sont globalement importantes. Treize personnes disent conduire encore mais cinq mentionnent des difficultés pouvant questionner leur pratique automobile à l'avenir (douleurs articulaires, angoisse de prendre l'autoroute, stress pour la conduite en milieu urbain, problèmes respiratoires...). Quelques-unes seulement peuvent compter sur des ressources familiales pour les véhiculer en cas de besoin. La situation financière des personnes joue aussi un rôle dans leur capacité à se déplacer vers les offres de soins. Mme GG qui est suivie dans une grande métropole pour des problèmes ophtalmologiques dit se serrer la ceinture les mois où elle doit financer les trajets.

Mme LB a quant à elle le permis et une voiture mais ne peut pas payer l'assurance ; elle ne se sert donc pas de son véhicule. Pour le père de la famille C., ce sont les évolutions technologiques des modalités de paiement du stationnement (par smartphone uniquement) qui compliquent ces déplacements lorsqu'il doit se rendre en ville notamment pour des soins. Le fait que l'accès aux soins soit jugé difficile ou compliqué n'induit pas systématiquement du non-recours aux soins, en lien notamment avec les supports dont bénéficient les personnes dans leur entourage. À l'inverse, sur le territoire B. où la majorité des enquêtés ne présentent pas l'accès aux soins spécialisés comme étant particulièrement difficile, trois femmes disent être en non-recours à des soins dentaires et/ou optiques. Dans les trois cas, le motif renvoie des considérations financières. Mme D1, en difficulté pour payer des frais liés à des lunettes et à des soins dentaires questionne l'application de la réforme du 100 % santé par les professionnels :

*Dame 1 : « Et moi, par rapport aux praticiens, j'ai un petit problème. Alors, vous savez qu'il y a une loi, le 100 %...
E : Oui, oui. Et le panier santé, 100 % prise en charge.
Dame 1 : Oui, oui. Déjà, pour les opticiens. Je paye une mutuelle. Maintenant, j'ai 1 300 euros de retraite. Donc, chaque fois, ils me collent... Je dis, mais donnez-moi les verres 100 %. Chaque fois, ils me collent des verres qui sont plus chers. Alors, j'en ai marre. Il me semblerait que je parle en chinois. Même pour les dents, on me fait le même coup. »*

(D1, territoire B.).

Mme D., en situation de surendettement faisant face à des saisies sur sa pension de retraite, a pour sa part du mal à assumer le coût de sa complémentaire.

« Alors, il n'y a pas longtemps, je n'avais pas de mutuelle. Ça a été très difficile. Finalement, j'ai décidé d'en prendre une. Parce que comme je suis toujours à 100 %, donc, je ne prenais pas de mutuelle. Mais là, j'ai un problème de surdité. Et ils m'ont dit, non, il vous faut... Bon, finalement, je paye une mutuelle qui est trop... trop chère, qui me fait presque 100 euros par mois. Alors, imaginez sur ce que je gagne. Il me reste les yeux pour pleurer.

E : Et vous l'avez choisie vous-même ?

Mme : Figurez-vous que je l'ai prise parce que c'était mon conseiller de banque qui me l'a donnée. Et que j'en avais marre de chercher tout ça. »

(Mme D., territoire B).

C'est sur le territoire C. que l'on identifie le plus de situations de non-recours à des soins. Cinq personnes, dont trois se définissent comme des personnes isolées, disent ainsi avoir renoncé à des soins dont elles ont besoin ; cela représente un tiers des personnes avec lesquelles nous avons réalisé des entretiens. Pour les cinq personnes, plusieurs motifs s'entremêlent : difficultés financières à faire face aux restes à charge et/ou non-usage d'internet dans l'accès aux soins et/ou difficultés de mobilité (non-accès à un ascenseur, période de panne, crainte de se faire renverser en ville et sentiment d'insécurité, fait que les taxis ne viennent pas dans certains quartiers ou seulement à certains horaires). Pour Mme AO, ce cumul de problématiques à participer à créer une fatigue, une lassitude, mais aussi une forme de fatalisme qui l'ont amenée à annuler un rendez-vous pour une IRM qu'elle avait pourtant eu beaucoup de mal à obtenir.

Notons en outre que deux femmes interrogées sur le territoire C., bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S), évoquent chacune un ou

plusieurs épisodes de refus de prise en soins (gastroentérologue et dentistes). Comme souvent dans ce genre de situations (Beltran et Revil, 2019), elles ont fait avec et se sont d brouill es par elles-mêmes pour contourner cette difficulté. Mme AO n'arrive pour sa part pas à avoir de place chez un kiné. Elle dit avoir appelé « plusieurs » cabinets   proximité de chez elle, être sur les listes d'attente mais ne jamais avoir été contactée pour intégrer la patientèle.

« Ah mais c'est que je peux pas, j'ai...  a fait deux ans que j'essaie. J'appelle, j'appelle... Y a pas moyen dans les cabinets qui sont autour de moi parce que je peux pas aller, je peux pas aller loin, d'avoir un kiné qui se déplace et même d'avoir un, des kinés qui me prennent. Ils prennent plus, surtout pas les vieux. »

(Mme AO, territoire C.).

Les non-recours aux soins repérés dans ce travail sont plus souvent liés à des problématiques d'accès et s'apparentent à des « renoncements barrières » (Despr s, 2013).

Un éclairage sur le rapport aux soins en situation d'aide d'un proche

Bien que ce ne soit pas notre objet principal, nous avons rencontré dans cette recherche huit personnes se trouvant dans une situation d'aide d'un de leurs proches. Dans deux cas, il s'agit d'aide apportée à un enfant en situation de handicap, dans trois cas de l'aide apportée par les personnes interrogées à leurs conjoints et dans un cas du soutien d'un enquêté à une dame plus âgée que lui qui l'héberge. Nous avons également réalisé deux entretiens avec des enfants aidants de leurs parents.

Cinq de ces personnes en situation d'aide d'un proche évoquent des situations de non-recours aux soins, et parfois aussi à des droits, pour elles-mêmes.

Elles n'imaginent pas se préoccuper de leurs propres situations, de leurs besoins personnels, tant que ceux du proche aidé ne sont pas complètement ou durablement pris en charge et/ou que la situation de celui-ci présente des zones d'incertitude pour l'avenir. L'inquiétude de ces aidants, pour la plupart âgés, est forte quant à ce qu'il adviendra lorsqu'ils ne seront plus là et/

ou en capacité d'assumer l'aide apportée à leur proche. En outre, aucun d'entre eux ne mentionne, lors de nos échanges, d'éventuelles offres destinées aux personnes en situation d'aide d'un proche. On perçoit pourtant chez eux une forte fatigue voire pour certains un épuisement qui ne joue pas non plus en faveur d'une attention pour eux-mêmes (Revil et Gand, 2022).

3.2. Des formes différenciées de non-recours, selon les offres, en lien avec la diversité des motifs explicatifs sous-jacents

En France, la première typologie du non-recours établie par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), en lien avec des chercheurs ayant travaillé sur la question à l'étranger, distingue le non-recours *primaire* (des personnes éligibles à une prestation n'engagent pas de demande) du non-recours *secondaire* (la demande ne va pas jusqu'au bout ou des personnes ne reçoivent pas la totalité de ce qui leur est dû) (Van Oorschot, Math, 1996). Cette typologie, qui concerne principalement les prestations sociales légales financières, intègre une mesure de « l'intensité » et de la « durée » du non-recours amenant par exemple une distinction entre non-recours *unique* (une personne éligible à plusieurs prestations les perçoit toutes sauf une), *total* (une personne

éligible à plusieurs prestations n'en perçoit aucune), ou *cumulé* (une personne éligible à plusieurs prestations n'en perçoit pas plusieurs) et pointant des non-recours *permanents* ou *temporaires*, aussi qualifiés de recours *tardifs* dans certains travaux.

La typologie de la CNAF n'interroge pas les raisons qui produisent le non-recours au-delà du processus administratif de demande. La typologie explicative du non-recours élaborée par l'Odenore à partir d'enquêtes qualitatives auprès des publics potentiels ou effectifs « d'offres » sociales légales mais aussi extra-légales et pas nécessairement financières, tente de dépasser cet angle-mort. Elles distinguent finalement quatre formes de non-recours qui renvoient à une série d'explications typiques qui permettent de spécifier des sous-types.

Bien que présentées en introduction, nous rappelons ici les différentes formes pour faciliter la lecture :

- La non-connaissance, lorsque l'offre (de droits, extra-légales ou de service) n'est pas connue ou insuffisamment connue.
- La non-proposition, lorsque l'offre n'est pas proposée par un professionnel malgré l'éligibilité du demandeur
- La non-réception, lorsque l'offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée (totalement ou partiellement).
- La non-demande, quand l'offre est connue mais pas demandée, ou bien quand un droit ouvert mais non utilisé.

En s'appuyant sur les enquêtes qualitatives menées auprès de différents publics, l'Odenore a également cherché à compléter la typologie de la CNAF, en repérant par exemple des situations de non-recours *cumulatives*, découlant en particulier de l'emboîtement des conditions d'éligibilité (Revil, 2006 ; Chauveaud, Warin, 2015). Certains travaux montrent en effet que le non-recours à une prestation légale peut être « source » de non-recours à des aides facultatives, en nature ou en espèces, qui dépendent de son ouverture et/ou sont proposées aux personnes déjà accompagnées par des professionnels. L'observatoire a en parallèle cherché à classer les quatre formes de non-recours entre formes primaires et secondaires. Si la *non-connaissance* est une forme primaire, la *non-réception* s'inscrit plutôt dans l'idée du non-recours *secondaire*. La non-demande selon les sous-types dont il est question et selon sa temporalité peut être primaire ou secondaire, des travaux ayant par exemple souligné que le non-renouvellement de leurs droits par des personnes qui sont encore éligibles peut être considéré comme une non-demande secondaire (Beltran et Revil, 2018).

Le non-recours à l'Allocation personnalisée d'autonomie et aux plans d'aide : des formes primaires par non-connaissance et non-demande et des formes secondaires par non-demande et non réception

Sur le territoire C., parmi les personnes éligibles à l'APA (huit selon nos estimations), quatre en sont bénéficiaires. Deux de ces personnes disent ne pas savoir comment elles ont eu cette aide et ne la nomme jamais précisément durant l'entretien. Mme DB, en GIR 4, voudrait quant à elle faire ré-évaluer son GIR mais ne sait pas comment s'y prendre ; elle voit pourtant de temps en temps une assistante sociale du CCAS mais pense que ce n'est pas elle qu'il faut questionner à ce sujet :

« Ils ont partagé l'APA avec tant d'heures de ménage, tant d'heures de courses et tant de voilà alors. Mais les personnes elles sont dans une situation qui bouge... Il faut commencer par réévaluer le GIR mais si je demande à l'assistante sociale, non c'est pas à elle, elle va pas le faire... C'est pour ça, qu'il faudrait faire des visites médicales aux gens. Parce qu'on n'en a pas ! C'est pour ça. Ou il faudrait avoir un médecin traitant [Mme DB n'en a plus depuis 2019]. Il y a cette chose qui manque dans notre société, c'est que quand on est à l'APA, on devrait avoir quand même des médecins. Il devrait y avoir des médecins qui sont capables de venir voir les personnes qui sont en APA et qui ont besoin. Pour changer de catégorie, ça devrait être automatique maintenant avec la crise qu'il y a dans le médical. »

(Mme DB, territoire C).

La situation de la quatrième bénéficiaire peut être qualifiée de non-recours secondaire, à la fois par non-demande et non-réception ; il s'agit de Mme JF qui pourrait avoir un

portage de repas dans le cadre de l'APA mais le refuse car elle veut continuer à cuisiner elle-même ; elle dit « *si je baisse les bras pour les repas il faut que j'aille en maison, alors que moi je me bagarre pour rester* ». Sa femme de ménage privée surenchérit : « *il faut pas l'assister. Et ça vous occupe hein ?* ». Mme JF explique aussi que des heures sont prévues pour que les intervenantes l'aident pour sa toilette mais qu'elles n'ont pas le temps de le faire. Elle se débrouille donc comme elle peut sur ce point. Comme d'autres bénéficiaires de l'APA rencontrées, elle traverse en outre régulièrement des périodes de non-recours frictionnel (elle ne reçoit pas la totalité de ce qui lui est dû) pendant les périodes de congés des intervenantes.

Quatre personnes sont en non-recours primaire à l'APA, dans un mélange de non-connaissance et non-demande. Trois d'entre elles se sont en effet organisées de manière privée pour avoir une aide pour le ménage, parfois de longue date. Une des personnes souligne « *qu'elle ne pourrait pas faire ça [demander l'APA]* » à sa femme de ménage. Mme JG doit se débrouiller pour sa part depuis un mois car sa femme de ménage rencontre des difficultés dans sa vie personnelle. Mme JG dit qu'elle tente de joindre un service à la personne depuis une semaine pour essayer d'avoir quelqu'un pour prendre le relais mais sans réponse. Elle ne sait plus comment faire et se sent isolée à cause de l'informatique. Elle regrette de ne plus pouvoir communiquer facilement avec des organismes et de ne plus avoir aucun document pour faire ses démarches. Son gendre est décédé récemment, elle n'ose pas solliciter sa fille durant cette période pour l'aider.

Deux des personnes en non-recours à l'APA disent en outre ne pas connaître cette aide et deux ne pas savoir vers qui se tourner pour la demander. Mme AL, 90 ans, connaît l'APA puisqu'elle l'a déjà demandée il y a un an environ et a eu un refus.

Elle trouve que son autonomie a beaucoup diminué ces deux dernières années du fait notamment d'importants problèmes de vue à la suite d'un décollement de rétine, elle voudrait redemander l'APA mais ne sait plus comment elle avait procédé pour demander la première fois et vers qui elle doit se tourner.

E : « Vous aviez donc essayé d'obtenir l'APA ?

Mme AL : ben oui, j'avais demandé, il y a... je sais plus, il y a un an... Je sais plus exactement comment ça s'est fait mais une assistante sociale est venue et elle me dit non, pour vous pas d'APA, je vous donne pas parce que vous êtes trop indépendante. Terminé. Ça a été terminé, rien à dire. »

(Mme AL, territoire C).

Mme raconte lors de l'entretien que ces mots l'ont beaucoup questionnée, dans la mesure où elle se sentait certes encore un peu indépendante, en particulier car elle réussissait à conduire alors sur de petites distances, mais en parallèle de plus en plus gênée dans le quotidien par ses problèmes articulaires et visuels. Elle souligne ainsi ne pas savoir si elle est aujourd'hui dans une situation cohérente avec le fait de demander l'APA : l'accentuation de ses problèmes articulaires et visuels, le fait de désormais ne plus pouvoir conduire, l'amènent à penser que c'est le cas, mais les mots de l'évaluatrice continuent tout de même de la faire douter. Mme BC sur le territoire A. a déjà demandé l'APA mais a eu un refus car elle était « *trop alerte* ». Elle dit ne pas oser refaire une demande et appréhende de redemander. Mme D, sur le territoire B., dit pour sa part avoir engagé un dossier d'APA durant la période covid mais que personne n'était venue chez elle pour faire l'évaluation qui avait été réalisée par téléphone. Mme a l'impression que le refus était injustifié et se questionne sur sa légitimité à redemander.

Des travaux relatifs à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU C) avaient montré qu'un refus non-compris par les personnes peut les amener à ne plus redemander cette prestation, en particulier parce qu'il induit pour certaines un sentiment d'illégitimité, les personnes ayant l'impression que leurs besoins ne sont pas suffisants par rapport à ceux d'autres personnes. Dans le cas de la CMU C, en particulier quand les personnes dépassaient de peu le plafond de ressources, les refus non-compris amenaient aussi quelques personnes à avoir du ressentiment par rapport à l'organisme refusant et à ne plus souhaiter interagir avec celui-ci, la proposition de bénéficier de l'Aide complémentaire santé (ACS) décevant souvent les personnes.

Cette question de l'aiguillage vers une autre prestation à la suite d'un refus est à souligner dans le cas qui nous intéresse. On rejoint ici la question de la non-proposition. On peut en effet s'interroger sur le fait que ces trois personnes n'aient pas été orientées vers leurs caisses de retraite pour éventuellement bénéficier d'offres destinées aux personnes encore autonomes mais présentant certains signes de fragilité. La fusion des dossiers d'APA et de la prestation d'Accompagnement à domicile des personnes âgées destinée aux retraités fragilisés qui ont besoin de préserver leur autonomie peut avoir un effet positif sur ce type de situation.

Sur le territoire D., cinq personnes sont éligibles à l'APA. Une personne en bénéficie et dans deux cas, la demande est en cours. Ces personnes disent qu'elles auraient pu demander l'APA plus tôt mais dans un cas enjeux familiaux et dans l'autre problèmes prioritaires à régler en amont, en lien avec une rupture de droits en amont de la retraite (fin de AAH). M. V. a fait une demande très récente d'APA, il ne savait pas jusque-là qu'il pouvait y avoir droit. C'est lorsqu'il est allé au CCAS à propos de ses difficultés financières qu'il a été informé sur l'APA. Son médecin que M. V. a sollicité pour la complétude du

dossier pense qu'il n'y aura pas droit ce qui amène M. à douter de son éligibilité.

Deux personnes sont en situation de non-recours primaire à l'APA. Une femme craint qu'il y ait des restes à charge financiers qu'elles ne puissent assumer. Un couple (en particulier Mr) ne souhaite pas avoir recours à des offres publiques et préfère se tourner exclusivement vers des services privés. M. dit : « *j'ai été indépendant toute ma vie* [référence à son travail], *je vais pas demander maintenant, j'ai les moyens de m'assumer* » ; il refuse en outre que sa femme ait une complémentaire santé car « *il peut payer ses soins* ». Mme fait partie de ses femmes rencontrées durant cette enquête que nous avons évoquées plus tôt car elles ne semblent pas avoir « voix au chapitre » sur ce type de sujets comme sur les autres.

Sur le territoire A., quatre personnes sont éligibles à l'APA selon nos estimations. Trois en sont bénéficiaires et pour le couple J. le dossier de demande est en cours pour le mari. Mme J. explique avoir tardé à solliciter l'APA car le couple avait déjà de l'aide privée pour le ménage. Au cours de l'entretien, il ressort que Mme J. a été toute sa vie dans un rôle d'aidante, d'abord de son père, puis d'une cousine et de voisins, et qu'accepter de l'aide via l'APA lui a pris du temps.

Un couple est en situation de non-recours primaire par non-demande ; l'acceptation par Mme des difficultés liées au vieillissement est difficile tout comme le fait de demander de l'aide en dehors de celle de sa sœur ; Mme s'occupe de son mari dont les fonctions cognitives déclinent et dit ne savoir pas vers qui se tourner, alors même que sa sœur lui propose des solutions. Du point de vue de la sœur de Mme, elle « *est en déprime* ». Mme, elle, dit que tout lui paraît de plus en plus insurmontable.

Sur le territoire B., cinq personnes sont éligibles à l'APA. Trois en sont bénéficiaires. Mme RA, qui ne parle pas le français et dont la demande a été faite dans l'urgence par ses filles après une chute.

La seule solution trouvée par ses filles à ce moment-là pour loger Mme RA a été de la mettre dans la résidence autonomie devant laquelle l'une des filles passe tous les jours, ce qui lui est apparu comme une solution pratique. Mais le coût de cette résidence privée est trop onéreux et insoutenable pour Mme RA qui a environ 1 000 euros de revenus mensuels. Sa fille cherche une autre solution de logement mais sans succès devant les demandes des propriétaires en termes de garanties ; elle ne sait pas vers qui se tourner pour l'accompagner dans cette recherche de logement. En outre, quand les filles de Mme RA se sont tournées vers le service maintien à domicile du CCAS pour réaliser les heures du plan d'aide APA, il leur a été indiqué l'impossibilité de réaliser l'ensemble des heures préconisées du fait d'un manque de ressources humaines. Elles ont été réorientées vers un service privé. Le plan d'APA de Mme RA est finalement partiellement utilisé car l'une de ses filles est aide-soignante et souhaite s'occuper elle-même des « soins corporels » de sa mère. Mme D. est également bénéficiaire de l'APA mais en situation de non-réception, plus précisément de renoncement à une partie de son plan d'aide car elle s'est tournée vers des services non conventionnés. Le coût mensuel est important et Mme dont la situation financière est très fragile ne peut l'assumer. Elle ne sait pas comment s'informer sur les services conventionnés. L'AS du CCAS qui la suit indique qu'elle s'occupera de cela après avoir réglé d'autres difficultés rencontrées par Mme D.

Deux personnes sont en non-recours primaire à l'APA : M. MP qui est concentré sur d'autres problèmes (activation de ses droits retraite et possiblement de l'ASPA) et Mme C. qui a également des problèmes prioritaires à résoudre, en particulier concernant son logement devenu inadapté. Une demande DALO a été engagée. Mme dit en outre que si son état de santé de santé se dégrade, sa fille souhaite la prendre chez elle.

Les personnes pour lesquelles certaines activités quotidiennes deviennent moins faciles : entre non-concernement, non-adhésion, et enjeux prioritaires

Dans l'ensemble des quatre territoires, on repère des difficultés débutantes ou un peu plus prononcées (limitation dans la mobilité physique, difficultés pour faire certaines activités du quotidien, troubles de la mémoire...), chez une vingtaine de personnes (quatre sur le territoire C., cinq sur le territoire D, cinq sur le territoire B., quatre sur le territoire A.). La plupart ne les mentionnent pas explicitement et/ou les minimisent lors de l'entretien. Quelques-unes, en particulier dans le territoire C., emploient une personne, de manière directe, pour faire du ménage à leur domicile et/ou les aider pour les courses. Au sein du territoire de moyenne montagne, plusieurs sont passées par l'ADMR pour avoir ce type de soutien ; nous l'avons mentionné, l'association est bien identifiée. C'est aussi l'acteur le plus cité lorsque l'on demande aux personnes de ce territoire qui ne sollicitent pas d'aide actuellement si elles savent auprès de qui elles pourraient en obtenir. On peut noter que dans l'ensemble des territoires, une minorité des enquêtés auraient l'idée de s'adresser à une caisse de retraite obligatoire pour avoir du soutien à domicile, les actions et aides des CARSAT et MSA en la matière étant ainsi peu identifiées par notre panel. Mme C. a pour sa part déjà regardé sur le site de la CARSAT.

« J'ai regardé ce que c'est, ce qu'il y a un peu pour mon âge, aussi pour la santé... Mais bon, je ne peux pas dire que ça me... Non, ça me... C'est pas pour moi, ils disent que c'est quand on est moins capables... C'est pas ce que je sens, je dirais pas ça comme ça... Et si je commence avec ça... »

(Mme C., territoire A.).

À la différence de Mme C. qui a cherché de l'information, la plupart des personnes pour lesquelles de petites difficultés quotidiennes sont observées disent - quand et si on les questionne - ne pas savoir vers qui se tourner pour avoir de l'information sur les possibilités de soutien à domicile. Elles soulignent surtout ne pas se renseigner tant qu'elles n'ont pas « *vraiment besoin* » (Mme Da) ou qu'elles ne se sont pas encore « *vraiment préoccupées de la question* » (Mme MCC) ou que « *si vous demandez quelque chose, c'est que vous avez un gros souci. Donc il vaut mieux ne pas avoir à demander* » (Mme C). Mme DU résume bien les choses : à la question « En cas de difficulté, en dehors de votre famille, est-ce que vous connaissez un peu les services auxquels vous pourriez vous adresser ? », elle répond : « *je ne m'en intéresse pas parce que j'en ai pas besoin. Donc comme j'en ai pas besoin je ne m'en intéresse pas. Le jour où j'en aurai besoin bon ben on verra à ce moment-là ce qu'il convient de faire* ». Mme DU.

L'anticipation est peu de mise, les personnes préférant se débrouiller le plus longtemps possible et ne recourir à de l'aide autre que familiale que lorsqu'il « *n'y aura vraiment plus de solution* ». Anticiper un besoin d'aide à domicile, se renseigner par exemple sur les téléalarmes, pourraient même du point de vue de l'une des personnes rencontrées « *porter malheur* ». La crainte qu'une demande d'aide les enferme définitivement dans une catégorie jugée « incapable » est très présente, à l'instar de ce que dit Mme C. citée plus tôt. En outre, les personnes qui évoquent de petites difficultés quotidiennes ne parlent de manière générale pas de leur situation en termes de fragilité ni comme quelque chose d'anormal, « *on vieillit, ça va avec* » (Mme F.) ; elles veulent aussi continuer à se débrouiller par elles-mêmes ou, à la limite, en s'appuyant sur leur entourage. Quelques-unes sont clairement dans une forme de déni et cherchent d'ailleurs à éviter les situations dans lesquelles

le vieillissement, la maladie et/ou leurs éventuelles difficultés, seraient évoqués. M. P. dit ainsi « *le docteur, j'essaie de... Pas trop, car c'est à chaque fois, on fait la prise de sang, on fait ci et ça... J'ai beau lui dire 'docteur, on l'a faite le mois dernier'. Faut toujours faire des choses qui nous rendent vieux. Moi je suis valide, on verra à 80 ans pour les trucs de vieux, 80 ans, c'est le passage* ».

La méconnaissance est ainsi nourrie par des formes de désintérêt, ces situations pouvant s'apparenter à ce que B. Vial a nommé, pour une toute autre catégorie d'âge, du *non-concernement* « ce mélange de méconnaissance des droits sociaux ainsi que des institutions (...) et de désintérêt affiché vis-à-vis de l'offre publique, telle que les individus peuvent la percevoir ou se l'imaginer, lié notamment à une volonté de se débrouiller seuls et de garder une indépendance par rapport à l'aide instituée. Ces deux axes de la méconnaissance et du désintérêt s'articulent et se nourrissent mutuellement dans la construction du sentiment de ne pas être concerné » (Vial, 2016 ; 2021). Les raisons du désintérêt sont très différentes chez les personnes vieillissantes par rapport à celles observées chez les plus jeunes, mais dans les deux cas on retrouve des considérations liées à l'autonomie : chez les plus jeunes, ne pas recourir peut être une manière de démontrer une capacité à se débrouiller par soi-même, chez les plus âgés, nous l'avons dit, il s'agit aussi pour beaucoup de ne pas dépendre d'autrui ; dans les deux cas, il est en l'occurrence question de la construction ou de la préservation d'une identité au sein de laquelle autonomie et indépendance tiennent une place importante.

Le désintérêt pour l'offre de soutien à domicile peut aussi découler de précédentes expériences de recours, les personnes connaissant dans ce cas certaines possibilités mais ne voulant plus en bénéficier. On rejoint la question du non-

recours secondaire, ici par non-demande. Plusieurs enquêtées dont certaines ont travaillé dans le secteur de l'aide à domicile disent avoir arrêté de recourir à des services d'aide à domicile (conventionnés ou non) car elles étaient insatisfaites du travail réalisé.

« Si j'ai eu le droit à une aide-ménagère, mais je ne l'ai pas gardée, parce qu'elle savait pas faire le ménage (...). Elles font pas de poussière, vous avez vu ça où ? Moi j'ai travaillé chez des personnes à domicile, je faisais la poussière, en une heure vous avez le temps de faire la poussière. »

(Mme B, territoire C.).

Mme K. regrette, comme d'autres enquêtés, le turn-over des professionnels et les conséquences que cela peut avoir pour les personnes. Elle relate des expériences difficiles qui l'ont amenée à privilégier finalement l'emploi direct.

« Quand vous avez quelqu'un qui est toujours la même personne ou les mêmes personnes, vous leur expliquez correctement, le rythme se prend et tout va bien. Si vous avez des sociétés de service, il y en a une qui vient, l'autre qui ne vient pas. On rechange les personnes. Si en deux heures, elle n'a pas le temps de faire, on n'a pas le temps d'expliquer. Il m'est même arrivé une mésaventure. Je n'étais pas encore avec la salle de bain refaite. J'avais acheté, sur mes propres deniers, un siège pivotant pour la douche. Une des assistantes à domicile des auxiliaires est venue m'aider. On tourne le siège, elle me fait la douche et ça sonne. Elle va répondre à l'interphone. C'était une de ses collègues de travail qui, il y a eu une erreur, un loupé. Elles étaient deux pour venir chez moi. Elles se sont

disputées dans mon couloir pour savoir qui serait payée. J'étais dans la salle de bain trempée sans pouvoir sortir. Voilà le genre de difficultés qu'on peut rencontrer. »

(Mme K, territoire C.).

Sur les territoires C., B. et D., quelques personnes évoquent également le coût des services d'aide à domicile, craignant de ne pas pouvoir l'assumer. Aucune des personnes questionnées sur ce point ne connaît l'aide financière ménagère ou ne sait que certains organismes mutualistes et/ou de retraite complémentaire pourraient être aidants sur ce point. Au-delà de l'anticipation d'un coût trop élevé, les enjeux liés à l'autonomie à domicile sont, pour les personnes dont la situation sociale est précaire, éclipsés par d'autres priorités et en particulier par la nécessité d'accéder aux droits sociaux. C'est le cas de plusieurs jeunes seniors qui ont eu des parcours professionnels moins « linéaires » voire très complexes (par exemple, mêlant travail indépendant et salariés et/ou ayant été effectués dans plus pays) et/ou pour lesquels un ou plusieurs événements (migration, problèmes de santé, divorces...) ont modifié profondément leur trajectoire et leur situation sociale, au cours des dernières années.

L'habitat : davantage d'anticipation, peu de recours aux offres publiques, des travaux qui souvent s'inscrivent dans le temps et se heurte au processus de vieillissement

L'anticipation est plus présente concernant l'habitat. C'est en particulier le cas sur les territoires A. et C., du fait certainement de l'âge des enquêtés, mais aussi de leurs niveaux de revenus et du fait qu'une majorité est propriétaire de son logement. Mme G. et son mari ont fait construire leur maison sur le territoire A. au moment de leur retraite.

Ils ont fait en sorte, dès la construction, qu'elle soit adaptée se projetant dans le fait qu'ils souhaitaient que cette maison soit la dernière et qu'ils puissent y vieillir. C'est aussi le cas de Mme MCC qui ne peut envisager de repartir de la commune de moyenne-montagne où elle s'est installée avec son mari au moment de la retraite.

E : « Et au niveau de la salle de bain ? Vous avez une douche, une baignoire ?

Mme : Alors, on avait, il y avait une baignoire, mais on l'a supprimée, on a fait mettre une douche. Une douche plate. C'est facile d'accès

E : OK. Donc, vous avez déjà tout anticipé.

Mme : Un petit peu parce que... On avait pensé qu'on vieillissait. Et notre souhait est de vieillir ici.

E : Vous, vous n'êtes jamais dit, quand vous avez quitté G., bon, on va s'installer à M., mais peut-être que plus tard, quand on sera très âgé, il faudra qu'on redescende.

Mme : Ah non, ça non, on n'a jamais envisagé de redescendre. »

(Mme MCC, territoire A.).

L'adaptation est souvent incomplète ou plus bricolée, elle peut avoir eu lieu d'un seul coup, dans l'urgence, ou par étape, sur plusieurs années, avec l'impossibilité dans certains cas pour les personnes de mener les adaptations à terme. M. C. a lui-même aménagé des sanitaires et une chambre au rez-de-chaussée de sa maison, il y a plusieurs années lorsque sa femme est tombée malade. C'est désormais lui qui bénéficie de ces aménagements dans la mesure où il souffre de pertes d'équilibre, de vertiges, depuis un épisode de covid et ne peut plus monter à l'étage. Le couple J. a installé pour sa part un petit ascenseur pour pouvoir continuer à accéder à son logement. Comme souligné plus tôt dans ce rapport, M. s'était aussi lancé dans des

travaux d'adaptation de la salle de bains mais ses enfants lui ont demandé d'arrêter, trouvant que leur père se mettait en danger en réalisant seul les travaux. Ils n'ont cependant pas pu prendre le relais pour terminer l'adaptation de la salle de bains. Aucune de ces personnes n'évoquent le recours à des aides publiques pour financer les travaux, le plus souvent en lien avec une non-connaissance des acteurs à solliciter et des aides existantes. Mme C. dit savoir qu'il y a des possibilités d'aides mais « pas plus ». Elle utilise régulièrement internet mais n'a jamais pensé à chercher d'informations à ce sujet par ce biais. Elle dit qu'elle ne saurait pas faire la différence entre « des vraies aides et des arnaques ».

Sur le territoire A., une seule personne (Mme DU) dit avoir eu recours à des aides publiques pour adapter sa salle de bain. Malheureusement, les travaux n'ont jamais été réalisés, la société devant les mettre en œuvre ayant « mis la clef sous la porte après avoir encaissé le premier acompte de l'aide ». Mme DU est allée plusieurs fois au Bus France Service par rapport à cette situation mais cela n'a, à ce jour, pas permis de trouver de solution. Mme DU est ainsi en situation de non-réception, comme une autre femme sur le territoire D., nous y reviendrons.

Sur le territoire C., parmi les quinze personnes (ou ménages) avec lesquels des entretiens ont été réalisés, sept disent avoir réalisé des adaptations totales ou partielles de leur logement. Là encore, personne ne fait mention d'un recours à des aides publiques. Mme AM et son mari ont commencé assez tôt les adaptations et les poursuivent progressivement. Certains aspects de leur logement leur semblent cependant moins facilement modifiables, ce qui inquiète Mme AM pour l'avenir, même si elle essaie de voir le positif.

« Au début quand on est entré dans la maison, il y avait une grande baignoire,

on a fait mettre une douche qui est large, on peut mettre un tabouret dedans, il restera à mettre une poignée, moi ce qui me pose problème je me dis dans quelque temps, c'est le nombre d'escaliers qu'il y a partout, enfin ça nous maintient en forme, (rit) il faut dire comme ça hein. Mes machines à laver sont en bas, au RDC. »

(Mme AM, territoire C.).

Huit personnes (ou ménages) évoquent des besoins d'adaptation, de leur salle de bain en particulier. Quatre ne se projettent aucunement dans des demandes d'aides à ce sujet puisque c'est la perspective d'effectuer des travaux qui leur semble insurmontable.

E : « Votre salle de bain, c'est difficile de passer dans la baignoire ?

Mme : Oui, j'ai un petit banc, un petit truc, là je monte dessus. C'est pour ça qu'il faut quelqu'un pour m'aider à rentrer. Mon fils il avait peur que je tombe [elle montre des poignées qui ont été installées pour faciliter l'accès à la douche] mais c'est pas assez.

E : Et est-ce que vous savez qu'il existe des aides pour éventuellement faire des travaux ?

Mme : J'ai pas envie d'être dans des travaux. »

(Mme JF, territoire C.).

Le non-recours est ici primaire et par non-demande, les personnes craignant la période de réalisation des travaux et les effets sur leur quotidien ; plusieurs, à l'instar de Mme MG, disent ainsi ne plus avoir le courage de se lancer à leur âge ni de traverser une période de travaux. Des personnes présupposent en outre la complexité des travaux, en lien avec l'ancienneté de leur logement.

« Un jour je me rappelle, j'étais encore dans le lit hospitalier. Je vois arriver le mari de la concierge, avec toi. Je me demandais ce qu'il venait faire. Il venait voir dans la salle de bain s'il pouvait me fixer quelque chose. Et il a renoncé parce que c'est des faiences. Et puis moi j'ai dit : mon mari m'aide, je me tiens au lavabo. On y arrive. C'est des choses, on s'adapte encore. Je ne veux pas les travaux. Moi ce qui me fait peur aussi, tu parlais d'ascenseur, justement tout à l'heure on a monté un étage avec la kiné. Je me disais mon Dieu quatre étages. Je n'y arriverai jamais !... Des réalités qui tout d'un coup vous rattrapent. »

(Couple AL, territoire C.).

E : « Dans votre salle de bain, c'est à peu près adapté, ça vous va à peu près ?

Mme : Non c'est pas tout à fait adapté. Dans ce qui est ancien, on peut pas, on peut difficilement adapter les salles de bain.

E : Vous vous êtes un peu renseignée sur ce genre de choses ?

Mme : Non. C'est pas la peine parce que je vois qu'on peut pas tout démolir, hein. Non et quand vous arrivez à un certain âge, vous pouvez plus tout changer non plus, c'est pas facile, mais pour le moment je me débrouille. Que vous dire ? Que c'est difficile de vieillir et que... »

(Mme JG, territoire C.).

Mme JG revient sur la difficulté de faire face à des travaux qui nécessiteront de s'adapter, à la fois pendant la période de réalisation, mais aussi de se réadapter une fois les travaux effectués. Le couple AL préfère ainsi s'adapter eux au manque d'accessibilité de leur salle de bain. Le fait que les travaux paraissent compliqués à la personne que M. avait pourtant sollicitée à la suite d'une période difficile pour la santé de sa femme a donné l'occasion à

Mme de « botter en touche » par rapport à ces travaux. L'enjeu pour les couples peut ainsi être également de se mettre d'accord à propos d'éventuels travaux d'adaptation du logement. Mme MG conclut quant à elle que c'est désormais trop tard et qu'elle a en quelque sorte « raté le coche ».

*E : « Votre salle de bain est adaptée ?
Mme : Pas du tout. Il faut enjamber une baignoire... Un jour il faudra peut-être que... mais ça me fait suer, là, j'ai baissé les bras, je n'ai pas le courage, pendant, après, je le regrette un peu, il y a un moment où j'aurais dû le faire mais je ne l'ai pas fait, et maintenant je n'ai plus le courage. »*

(Mme MG, territoire C.).

Trois personnes imagineraient quant à elles engager ou poursuivre des travaux déjà commencés mais sont perdues par rapport aux démarches à mettre en œuvre : vers qui se tourner ? Par où commencer ? Comment faire lorsque l'on n'utilise pas internet ? Mme MDG est quant à elle déjà tombée en essayant de sortir de sa douche du fait d'une petite marche pour y accéder. Elle souhaiterait donc la refaire mais n'a aucune idée de comment s'y prendre. C'est aussi le cas de Mme DB qui souhaiterait être informée à ce sujet :

« J'aurais bien besoin de mettre une douche bien sûr mais je veux pas faire n'importe quoi. J'ai pas fait de recherches à ce niveau-là. On est un peu embêté avec internet quand même parce que pour moi j'ai été secrétaire toute ma vie, mais j'ai bien vu la dernière fois, j'ai bien galéré pour... et c'est vrai que j'aimerais bien connaître tout ça. On sait pas bien se débrouiller sur Internet quand même hein. »

(Mme DB, territoire C.).

Mme AL. s'est jusque-là débrouillée par elle-même pour faire des modifications dans son appartement. Alors que par le passé, elle avait sans problème contacter des artisans pour faire les travaux qui lui semblaient indispensables, elle ne sait désormais plus comment procéder ni qui contacter.

*E : « Dans votre appartement, il y a des choses qui ne sont pas adaptées ?
Mme : pour moi, il faudrait que je fasse remonter les prises à hauteur d'homme. Elles sont trop basses.*

E : Vous avez des difficultés pour vous baisser ?

Mme : Je peux pas me baisser. J'ai mal aux genoux.

E : Et dans votre salle de bain, ça va pour l'utiliser ?

Mme : Ah oui ! J'ai fait supprimer la baignoire il y a pas mal de temps, j'ai une douche à l'italienne, ça c'est beaucoup mieux.

E : Ça, c'était votre initiative ?

Mme : Oui oui. Comme pour ma cuisine, c'est parce que les vieux et le gaz c'est pas possible.

E : Vous n'avez pas été aidée pour faire ça ?

Mme : Non.

E : Vous avez pris en artisan ?

Mme : Oui. J'ai pris un plombier qui a mis, qui a supprimé la baignoire et qui a posé ce genre de douche. Et pour la cuisine, quelqu'un que j'avais trouvé.

E : Et pour les prises, vous avez déjà contacté quelqu'un ?

Mme : Je sais pas exactement qui il faut contacter pour remonter les prises à hauteur d'homme, je me perds maintenant, je sais plus. »

(Mme AL, territoire C.).

Au niveau du territoire B., l'adaptation du logement n'apparaît pas comme la priorité des personnes interrogées. M. MP,

dont la mobilité commence à être un peu plus difficile en lien avec une pathologie neurodégénérative, dit avec recul que pour se poser ce genre de questions, il faut déjà avoir un logement. Lui alterne entre deux logements prêtés par des personnes de son entourage. Pour plusieurs, la question relative au logement est plutôt celle de l'accès à un logement social ou d'un relogement prioritaire dans le parc social, dans le cadre du DALO. Pour d'autres locataires, il n'est pas question d'adaptation pour le maintien de l'autonomie mais de réussir à faire réaliser par les propriétaires des travaux visant plutôt la salubrité des logements.

Sur le territoire D., parmi les dix personnes ou ménages avec lesquels le sujet de l'adaptation du logement a été abordé, cinq disent ne pas avoir besoin actuellement de réaliser de travaux dans la mesure où ils n'ont pas de difficultés particulières. Cinq évoquent des besoins ; parmi eux, une seule famille a adapté son logement,

le fils ne précisant pas s'ils ont eu recours pour cela à des offres publiques. Quatre personnes/ménages sont pour leur part en situation de non-recours. Mme ZG a été victime d'une arnaque lorsqu'elle a souhaité mettre en place des travaux d'isolation de son logement. Elle n'imagine se lancer dans des projets d'adaptation de son logement parce qu'elle ne sait pas vers qui se tourner pour ne pas se trouver à nouveau dans une situation d'escroquerie. Mme RT dit quant à elle ne pas souhaiter adapter son logement, parce qu'étant locataire dans le parc social, elle ne sait pas comment s'y prendre. Elle privilégie le fait d'être relogée dans un logement sans escalier et a fait une demande en ce sens. Mme C. craint quant à elle de ne pas pouvoir assumer le coût des travaux même avec une prise en charge. C'est notamment la perspective de devoir faire des avances de frais qui l'inquiète.

3.3. Synthèse des formes prises par le non-recours chez les personnes avançant en âge pour les différentes offres prises en compte

Les sous-parties qui précèdent soulignent que, selon le type d'offres dont il est question, en lien avec les publics qui peuvent y prétendre et les configurations (territoriales, familiales et sociales) dans lesquelles vivent les personnes, le non-recours ne prend pas les mêmes formes. Les éléments qui suivent listent, de manière très synthétique, à l'appui du croisement des typologies de la CNAF et de l'Odenore, les principales formes prises par le non-recours pour chaque type d'offre et explicitent les motifs explicatifs sous-jacents mentionnés par les personnes, sans considération pour les effectifs.

Nous avons ainsi tenté de repérer, pour chaque offre de droits ou extra-légale dont nous ont parlé les personnes au cours de cette recherche, à quoi ressemble le non-recours, même pour les offres qui n'ont été évoquées que par quelques personnes seulement.

Il ne s'agit, avec cette synthèse, que de mentionner quelques pistes de réflexion complémentaires par rapport à l'ensemble des constats partagés dans les autres parties de ce rapport. Cette approche, offre par offre, trouve surtout son intérêt dans l'articulation de deux typologies que l'on ne fait habituellement pas fonctionner ensemble, mais ne doit surtout pas faire oublier le caractère processuel

et dynamique du non-recours, mis en exergue dans différents travaux ces dernières années.

OFFRES LÉGALES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et plans d'aide :

- *non-recours par non-connaissance* de la prestation ou connaissance insuffisante des conditions d'éligibilité et/ou des acteurs vers lesquels se tourner pour engager une demande (Département peu identifié par les personnes comme l'interlocuteur à solliciter sur le sujet et/ou méconnaissance de la manière dont les services de l'autonomie sont concrètement organisés (délégation éventuelle vers d'autres acteurs, conventionnements...) et donc de la « bonne » porte d'entrée pour les besoins en matière d'autonomie);
- *non-demande primaire* : volonté de continuer à faire par soi-même et/ou de ne pas faire venir à domicile des intervenants extérieurs/professionnels, que cela soit le souhait des personnes et/ou de leur entourage familial → recours préférentiel/prioritaire à de l'aide informelle/familiale, enjeu

de l'articulation entre solidarités institutionnelles/solidarités familiales ; peur de « publiciser » certaines difficultés et des conséquences de la « mise en visibilité » pour les personnes (peur du « placement » en EPHAD et/ou d'être séparés dans le cas des couples) et/ou pour l'entourage ; déni des difficultés et des besoins ;

- *non-demande secondaire* : cas des personnes qui ont eu un premier refus et ne se sentent pas légitimes à redemander, même lorsque leur état de santé/difficultés quotidiennes ont évolué ; refus de certaines prestations pour continuer à faire par soi-même ;
- *non-réception de l'entièreté du plan d'aide*, notamment par impossibilité des services de réaliser l'ensemble des heures prévues, de manière permanente ou temporaire, et/ou par désaccord des personnes avec les modalités d'organisation des services à domicile.

OFFRES LÉGALES POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE FRAGILITÉ

Aides à domicile des caisses de retraite obligatoire (Accompagnement à domicile des personnes âgées s'agissant du régime général) :

- *non-recours par non-connaissance* des offres : faible identification par les personnes des caisses de retraite obligatoire comme interlocuteur sur les questions relatives au maintien à domicile, méconnaissance de la politique d'action sociale des caisses de retraite obligatoire pour prévenir le risque de perte d'autonomie des personnes âgées, méconnaissance du plan d'aide OSCAR ; peu/pas d'accès à l'information en particulier pour les personnes qui n'accèdent et/ou n'utilisent pas internet ;

- *non-recours par non-proposition* par les professionnels (en particulier à des personnes qui n'étaient éligibles à l'APA - le formulaire de demande unique peut avoir un effet positif sur ce point - mais aussi à des personnes pour lesquelles les « difficultés » ne sont pas facilement identifiables et/ou qui n'en font pas mention → enjeu du repérage des besoins par des professionnels, notamment de santé (kinésithérapeutes, infirmier.e.s, pharmacien.ne.s) qui sont souvent les seuls à intervenir auprès des personnes ou à avoir des échanges avec elles.
- *non-demande primaire* : volonté de continuer à faire par soi-même, à se débrouiller, de ne pas changer le quotidien ; déni des difficultés et des besoins ; sentiment des personnes que leurs besoins ne sont pas « suffisants » pour demander une aide extérieure/professionnelle ; enjeu de maintenir une organisation familiale établie et/ou de ne pas faire venir à domicile des intervenants extérieurs/professionnels, que cela soit le souhait des personnes et/ou de leur entourage familial → recours préférentiel/prioritaire à de l'aide informelle/familiale, enjeu de l'articulation entre solidarités institutionnelles/solidarités familiales ;
- *non-demande secondaire/non-renouvellement ou arrêt de certaines prestations* : jugement sur le service - organisation incompatible avec les habitudes des personnes, qualité du service rendu, turn-over des personnels, ...) et/ou sur les conditions de travail des personnes intervenant à domicile) ;

OFFRES DE SOUTIEN À DOMICILE PONCTUELLE

Aide à domicile « momentanée », « ponctuelle » (aide au ménage, courses, préparation des repas...) des caisses de retraite complémentaire ou des organismes d'assurance santé :

- *non-connaissance* de ce type d'offres, *méconnaissance* des critères d'éligibilité notamment en termes d'âge et/ou de l'organisme vers lequel se tourner ;
- *non-proposition* par les professionnels, notamment lorsqu'il y a un aidant repéré (non-prise en compte de la situation de l'aidant) ;
- *non-demande primaire* : craintes des personnes que cela acte le début d'un processus irréversible et/ou rende visible certaines difficultés aux yeux de professionnels, volonté de se débrouiller par soi-même, de retrouver ses habitudes (par exemple après une hospitalisation) ;
- *non-demande secondaire* → *non-renouvellement de la demande si besoin à nouveau* : jugement sur le service - organisation incompatible avec les habitudes des personnes, qualité du service rendu, turn-over des personnels, ...) et/ou sur les conditions de travail des personnes intervenant à domicile).

AIDE SOCIALE POUR PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE D'AIDE « MÉNAGÈRE »

Aide financière pour aide à domicile (CCAS/mairie) :

- *non-connaissance* de cette aide et/ou non-identification des acteurs à solliciter pour l'obtenir et/ou complexité des critères d'éligibilité ;

- *non-demande primaire* : non-identification de leur éligibilité par les personnes (impression de revenus trop élevés) et/ou craintes de demander à tort car croisement de plusieurs critères pour l'obtention → niveau de ressources, âge, niveau de fragilité... ; craintes de potentielles conséquences et/ou d'un éventuel recours sur succession dans les territoires où ce peut être le cas ;

OFFRES RELATIVES À L'ALIMENTATION

Portage de repas :

- *non-demande primaire* : volonté de faire à manger par soi-même, importance pour certaines personnes de continuer à cuisiner → activité constitutive d'une identité et/ou centrale dans les journées de certaines personnes ;
- *non-demande secondaire/non-renouvellement* : jugement sur l'organisation du service (horaires de livraison) et/ou la qualité des repas proposés, notamment sur les qualités nutritionnelles, et/ou la composition des repas par rapport aux habitudes des personnes → trop de sauce par exemple) ;
- *non-réception* : demande des personnes mais pas d'offres à proximité pouvant répondre à ce besoin ou offres existantes mais trop onéreuses → non-connaissance des possibilités de soutien financier par certains acteurs.

OFFRES RELATIVES À L'ADAPTATION DU LOGEMENT

- *non-connaissance de l'existence d'une offre unique* ou *connaissance trop approximative* pour permettre une demande, méconnaissance des

conditions d'éligibilité, de la manière d'engager une demande et/ou des acteurs vers lesquels se tourner pour le faire ;

- *non-demande primaire* : craintes des travaux, de la désorganisation induite au niveau du logement et des habitudes quotidiennes ; peur de se faire arnaquer, que les interlocuteurs à qui les personnes ont à faire ne soient pas honnêtes et/ou que les travaux soient mal réalisés ; appréhension par rapport à la longueur du processus → démarches qui présentent de multiples étapes génèrent beaucoup de stress pour les personnes ; difficultés des personnes à déterminer si elles sont éligibles car beaucoup de critères qui se croisent (niveau de ressources, âge, statut d'occupation du logement, ...) → recours préférentiel à l'entourage pour faire les travaux et/ou à des artisans de proximité qui n'informent (et ne sont pas nécessairement informés) sur les possibilités de prise en charge des travaux ;
- *non-réception* : des personnes ont engagé des démarches mais les ont abandonnées du fait de la complexité ressentie et du stress induit, en l'absence notamment d'un suivi individualisé du processus par un professionnel dédié ;

OFFRES EN MATIÈRE DE MOBILITÉ

Offre de transport collectif (territoire A) :

- *non-demande primaire* : désajustement horaires par rapport aux créneaux de rendez-vous médicaux/sociaux ; temps d'attente sur place, longueur/complexité du déplacement au total et fatigue en découlant ; difficultés pour rejoindre les arrêts et/ou les services une fois sur place (nécessité de prendre les transports en commun).

Offre de vélo-taxi (territoire C.) :

- *non-demande secondaire* : jugement sur l'organisation du service qui nécessite d'anticiper le besoin 72 h à l'avance ;
- *non-connaissance* de l'offre, et notamment des avantages pour les personnes de + de 75 ans ;

OFFRES DE PRÉVENTION EN SANTÉ

- *non-connaissance* : question de la non-exposition aux informations transmises sur ce type d'offres par les caisses de retraite et/ou d'assurance santé des personnes qui n'accèdent pas et/ou n'utilisent pas internet dans un contexte où beaucoup des informations relatives à ces offres passent par internet ;
- *non-demande primaire* : non-perception par les personnes de leurs besoins en la matière ; non-envie de se retrouver avec d'autres personnes concernées par le même type de problématiques ; réalisation d'une activité physique par soi-même (marche, nombre de pas par jour en traversant l'appartement) ou d'autres activités selon les besoins (par exemple, jeux sur tablette permettant de travailler la mémoire).
- *non-proposition* : professionnels rencontrés par les personnes, le cas échéant, ne parlent pas nécessairement de ce type d'offres car ils ne repèrent pas les besoins et/ou pensent que les offres ne sont pas adaptées aux personnes et/ou ne connaissent pas les possibilités offertes au niveau de leur territoire ou par certains organismes en matière de prévention santé ;

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ, DONT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS)

Complémentaire santé (de manière générale) :

- *non-demande primaire* : priorisation des dépenses/impossibilité de consacrer une partie des ressources au paiement d'une complémentaire, choix de l'épargne individuelle pour faire face aux dépenses de santé plutôt que souscription d'un contrat complémentaire, préférence pour des modalités privées de protection ; ...) ;
- *non-demande secondaire* : arrêt du contrat en lien notamment avec l'augmentation des cotisations ces dernières années ; priorisation des dépenses/impossibilité de consacrer une partie des ressources au paiement d'une complémentaire ; choix de l'épargne individuelle pour faire face aux dépenses de santé plutôt que souscription d'un contrat complémentaire et préférence pour des modalités privées de protection) ;

Complémentaire santé solidaire (C2S) :

- *non-demande primaire* : sous-estimation de leur éligibilité par les personnes et impression qu'elles ne font pas partie de la cible, en particulier d'un point de vue financier, en lien avec des représentations toujours très présentes sur le fait que les destinataires de la prestation sont « *uniquement ceux qui n'ont rien de rien* » (Mme C) ; honte de demander une prestation sociale sous conditions de ressources, en particulier chez les personnes qui n'ont jamais eu à le faire au cours de leur vie ;
- *non-réception* : tentative de demande mais difficultés, voire impossibilité, de récupérer le formulaire ou de faire le

nécessaire par internet ; manque de pièces justificatives pour vérifier l'éligibilité (par exemple, cas de personnes venant s'informer sur la CSS dans un espace France service à qui l'on demande de revenir avec un avis d'imposition → découragement, fatigue et/ou stress induit par cette situation).

Conclusion

Le qualificatif « invisibles » est souvent utilisé par les acteurs du monde sanitaire et social pour parler des personnes en non-recours aux droits et aux services. Cette recherche permet d'interroger cette qualification car elle montre que s'agissant des plus de 60 ans, le non-recours est nettement plus souvent partiel que total. Sur ce point, le constat est le même dans tous les territoires. Les personnes rencontrées sont ainsi, pour toute une partie d'entre elles, dans des situations qui mêlent recours et non-recours. Cela s'explique notamment par le fait que le rapport aux droits, services et offres extra-légales auxquelles les personnes peuvent prétendre est pluriel et différencié selon les domaines dont il est question.

S'agissant des offres directement identifiées par les personnes comme liées à une perte d'autonomie, la non-demande primaire est très présente. Comme nous le supposions, le non-recours à des droits et services relatifs à l'autonomie revêt une dimension de maintien identitaire ; il s'agit pour beaucoup des personnes rencontrées de continuer à faire par elles-mêmes ce qu'elles ont toujours fait et/ou de garder de l'autonomie et de la liberté dans l'organisation du quotidien. La déprise est aussi repérable, les personnes se concentrant sur ce qui fait le plus sens pour elles à ce moment de leur vie et/ou utilisant, pour les plus âgées notamment, l'énergie restante pour faire autre chose que des papiers, des démarches, dont les personnes peuvent craindre qu'elles

modifient définitivement leurs habitudes et/ou des équilibres, au sein du couple ou des familles. La non-demande en matière de soutien à l'autonomie est directement nourrie par la structure et l'organisation des services de l'autonomie qui au niveau de certains territoires, ruraux et montagneux notamment, sont éloignés géographiquement de toute une partie des personnes qui pourraient avoir besoin de les solliciter et ne proposent que peu de modalités d'intervention hors les murs, et dans d'autres territoires reposent sur plusieurs acteurs que les personnes n'identifient pas nécessairement et/ou dont elles ne situent pas la localisation et/ou dont elles ne connaissent pas les prérogatives, dans un contexte de forte dématérialisation de l'information.

S'agissant des soins, le non-recours prend plus souvent des formes « barrières » que « refus » ; autrement dit s'agissant des personnes de plus de 60 ans interrogées, pour ce qui concerne les soins, on repère davantage de non-recours par non-réception que par non-demande. Les personnes les plus exposées sont celles qui sont dans des situations financièrement et/ou socialement précaires et/ou pour lesquelles la mobilité est devenue problématique. Dans un contexte de raréfaction de l'offre de soins, dans certains territoires ou partie des territoires en particulier, et de dématérialisation avancée des modalités de prise de rendez-vous/d'échanges avec le corps médical, avoir des ressources que l'on peut mobiliser (financières pour pouvoir prendre une complémentaire santé à la hauteur des

besoins ou payer les restes à charge de certains soins et relationnelles pour pouvoir par exemple être véhiculé ou aidé avec internet) fait rempart contre le non-recours. Or ces ressources sont très inégalement présentes pour les personnes rencontrées dans cette recherche.

Pour les droits sociaux et notamment les minima sociaux, la non-réception (en lien avec une inadéquation des conditions d'accès par rapport à certaines situations, la complexité des documents à remplir, la succession de dossiers à constituer, et une forte incitation à faire les démarches de manière dématérialisée) cohabitent avec de la non-demande primaire (en particulier, par crainte des indus ou par volonté de ne pas faire partie de certaines catégories auxquelles des représentations sociales négatives sont associées).

On peut souligner que tous domaines et territoires confondus, une part importante des personnes rencontrées ne savent pas ou ne veulent pas utiliser l'informatique et/ou internet ou s'en servent exclusivement pour interagir avec des proches ou pour des sujets liés aux loisirs et la culture ; dans ce contexte, quand nombre d'informations sur les droits et services relatifs aux personnes âgées dont celles en perte d'autonomie, se trouvent principalement sur internet, l'accès à ces informations n'est pas garanti. Comme plusieurs situations le suggèrent, le fait d'avoir peu accès à de l'information sur l'existant ne soutient pas l'anticipation et le processus de construction du « concernement » par rapport aux offres de soutien à l'autonomie. En outre, si plusieurs des personnes rencontrées ont partagé, lors de nos échanges, leur envie d'apprendre à utiliser les outils numériques, pour beaucoup d'autres, il n'est plus l'heure, en quelque sorte, et il ne fait plus sens de s'adapter à ces outils et aux modes d'interaction dématérialisés avec les administrations. Pour autant, les personnes rencontrées ont presque unanimement

partagé leur souhait de rester ou de pouvoir redevenir autonomes sur le plan administratif. Si beaucoup ont le sentiment qu'il est difficile de revenir en arrière par rapport à des pertes d'autonomie physique, plusieurs sont convaincues qu'il leur est possible de récupérer de l'autonomie sur le plan administratif, à condition toutefois que les services remettent de la matérialité dans leurs modes de faire.

Un autre point mérite d'être souligné à l'issue de cette recherche ; s'agissant des droits et services relatifs à l'autonomie, le non-recours n'est pas toujours primaire mais prend, dans toute une partie des cas, des formes secondaires. Cette recherche permet d'identifier trois types de non-recours secondaire : non-demande après avoir déjà demandé et eu un refus ; non-réception d'une partie des plans d'aide ; non-renouvellement ou arrêt du service/ du recours à l'offre alors que les personnes sont toujours éligibles.

Tous ces constats pointent, en creux, des enjeux pour l'action publique ; celui d'un non-recours partiel et prenant des formes secondaires vient notamment questionner le qualificatif « invisibles », puisque la majorité des personnes rencontrées bénéficient d'une partie de leurs droits et/ou de certains services (en matière d'autonomie, de santé ou sociale) ou qu'elles en ont déjà bénéficié. Même si elles n'ont actuellement plus ou peu de contact avec des professionnels, beaucoup ont en eus par le passé. La question que l'on peut poser partant de là est celle de la détection du non-recours à l'appui des informations dont disposent certaines structures ou organismes, de l'intérêt aussi d'actions proactives régulières et d'une approche davantage intersectorielle et continue des situations. Dans cette perspective, les modalités diversifiées par lesquelles nous sommes entrées en contact avec les personnes âgées dans le cadre de cette recherche sont intéressantes :

une partie des personnes interrogées a été repérée et contactée en prenant appui sur des registres et listes dont disposent les acteurs municipaux ; d'autres nous ont été orientées par des professionnels ou bénévoles œuvrant dans le champ du social, et pratiquant notamment « l'aller-vers » (avec différents objectifs), mais aussi par des professionnels de la santé (en particulier kinésithérapeutes et infirmier.es) ; quelques-unes des personnes interrogées nous ont aussi été présentées par d'autres personnes âgées que nous avons rencontrées lors de nos « balades » sur les marchés, dans la rue, ou de nos observations dans des lieux de soins (hôpitaux notamment) ou au sein de permanences associatives, par exemple d'écrivains publics.

Les non-recours secondaires soulèvent pour leur part des enjeux d'autres natures : le non-renouvellement ou l'arrêt du recours par les personnes questionnent l'organisation des services, parfois les pratiques des professionnels, mais également la place donnée à la parole des personnes âgées quant à ce qui leur convient ou non. Bien entendu, les contraintes des professionnels sont fortes et les ressources humaines souvent insuffisantes ; cependant, dans plusieurs des situations mentionnées dans les entretiens, le recours n'aurait pas été interrompu par les personnes si certaines de leurs demandes avaient pu être entendues et si de petits ajustements avaient été mis en place par les services intervenant à domicile. L'adaptation devenant plus difficile au fil du processus de vieillissement, la fatigue plus présente aussi, le sujet des horaires d'intervention et de la stabilité des intervenants (et, plus globalement, des services) prend une intensité toute particulière pour les publics vieillissants. Plusieurs personnes pointent aussi le fait de ne plus vouloir se tourner vers des offres (notamment de loisirs) destinées exclusivement aux publics âgés

et avoir une préférence pour des activités leur permettant de rester en contact avec les autres générations constitutives de la société.

Certains non-recours *secondaires* interrogent les suites données aux refus de droits et l'accompagnement de leur réception par les personnes. Cette recherche montre que certains des mots employés au moment de l'évaluation des situations et/ou lorsque l'APA a été refusée ont, par exemple, marqué durablement les personnes et, surtout, les ont amenées à douter de la légitimité de leurs besoins, doutes qui ont persisté même lorsque les besoins ont pris de l'ampleur ou se sont diversifiés. Alors que le cheminement de beaucoup des personnes rencontrées par rapport à leur vieillissement et à leurs besoins de soutien dans le quotidien était difficile, certains mots ont nourri des non-recours par *non-demande*, en confortant par exemple les personnes dans l'idée qu'elles devaient continuer à se débrouiller par elles-mêmes et/ou que d'autres avaient bien plus besoin qu'elles. C'est aussi l'absence d'explicitation des refus et d'explications sur les autres « offres » pouvant correspondre à leur « degré » de perte d'autonomie, et/ou sur le « quoi faire » si les difficultés s'accroissent, qui a pu induire du non-recours par la suite. Pour plusieurs des personnes avec lesquelles nous avons échangé, des orientations vers les offres de la CARSAT auraient, semble-t-il, pu être effectuées à la suite du refus de l'APA mais ce ne semble pas avoir été le cas. La fusion des dossiers d'APA et de la prestation d'Accompagnement à domicile des personnes âgées destinée aux retraités fragilisés qui ont besoin de préserver leur autonomie pourrait avoir un effet positif sur ce type de situation. Cette réforme était toutefois trop récente au moment où nous réalisons les enquêtes de terrain pour en percevoir les effets.

Le fait que les personnes âgées s'adressent à qui elles peuvent, se rendent là où elles connaissent, sans nécessairement savoir si c'est effectivement là qu'il convient de demander par rapport à leur âge et/ou aux types de difficultés qu'elles rencontrent, conforte aussi la nécessité des réorientations, des passages de relais – parfois successifs, mais aussi de l'inconditionnalité de l'accueil des demandes. Couplé à la difficile acceptation et/ou projection des personnes sur leurs besoins de la vieillesse, cela amène, en parallèle, à réfléchir à la question de l'intermédiation qui peut contribuer à relier les personnes âgées et les services publics compétents pour ouvrir leurs droits. Les entretiens permettent de constater que cette fonction, jugée centrale par les personnes interrogées, s'opérationnalise actuellement de manière très différente et inégale selon les territoires, en lien avec leur morphologie, le positionnement géographique des services publics et la nature des ressources existantes/disponibles. Différents acteurs assument aujourd'hui une fonction d'intermédiaire au sein des territoires investigués : les personnes âgées rencontrées ont évoqué, pour certaines, les secrétariats ou accueil des mairies, notamment en zone rurale, d'autres ont parlé des personnels d'accueil de différents services médico-sociaux ou d'offres de santé de premier recours pluriprofessionnelles ; des professionnels de santé, en particulier kinésithérapeutes, infirmier.es, pharmacien.n.es, ont été mentionnés tout comme des acteurs associatifs de différentes natures. Les entretiens permettent en outre de constater que c'est parce que certains de ces professionnels ou bénévoles vont encore à domicile (ou plus globalement se rendent là où vivent les personnes) qu'ils peuvent jouer un rôle d'intermédiaire, qui se traduit concrètement par du repérage des situations problématiques ou simplement par une présence rassurante pour les personnes âgées et qui est, parfois, le

point de départ d'un accompagnement très personnalisé. Les entretiens rappellent aussi qu'il est important de penser les conditions de sensibilisation de ces intermédiaires au vieillissement ou, selon les situations, les conditions de formation à l'écosystème gérontologique, ainsi que de bien déterminer les limites de leur rôle par rapport à celui de professionnels qui peuvent par exemple prendre le relai pour accompagner plus spécifiquement les personnes dans l'ouverture de leurs droits.

Cette recherche est pour finir l'occasion de réinterroger ce qui crée de la fragilité au moment du vieillissement : il est certes question de l'état de santé des personnes mais bien également de leur situation sociale. Faiblesse ou instabilité des ressources financières, endettement, mal-logement, isolement relationnel, amplifient nettement le risque de non-recours. Les facteurs de fragilisation sont ainsi aussi à rechercher dans l'environnement de vie des personnes qui peut être plus ou moins support, notamment en ce qui concerne l'accès aux services et aux droits, mais également dans la complexité des parcours de vie (sur le plan professionnel, familial, des mobilités migratoires et/ou résidentielles et de la santé), qui peut, en particulier, rendre difficile la transition *ante-retraite* et *post-retraite*. La survenance d'événements de santé ou familiaux, dans la vie des personnes les plus âgées pour lesquelles la déprise et/ou la fatigue de vivre sont présentes, peut en outre accélérer la fragilisation des situations, en particulier quand les personnes sont isolées socialement. Ainsi, si l'on peut pointer des spécificités du non-recours dans le vieillir, des différences existent cependant selon les groupes d'âge, les parcours de vie et le moment de survenance de certains événements difficiles.

Bibliographie

- Beltran G. et H. Revil. (2019). « Les effets paradoxaux de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ». *Working paper*, Odenore, n° 25.
- Beltran G., Revil, H. et C. Gucher. (2023). Comprendre les effets d'un dispositif expérimental d'accompagnement social et sanitaire, visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé des populations agricoles précaires (COMEFFAS). Rapport de recherche, Odenore (Pacte/UGA).
- Berthot, C. (2024). La transformation du rapport à la ville au cours du vieillissement. Le cas des aînés vulnérabilisés par le vécu de périodes de fragilité. Thèse de doctorat, PACTE.
- Bessin M. (2009) : Parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique. *Informations sociales*, vol. 6, n°156, p. 12-21.
- Bessin M., Bidart C. et Grossetti M. (2010) (dir.). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'évènement*. La Découverte, coll. « recherches », 397 p., EAN : 9782707156006.
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. CNAV. *Retraite et société* n° 52. Pp 11-37.
- Bonvalet, C. (2003). « La Famille-Entourage Locale ». *Population*. 58(1), 9-43. <https://doi.org/10.3917/popu.301.0009>.
- Chevillard G. et J. Mousquès, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo: European Journal of Geography [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 873, mis en ligne le 21 novembre 2018, consulté le 29 janvier 2025. URL : <http://journals.openedition.org/cybergeo/29737> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergeo.29737>*
- Clément, S. et J. Mantovani. (1999). Les déprises en fin de parcours de vie. Les toutes dernières années de la vie. *Gérontologie et société*, 22(90), 95-108.
- Desprès, C. (2013). Significations du Renoncement Aux Soins : Une Analyse Anthropologique. *Sciences sociales et santé*. 31(2), 71-96. <https://doi.org/10.1684/sss.2013.0205>.
- Drulhe, M. et M. Pervanchon. (2004). « Le vieillissement à l'épreuve de la conduite automobile : s'arrêter au nom de la santé ? ». Dans F.-X. Schweyer, S. Pennec, G. Cresson (dir.) *Normes et valeurs dans le champ de la santé*. Rennes, France : Éditions ENSP, 2004.
- Gucher, C. (2015). Politiques publiques et parcours de fin de vie : reconfigurations, dynamiques paradoxales et art combinatoire. *International Review of Sociology*, 25(3), 502–517.
- Gucher, C. (dir.), Mallon, I., Roussel, V. (2007). Vieillir en milieu rural : chance ou risque de vulnérabilité accrue ? Rapport de recherche. halshs-00371194.
- Gucher, C. Warin, P., Chauveaud, C., Shankland, R. (2015). DEMences INÉgalités-Non-recours au Diagnostic et aux Soins. [Rapport de recherche] SFR santé société ; UMR PACTE. 2015. halshs-01289404

- Marc C (coord.), Portela M, Hannafi C, Le Gall R, Rode A, Laguérodié S, 2022, « Quantifier le non-recours aux minima sociaux en Europe - Un phénomène d'ampleur qui peine à susciter le débat ». Rapport de la DREES/Odenore. Dossiers de la DREES n°94.
- Meidani, A. et S. Cavalli. (2018). « Vivre le vieillir : autour du concept de déprise ». *Gérontologie et société*, vol. 40/155, no. 1, pp. 9-23.
- Membrado, M. et T. Salord. (2009). « Expériences temporelles au grand âge ». *Informations sociales*, 3(153), 30-37.
- Membrado, M- et A. Rouyer. (dir). (2013). Habiter et vieillir. Vers de nouvelles demeures. Toulouse, France : Érès.
- Odenore et AURG. (2024). « L'insécurité sociale en milieu rurale en Isère ». Rapport de l'étude pilotée par le Département de l'Isère. https://odenore.msh-alpes.fr/sites/default/files/Mediatheque/ETUDE_insecurite_sociale_2024.pdf
- Pampalon R., Hamel D., Alix C., Landry M. (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*. Québec : INSPQ.
- Ramos-Gorand M. (2020). « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain - Entre contraintes et expression du choix des personnes âgées ». *Les dossiers de la DREES*, 10.
- Revil, H. (2021) « Quand les implications multiples du non-recours aux soins catalysent une critique du système sanitaire et social ». *Swiss Journal of Sociology*, 47 (2), 221-23.
- Beltran G., Revil H. et C. Costentin. (2021). « Comprendre la mécanique des inégalités sociales de santé dans les trajectoires vers un diagnostic de cancer du foie : l'entrée par le non-recours ». *Revue Française des Affaires sociales (RFAS)*, n°3, juillet - septembre 2021, 159-179
- Revil, H. et S. Gand. (2022). « Comprendre les besoins des proches aidants pour mieux agir : une problématisation au prisme du non-recours », *Informations sociales*, vol. 208, no. 4, pp. 120-127 <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2022-4-page-120.htm>
- Revil, H. (2022). Nouveau Regard Sur « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire ». *Regards*, 60(1), 177-184. <https://doi.org/10.3917/regar.060.0177>.
- Van Oorschot W. et A. Math (1996). « La question du non-recours aux prestations sociales ». *Revue des politiques sociales et familiales*, 43, pp. 5-17.
- Vial, B. (2016). « Ne pas se sentir concerné par ses droits. Une analyse du non-recours dans les parcours sociaux juvéniles ». *Agora débats/jeunesses*, 74(3), 77-88. <https://doi.org/10.3917/agora.074.0077>.
- Vial, B. (2021). Les raisons du non-recours des Jeunes à l'aide publique et leurs attentes Concernant L'accès Aux Droits Sociaux. *Regards*, 59(1), 151-162. <https://doi.org/10.3917/regar.059.0151>.
- Warin P. (2010), « Le non-recours : définition et typologies », *Working Paper*, n° 1, juin (actualisé en décembre 2016).

Annexes

Annexe 1. Epreuves de vie, rencontrées par les enquêtés.

Epreuves antérieures

	Territoire C (15)	Territoire A (14)	Territoire D (14)	Territoire B (11)
Trajectoire résidentielle discontinuée (migrations, changement de lieu de vie)	11 dont 2 migrations de l'étranger, les autres installés sur le tard au moment de la retraite, et 1 changt de quartier.	8 dont 6 installés sur le tard au moment de la retraite	5 migrations	7 parcours migratoires
Problèmes de santé antérieurs à retraite	2 KC 1 handicap 1 maladie psy	1 KC 1 maladie psy	1 KC 4 handicap, invalidité	2 KC 1 AVC
Epreuves familiales (deuils, divorces, ruptures familiales)	5 divorces, séparations 1 perte enfant 6 veuvage	4 divorces, séparations 4 pertes enfant 3 veuvage	6 divorces, séparations 1 perte enfant 3 veuvages	5 divorces, séparations 2 veuvages 3 brouilles avec enfants
Epreuves sociales (Problèmes économiques antérieurs)	4	1	3	3 + 2 « péril logement »

Annexe 2. Comprendre le non-recours au grand âge comme processus interactionnel. Analyse exploratoire à partir d'une étude de cas.

Le matériau recueilli au cours de la recherche Non-Recours Au Grand-âge a permis de mettre en lumière des situations, des contextes, des motifs de non-recours variés chez les personnes rencontrées. Il a été possible, comme nous l'avons mis en évidence dans les parties précédentes de repérer des facteurs dont on peut affirmer qu'ils contribuent aux situations de non-recours, qu'il s'agisse de non-recours aux soins ou de non-recours aux droits administratifs et sociaux.

Une approche déterministe pourrait sembler, a-priori, permettre une analyse prédictive de la probabilité pour les personnes rencontrées d'être dans l'incapacité de recourir, au cours de leur vieillissement, aux soins, services et droits dont elles pourraient bénéficier. Notre enquête de terrain révèle en effet des situations d'isolement, de faible capital culturel, de faibles ressources économiques ainsi que des contextes territoriaux « défavorisés » ou à tout le moins porteurs d'empêchements.

Pour autant, il paraît scientifiquement difficile d'établir des liens de causalité tant ces facteurs sont multiples et qu'il n'est pas possible de les isoler et/ou d'exclure d'autres éléments de situation susceptibles d'avoir un impact sur la production du non-recours (toutes choses égales par ailleurs). Il ressort nettement, comme nous avons tenté de le souligner dans la partie II, que ces situations de non-recours ne peuvent être analysées, de façon pertinente, dans *l'ici et maintenant* de leur survenue. Elles s'inscrivent, pour ce qui concerne le grand âge, dans des parcours de vie longs,

enchâssés dans l'épaisseur du temps de l'existence.

Ces parcours sont faits de dispositions initiales, de séquences temporelles linéaires et de points de ruptures – aléatoires le plus souvent- qui génèrent des bifurcations et des réorientations de l'existence. Dit autrement, les parcours de vie, marqués par des phénomènes de non-recours que nous étudions, peuvent s'appréhender comme combinaisons de trajectoires (sociales, familiales, professionnelles, résidentielles) - séquences linéaires selon Abbott - et de *turning points* i.e. « changements courts entraînant des conséquences, qui opèrent la réorientation d'un processus » (Abbott, in Bessin et coll., 2010, p. 207). Or, les trajectoires et les séquences linéaires plus ou moins longues et durables ne sont pas, le plus souvent, mentionnées par les personnes comme principalement responsables de leur situation présente difficile. En revanche, ce sont les *turning points*, dans leur dimension d'imprévisibilité et les *bifurcations* (Grossetti, 2006) qui s'en suivent qu'ils mobilisent le plus souvent pour donner sens à ce qui se joue pour eux dans le non-recours. Les personnes mentionnent des événements rupteurs qui font effraction dans le cours de leur existence, en remettent en cause la stabilité, et génèrent de nouveaux besoins et la mobilisation de nouvelles ressources pour y faire face. La rupture conjugale, l'accident de santé, le décès du fils... apparaissent ainsi beaucoup plus déterminants d'une situation difficile que les déterminants sociaux initiaux.

Nous nous fondons sur cette perspective narrative, qui prend encore plus son sens, dans le grand-âge, dans sa qualité de *bilan de vie*, pour proposer, à titre exploratoire, un *schéma d'analyse processuel du non-recours* fondé sur une approche compréhensive de la trame longitudinale et temporelle des parcours de vie sur laquelle s'inscrivent les motifs de rupture et de bifurcations. Dans une approche interactionniste, nous tentons de saisir les interrelations et les interactions des personnes avec leur environnement (matériel, social, humain), qui sont à l'origine des configurations situationnelles dans lesquelles s'inscrivent les phénomènes de non-recours. Saisir le non-recours dans des processus interactionnels et des configurations évolutives, implique de l'analyser dans son caractère dynamique. À partir d'une étude de cas, nous chercherons à repérer les enchaînements et les points de ruptures, les interactions et les configurations sur lesquelles se construit le non-recours. Nous mettrons en lumière les facteurs déterminants des trajectoires familiales, sociales, résidentielles, qui pourraient être saisis comme dispositions initiales, susceptibles d'être compris comme *invariants du non-recours*, c'est-à-dire susceptibles de constituer un terreau commun à toutes les situations de non-recours, puis nous identifierons les *turning points* et les *bifurcations* qui réorientent l'existence. Nous illustrerons, à partir des verbatims, la façon dont la personne donne sens à ses interactions avec son milieu, et avec les supports potentiels (familles, amis, voisins, administrations, travailleurs sociaux et de santé...).

L'approche chronologique paraît la plus adaptée pour rendre compte des structures des temporalités qui encadrent le parcours de vie.

Le choix de la situation que nous étudions comme cas tient d'une part aux caractéristiques du parcours de vie,

qui présente une réelle alternance de *séquences linéaires et de points de rupture*, et d'autre part à la qualité de la narration qui permet d'identifier les interactions avec le milieu ainsi que le sens donné aux événements. Cette situation contient de surcroît divers aspects de non-recours. Après une présentation synthétique de l'histoire de vie, nous tenterons de proposer une mise en forme en tableau de ce cas puis d'en proposer une analyse.

Présentation synthétique et chronologique de l'histoire de vie

Nous indiquons en marge des énoncés les dispositions initiales (i.e. déterminants sociaux), dont nous n'avons cependant pas tous les éléments -sous l'abréviation DI- et en surligné grisé dans le texte ; et trois types de « moments » : des séquences linéaires plus ou moins longues -avec l'abréviation SL et surlignées en jaune dans le texte- des événements rupteurs, turning-points avec la mention TP (surligné en bleu dans le texte) et des moments où les TP s'inscrivent dans la durée et finissent par constituer une séquence longue -TP + SL-. Nous pouvons observer que le parcours de vie est surtout caractérisé par des événements rupteurs qui laissent peu place à des séquences linéaires suffisamment longues pour établir des formes d'équilibre durables.

Au fil du temps, les ressources physiques, psychologiques, relationnelles, de Madame D. semblent s'amenuiser et finissent par rendre impossible l'adaptation aux situations qui exigeraient des démarches d'accès déterminées aux droits et services. Lorsque nous rencontrons Madame D, elle a enfin contacté un travailleur social qui tente de rétablir la situation sur tous les plans impactés : santé, autonomie, situation économique. En surligné vert, nous faisons apparaître les ressources mobilisées par Mme D.

Mme D est une personne de 78 ans, originaire du nord de la France. Elle vit actuellement dans un coquet appartement T2 qu'elle loue dans une résidence privée bien entretenue. Son logement est confortable ; l'immeuble dispose d'un ascenseur, d'un interphone et code d'accès et d'un petit jardin devant l'entrée.

Dispositions Originaire du nord de la France (née en 45), elle a une enfance marquée par des problèmes de santé (asthme) qui lui valent d'être envoyée en maison de santé dans le sud. Milieu très catholique.

*Quand j'étais jeune je faisais beaucoup d'asthme beaucoup d'emphysème. J'étais très, très maigre. Je n'aime pas manger. Je n'ai jamais mangé. Ça ne m'empêche pas aujourd'hui... Mais bon. Et comme j'étais au pensionnat... Et on m'a envoyé en maison de repos à Aubagne, j'avais 13 ans et demi. Ça s'appelait la bonne Jeanne. Et J'ai toujours été chez les soeurs de toute façon. Alors j'ai perdu un peu d'études à ce moment-là **mais ils m'ont fait des études aussi.** On a continué les études à un rythme plus facile pour les gens malades. Bon bref. Et j'ai adoré de respirer l'air du midi Et je disais à maman à l'époque : « Mon dieu que j'aimerais bien quand je serai grande vivre ici ». Alors elle m'a dit : « jamais de la vie c'est Chicago c'est pas bien... » J'ai cru entendre... on aurait dit que le plafond s'écroulait. Bon finalement n'en parlons plus. Je suis restée deux ans j'ai repris mes études en rentrant dans le nord. Et un peu plus âgée rebelote, on me perfusait chaque jour etc.*

TP 1 Elle arrive **à Marseille** en 1971, avec son fils unique (né en 1969), après **s'être séparée de son conjoint** et motivée par le climat du fait de ses problèmes de santé

*À ma majorité, à mes 21 ans, malheureusement **mariée par la force des choses** parce que c'était pas mon but non plus... (baisse de la voix). Enfin bref. Donc j'ai eu un enfant. Mais comme il faut se marier pour avoir un enfant et comme on peut pas avoir d'enfants hors mariage... Vous savez je suis d'une famille catho. Alors voilà. Donc voilà. Et donc à partir du moment où j'ai dû me prendre tous les initiatives, toute seule, enfin qu'on me laissait j'ai pris le train avec mon petit gamin et je suis partie. **Parce que le mari était déjà parti chercher d'autres aventures.** Alors je n'ai pas lutté, j'ai préféré partir loin.*

SL 1 Mme D exerce différents métiers, notamment dans le commerce et l'hôtellerie. Elle tisse un réseau de relations important grâce à son travail (y compris parmi le milieu commerçant et politique de la ville). Elle gère conjointement l'éducation de son fils, qu'elle a confié temporairement à une nounou, et son investissement professionnel.

Et j'ai trouvé une nounou agréée qui a été ma deuxième famille pour mon fils.** Il y est allé il avait deux ans et demi. Moi j'habitais trois rues à côté, je m'en occupais, j'allais au travail, je le cherchais je le ramenaient. Et après des fois je pouvais le laisser dormir, il avait sa chambre. C'était très cher. Alors j'ai pris deux travaux. **Et je travaillais de neuf heures du matin à minuit le soir pendant des années, le dimanche inclus.** Je tenais le restaurant L'entrecôte sur le vieux port. Et je travaillais beaucoup. Mes patrons m'estimaient énormément. **Donc j'avais une chance d'avoir du respect.** Et la nourrice qui est une femme... **ce sont des gens merveilleux** qui n'ont pas fait ça pour l'argent. Parce que c'était des gens qui n'étaient pas dans le besoin., ont adoré mon fiston. **Et ils l'ont pris sous leur aile quoi et moi ça m'a sauvée...

TP 2 Elle décide se former à l'évènementiel et fait des allers-retours à Paris, tout en travaillant et en confiant son fils à la nounou. Révolte du fils à l'adolescence.

*Et finalement entre temps en faisant mi-temps **je suis allée... Je montais à Paris trois fois par semaine parce que j'ai fait ma licence d'évènementiel et d'attachée de presse.** Et quand je suis revenue j'ai fait, **j'ai fait beaucoup avec la mairie de Marseille.** Et j'ai fait aussi tout ce qui est évènementiel. **On m'appelait** pour les Sécurités sociales, l'ADH... On m'appelait pour amener des spectacles, amener des chanteurs. Et puis un beau jour, j'ai dit « Il faut que je sois près de mon fils ». Il était toujours avec moi. Et puis finalement voilà Je me suis occupée de mon fils jusqu'à ce que j'ai pu. Mais **le gamin vers 17, 18 ans, il s'est rebellé** parce que sa mère n'était pas souvent là, et qu'il en avait rien à faire. Il voulait sortir avec les copains. Et je l'ai mal... je l'ai mal géré parce qu'il a... Il a été gâté pourri.*

SL2

Pendant les années 90, elle connaît une période assez heureuse de stabilité financière pendant laquelle elle subvient complètement aux besoins de son fils jeune adulte.

*Je me suis occupée à nouveau du restaurant, le soir donc très tard. Je m'occupais de la caisse de la gestion du personnel etc. **J'ai bien gagné ma vie.***

TP3

L'incendie de l'appartement qu'elle occupe vient mettre en péril cet équilibre.

*Puis voilà j'habitais au-dessus de Maître Kanter et **l'appartement prend feu.** Enfin j'ai eu que des déboires. {...} Il y avait, nous avons une cheminée, homologuée hein qui a été... Et on avait peut-être dû la faire marcher une fois ou deux et elle a eu... Une brindille s'est consumée à l'intérieur... Et les gens d'en dessous ils avaient un faux plafond, voilà. Et ça a pris feu... Et donc c'était à quatre heures du matin. Il est venu l'architecte de la ville. C'était un monument classé historique, **là j'ai perdu tout. De là tout a commencé, moi j'étais..***

TP 4

Après une **brève période de stabilisation** survient un **grave accident de voiture, dont elle dit qu'il a généré chez elle une perte d'identité et de mémoire.**

*Et quand j'ai repris un peu, ben j'ai eu ce grave accident de voiture où j'ai perdu la vie pratiquement... J'étais dans un coma pendant je crois trente jours. **Quand je suis revenue à moi euh, je savais plus mon nom, je savais plus qui j'étais, je savais plus rien. Et j'étais cassée de partout. J'ai été dans un fauteuil roulant pendant trois ans. Et j'avais la chance d'avoir beaucoup de connaissances. C'est parce que le travail que je faisais hein m'a permis... Je travaillais beaucoup pour la Provence aussi. Et je connaissais bien Jean-Pierre Franceschi qui est mort il y a deux ans. Il m'a dit ma petite Françoise, tu es un... comment il m'a dit ? « Tu es une ressuscitée, je ne te laisserai pas ».** J'ai dit « si je marche plus je n'y arriverai plus, c'est pas possible ». Et il m'a dit « on va essayer, je vais essayer de t'inventer une prothèse ». Et il m'a inventé une qui va de là à là-haut parce que, parce que celle qu'il avait n'existe pas pour la cassure... Parce que le fémur il avait explosé en trois morceaux. Et comme je ne calcifiais pas, je suis une enfant de la guerre je n'avais pas assez de calcium, ni rien. Donc ma jambe s'est réduite au fur et à mesure, 14 opérations donc ma jambe s'est réduite et voilà pourquoi je boîte.*

SL 3

Suite à ces problèmes, après un long arrêt maladie, invalidité, pour améliorer ses ressources à la retraite, développe une activité de vente de bijoux auto-confectionnés sur le vieux port, qu'elle mène **pendant 10 ans.** Son fils est autonome et gère une petite boutique.

J'ai travaillé pendant 10 ans pratiquement sur le port. Et mon fils lui a fait une boutique, parce que lui à la base, il a fait des études de gemmologie.

TP 5

Cette activité s'arrête pendant la période de **COVID** et sa situation financière se dégrade. Son fils est victime d'une agression, perd également son activité avec le COVID et redevient dépendant d'elle financièrement.

***J'ai perdu le travail avec le Covid après.** Parce que comme j'avais besoin d'argent pour vivre, j'ai fabriqué des bijoux. J'allais les vendre sur les marchés. Le Covid est arrivé, j'ai tout perdu. **J'ai plus payé, j'en ai eu marre.** C'est pour ça que je ne demandais rien à personne. Oui, mais j'ai tout perdu et j'ai laissé tout.*

*Et lui (mon fils), il a été **agressé** aux Catalans. En 2003, il a reçu trois coups de couteau. J'ai failli le perdre. Enfin, je ne vous dis pas. On l'a sauvé, mais il n'a plus la même dextérité dans ses doigts. **Ce garçon, il a changé.***

TP 6

Ses problèmes de santé sont majorés les dernières années.

*Et là **il y a trois ans j'ai cassé mes deux poignets** qui me font souffrir le martyr. Voilà J'ai la clavicule qui est restée comme ça, j'ai un pneumothorax, j'ai un poumon qui est percé, qui ne peut pas reprendre. Je respire avec un seul poumon. J'ai eu une fracture du crâne voilà. **Mais je ne me plains pas. Je dis merci mon Dieu.** Mais à quel prix ?*

SL 4+ TP 7

Surviennent alors des **difficultés économiques**, liées à des impayés. Elle ne trouve pas l'énergie de faire face. Ne s'étant pas acquittée de ses taxes de marché forain, elle se trouve surendettée et doit faire appel, dans la détresse la plus grande aux services sociaux.

mais si en plus de tout ça, il me faut me battre pour vivre, écoutez, j'en ai assez, hein... Quand vous êtes venue il y a 2 mois, j'avais 1,27 € pour manger, aujourd'hui, ça a augmenté, c'est 2,35 € par jour hein.

SL 5 + TP 8

Sa santé est très dégradée, (emphysème, asthme, dépression) elle prend 13 cachets par jour et dit « avoir fait une grosse dépression » notamment pendant la période de COVID en lien avec les relations conflictuelles avec son fils qui vivait chez elle et l'a menacée. Sa situation financière et administrative est très précaire.

quand je vous ai appelée, j'ai dit c'est SOS, faites quelque chose, avec l'agression qu'il y a eu avec mon fils, que j'ai dû aller au commissariat, et là je devenais complètement... et là je suis suivie par un neurologue, parce qu'à un moment donné, je me suis dit, je perds la tête, et je sens que je ne suis pas... alors je suis suivie, il m'a dit avec l'équilibre que vous aviez à la base, Dieu merci, vous avez surmonté, mais parfois, cette descente aux enfers qui est ma dépression, vient des post-traumatiques, des trucs antécédents.

Processus d'émergence du non-recours.

Dans cette situation, l'émergence du non-recours se cale sur les perturbations du parcours de vie. Nous repérons 8 Turning-points sur une période de 50 ans, événements rupteurs qui font effraction et bousculent l'équilibre de vie. Au fil du temps, les séquences linéaires stables se réduisent et les épisodes de déstabilisation et de rupture s'inscrivent durablement dans l'existence. Il est possible de distinguer au moins 4 domaines dans lesquels s'exprime ce non-recours : accès aux soins et à la mutuelle ; accès aux services d'autonomie, droits administratifs et situation économique.

Dans le tableau suivant, nous présenterons 1) les différents domaines de non-recours, leur formation ainsi que leur motif (en grisé) et 2) nous soulignerons les interventions support qui permettent de sortir de ces situations, faisant ainsi ressortir le besoin de médiation pour l'accès aux droits et services (en vert). Les éléments de rupture du parcours de vie sur lesquels se tisse la trame du non-recours sont surlignés en bleu.

NR1

Suite à ses problèmes de santé, Mme fait une demande d'APA mais renonce aux aides en raison du coût car n'a pas fait appel à un service conventionné.

Comment j'ai fait ça ? Je sais plus, j'ai un trou. Comment j'ai fait ? Ah ben je suis allée à l'ARS derrière l'ARS là-bas. J'ai demandé une aide Au Conseil Général... Et ils m'ont envoyé une dame qui s'appelle X et qui m'a dit avec tous les... elle m'a dit vous avez droit à ça et ça.

Voilà c'est ça. Et après j'ai pas pu payer parce que c'était trop dur, c'était trop élevé Ils prennent... j'ai le droit à l'APA une petite somme. Mais je n'avais pas le bon, la bonne société qui me prend moins... Elle me prend 10 euros de plus que là, que le tarif. Alors c'est dur Et là donc finalement j'ai été obligée parce que je ne savais pas, je n'ai trouvé personne d'autre Et donc quelque part je dis bon bah vu ce que je suis habituée.

CG : Parce que lorsque la personne est venue pour l'APA elle ne vous a pas indiqué les sociétés qui étaient conventionnées avec le conseil départemental

Mme : ben, c'est-à-dire, on me l'a envoyé par courrier. Et moi je n'ai pas compris ça. J'ai choisi la plus près de...

CG : Vous avez pris la plus près de chez vous ?

Mme : Je n'ai pas cherché à comprendre, je ne savais pas qu'il y avait des, qu'il y avait des services conventionnés Voilà, voilà. Puis alors je suis quelqu'un de fidèle, je n'aime pas changer. Alors quand j'ai vu les factures, j'ai dit mon dieu mon dieu... Donc elle m'avait donné 4 heures Et finalement on a réduit à 2 heures Hum hum Mais j'ai du mal à les sortir.

CG : Et vous n'envisagez pas de revenir sur un service conventionné ? qui a un tarif moins...

Mme : ben, je ne sais pas où, je ne sais pas où aller.

NR2

Mme D perd pied et ne fait plus face à ses difficultés administratives depuis le COVID, les conflits violents avec son fils qui ont entraîné un état dépressif. Les difficultés se cumulent. Elle fait l'objet d'une saisie sur pension et son reste à vivre minime l'amène à solliciter une aide du CCAS.

Dans la vie que vous ayez des dettes que vous n'en ayez pas et que vous ayez un revenu vous êtes tenu de savoir qu'est votre revenu qu'est-ce qu'on vous prend et pourquoi. Là on n'arrive pas... alors que, non c'est pas normal, et à cause de cette situation-là, je suis aujourd'hui dans cette situation c'est-à-dire à quémander pour pouvoir survivre. Alors je sais que j'ai un indu, dites-le moi, dites-moi où on en est, et voyons ce qu'on peut faire et réduire.

Et eux, ils ont eu l'option de me prendre de l'argent sur mon compte, mais il n'y a pas d'argent, parce que je n'ai pas d'argent. Alors, ils me prennent 50 euros tous les mois pour frais de dossier.

j'ai une mauvaise santé, j'ai aussi fait une grosse dépression nerveuse qui est due à la période du covid puisque j'ai eu le covid mais aussi par rapport à mon fils, donc j'ai les papiers justifiant que j'ai eu des pertes de mémoire, parce que si vous voulez, le cerveau il est intelligent, il a dit ah là trop de pression, stop, et donc j'ai des trous, et vous savez que ça fait, depuis que je vous ai vue, je réfléchis à tous les années antérieures, vous avez vu comme je suis très à cheval, j'ai recherché, et bien il y a des trous où je ne sais pas du tout, parce que je recherche le pourquoi du comment. J'ai quand même subi, dans ma vie j'ai subi tellement de choses.

Des fois, je dis, mais non, mais ça je ne connais pas, c'est rayé de ma tête, alors c'est pour ça que je fais beaucoup d'efforts pour réunir tous mes éléments, quand elle vient (la CESF), pour pouvoir partir en ligne droite, mais si en plus de tout ça, il me faut me battre pour vivre.

CG : Mais avant tout ça, vous arriviez, vous, à faire vos démarches administratives ?

Mme : Toujours.

CG : Vous vous êtes toujours débrouillée toute seule ?

Mme : Oui. Sauf quand j'ai eu la dépression, j'ai laissé tout accumuler.

Recours à l'EA du CCAS

Mme : Ça s'ajoute. J'en peux plus. Alors, j'ai dit, il faut que je l'appelle, je vais devenir folle, moi.

CG : alors comment vous avez pensé à appeler le CCAS, et comment vous avez trouvé l'information ?

Mme : Ah, ben, écoutez, moi, j'avais... Le CCAS, c'est connu, quand même, hein ? Il est connu comme quoi... Je ne sais plus qui est-ce qui... Je ne sais plus à l'époque, mais j'étais dans une telle détresse... Ça doit être mon médecin, d'ailleurs, qui a dû...

CG : Qui vous a dit de vous adresser au CCAS ?

Mme : Parce que j'étais vraiment malade, fatiguée, Voilà.

Interventions CESF EA :

Dépôt d'un dossier de surendettement
Relance de la CARSAT pour obtenir les justificatifs des saisies déjà effectuées et voir si réductions possibles.

Problème d'identification administrative pour la CARSAT. Réception de courriers dont Mme D ne comprend pas le sens :

« Nous avons bien reçu toutefois... ne nous permettent pas de vous identifier avec certitude. Par conséquent nous ne pouvons traiter votre demande. Si votre message concerne une demande en cours merci de renvoyer votre mail initial ainsi que l'ensemble des informations ci-dessous nom marital nom de naissance prénom téléphone numéro de sécurité sociale. »

Difficultés d'usage d'internet qui complexifient les échanges avec les administrations et la CESF :

Alors, vous savez, je ne sais pas pourquoi, mais on a un problème quand vous m'envoyez des mails, je ne les reçois pas (CESF).

Difficultés dans les échanges avec l'administration CARSAT :

Vous appelez pour...

Votre trimestre, votre relevé de carrière, tapez 2.

Vous êtes déjà retraité et votre appel concerne...

Le versement de votre retraite, une demande d'attestation de paiement, le signalement d'un décès ou un changement de coordonnées bancaires ou postales pour obtenir votre attestation de paiement ou un justificatif des montants prélevés par les impôts, tapez 1.

Pour connaître la date de votre prochain paiement, tapez 2.

Pour connaître la date et le montant de votre dernier paiement, tapez 3.

Pour modifier vos coordonnées ou avoir une information générale, tapez 4.

Nous rencontrons actuellement un grand nombre d'appels et nos conseillers sont occupés.

La CARSAT n'apporte pas de réponse aux questions de Mme D :

La CARSAT m'a envoyé un document. Elle m'a dit que ma retraite est beaucoup plus importante que ce qui est possible puisque je reçois dans les 800 et quelques euros. Et alors qu'il serait normalement, d'après ce qu'ils me disent, ce serait 1 696,94. Vous voyez, l'écart, c'est presque 50 %. Alors là, ça devient très grave parce que je suis à bout. Ça me rend malade. J'ai besoin de savoir. Et la personne que j'ai eue...

CARSAT : Depuis les paiements du mois de février, je ne vois pas de retenue sur vos oppositions.

Mme : Alors pourquoi je ne touche pas ce qui m'est dû ? C'est-à-dire ce qu'ils me disent de la CARSAT ? C'est-à-dire 800 ? Ça s'est arrêté. (extrait d'échange téléphonique avec la CARSAT).

NR3 Difficultés d'utilisation de l'application de la banque

Mme : (regarde son compte) Ça, c'est ce qu'il me reste pour aller jusqu'à la fin du mois

Moi, je vais aller voir. Je vais essayer d'aller voir dans les relevés. Comment je fais déjà, là, pour aller ? Il faut que j'aille dans les relevés. Mes relevés, c'est où ?

CESF : Cliquez sur le montant de... retournez en arrière. Regardez. Hop, accueil. Je peux la mettre ? (Elle fait les manip sur le portable de la dame sur l'appli de sa banque).

Difficultés liées au numérique

Je vais dire qu'ils ont essayé de faire que ce soit plus facile pour les gens. Et ils se sont complètement largués parce que les gens ont resté avec des habitudes anciennes. Et depuis qu'il y a la numérisation les gens sont perdus. Moi-même qui n'étais pas de génération de numérisation je me bats pour faire des papiers avec l'ordinateur.

On a pris l'ami de S (la CESF) qui est venu faire deux trois trucs Mais apparemment ça ne marche pas sur l'informatique.

CESF : C'est le collègue. En fait on a des conseillers numériques Au CCAS. Et les conseillers numériques peuvent intervenir à domicile soit pour solutionner des problématiques informatiques ou alors permettre l'accès à... Aider, adresse mail, s'inscrire, expliquer.

NR4 Demande de carte de station debout pénible à la MDPH. N'a pas fait le renouvellement de la carte qu'elle avait eue au moment de l'accident.

Quand j'ai eu mon grave accident parce que j'ai pris... la voiture a pris feu sur l'autoroute. J'ai été morte cliniquement et il y a très longtemps j'avais plus de papier que rien. J'avais reçu une carte

CG : Vous l'aviez fait vous-même à l'époque ?

Mme : Oh ça doit être une assistante sociale de l'hôpital.

J'ai été 3 ans dans un hôpital René Sabran à Hyères.

J'avais reçu une carte de stationnement debout pénible.

J'avais été à la COTOREP puis plus rien après les années. Et là je peux plus, moi j'ai une place handicapée en bas. Et on m'a dit...

CESF : Et vous utilisez encore cette carte Mme D ? Vous utilisez encore cette carte ?

Mme : Non bon je peux plus. Elle est plus valable depuis longtemps.

CESF : Oui faites attention ne la mettez pas sur le...

Mme : Ah non je vais avoir un PV là. Alors je la mets plus.

CESF : Donc CLESIA ok, la CARSAT on a rappelé, on aura le document dans les 10 jours on l'espère, Banque de France ça suit son cours. On fait le dossier de la MDPH ?

TP 5 Mme D révoque tous ses soucis notamment avec son fils et le besoin de soutien professionnel

Alors, vous voyez, j'ai de quoi ne plus savoir. J'ai de quoi me faire du souci. Voilà. Après... On redémarre une nouvelle vie. 77 ans. On redémarre une nouvelle vie. On va... Moi, j'ai mis mon salut en... S. (la CESF), j'ai mis mon salut.

Mais là, ça faisait un mois que je ne l'avais plus eue (la CESF), j'étais perdue.

NR 6 Accès à la mutuelle : Mme D n'a pas eu de mutuelle pendant longtemps puis en a pris une très chère qui grève beaucoup son budget.

Mme : Alors, il n'y a pas longtemps, je n'avais pas de mutuelle. Ça a été très difficile. Finalement, j'ai décidé d'en prendre une. Parce que comme je suis toujours à 100 %, donc, je ne prenais pas de mutuelle. Mais là, j'ai un problème de surdité. Et ils m'ont dit, non, il vous faut... Bon, finalement, je paye une mutuelle qui est un peu trop... trop chère, que je vais m'en occuper aussi.

Qui me fait presque 100 euros par mois. Alors, imaginez sur ce que je gagne. Il me reste les yeux pour pleurer.

CG : Et vous l'avez choisie vous-même ?

Mme : Figurez-vous que je l'ai prise parce que c'était mon conseiller de banque qui me l'a donnée. Et que j'en avais marre de chercher tout ça.

Mais la CESF m'avait donné un numéro où rappeler ultérieurement.

Mais en ce moment, j'ai des problèmes dentaires et je me suis dit, si tu changes, maintenant, ça ne va pas le faire.

Alors, il faut que tu patientes encore.

CESF : Il y avait des soins en cours. En fait, le département a conventionné, du moins négocié des tarifs avec Harmonie Mutuelle. Bon. Alors, nous, on se voit aussi quand même neutre dans l'histoire. Mais tout de même, c'est une information qu'on a. Et comme ils ont négocié ces tarifs-là, c'est du coup une mutuelle qu'on donne parmi d'autres. Mais voilà, Mme D avait le souci d'avoir des soins bien spécifiques en cours et ne voulait pas qu'il y ait un changement de mutuelle qui s'opère en plus de tout le reste.

Donc, à Saint-J, parce que bon, ils me prennent, ils ne me compliquent pas. Et je vois les spécialistes. Et là, j'ai appelé il y a 3-4 jours. Je souffre beaucoup de mes yeux. Je vois de moins en moins. Alors, je pense que j'ai peut-être un problème diabétique qui se colle sur la rétine. Pas moyen d'avoir un rendez-vous. Alors, j'ai dit, je vais me déplacer. Je vais me déplacer. Je vais leur dire. Je viens chez vous depuis 50 ans. Alors, vous allez me trouver...

Je connais bien le professeur A. Mais il est en retraite maintenant. À force, je connais tous les docteurs. Mais je ne sais pas. J'ai besoin de nouvelles lunettes. Alors, je fais.

Avant, j'aurais fait tout dans une journée. Maintenant, je fais une chose, on dirait que j'ai abattu le monde. Je suis vite fatiguée.

Éléments de synthèse

Cette étude de cas met en lumière la dynamique processuelle et interactionnelle du non-recours au grand âge. La situation finale – qui peut paraître extrême – révèle une succession de marches, d'étapes de constitution progressive d'un non-recours complexe qui concerne différents domaines de l'existence qui s'entrecroisent. Le cas fait apparaître nettement tout à la fois les événements rupteurs et la mobilisation de ressources qui permettent de rétablir un certain équilibre.

Pour autant, ces nouveaux équilibres paraissent à chaque fois un peu plus précaires et les ressources mobilisables par Mme D. semblent se réduire au fil de l'avancée en âge mais aussi avec la coupure du milieu professionnel. En effet, nous observons que Mme D a bénéficié d'un entourage professionnel divers, bienveillant qui lui a permis de rebondir et de se rétablir après notamment son accident de voiture, ce qui favorise le rétablissement d'une séquence longue relativement stable. Cependant le conflit violent avec son fils, qui la menace et l'amène à déposer une plainte contre lui, réactive les antécédents traumatiques et annihile les ressources de Mme D. Elle perd pied, n'arrive plus à faire face aux démarches administratives et s'installe dans une forme d'abandon et de renonciation. Ce cas met ainsi en évidence les « erreurs » de jugement commises, « les décisions inadaptées » qui peuvent être prises dans ce contexte.

Ne pas s'acquitter de ses PV, faire confiance au banquier pour le choix d'une mutuelle, aller au plus près pour un service d'aide à domicile alors qu'il n'est pas conventionné avec le département... Les domaines de non-recours se multiplient alors, dans le contexte de cette *fatigue de vivre* qui s'établit. On est là face à une *déprise par abandon* qui peut être caractéristique des personnes du très grand âge alors que Mme D n'a que 78 ans. Elle souligne à plusieurs reprises le caractère indispensable de l'intervention et du soutien de la travailleuse sociale qui l'accompagne désormais dans ses démarches. Ce besoin de support humain professionnel et qualifié apparaît dans de nombreux entretiens. Il témoigne de la difficulté pour les personnes vieillissantes à trouver encore et toujours des ressources adaptées et mobilisables pour faire face à la complexité administrative croissante et aux problématiques d'accès aux soins. L'isolement et la diminution des ressources relationnelles et sociales qui caractérisent le grand âge rendent ces supports encore plus indispensables.

Annexe 3. Tableaux d'estimation et de caractérisation du non-recours, par territoire

Territoire A

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Couple SEB	X			Pensent ne plus être éligibles aux bons de transport sanitaires et ne savent pas où se renseigner à ce sujet.
Mme DA			X	Evoque une difficulté à retrouver un dentiste. Ne cherche pas d'informations sur les aides relatives à l'autonomie car n'en a pas besoin actuellement. Ont pensé à adapter leur logement quand ils l'ont fait construire.
Mme DU	X			Non-réception adaptation logement : a engagé des démarches pour faire une douche, a eu une aide mais la douche n'a jamais été faite. Questionne le fait de ne plus être éligibles aux campagnes de prévention cancer après 75 ans. Evoque les difficultés d'accès aux dentistes.
Mme G			X	L'ADMR a tout mis en place pour que Mme puisse rester à domicile et y retourner après une chute il y a quelques mois. Mme n'est pas en non-recours mais la personne de l'ADMR explique qu'au départ elle ne voulait pas d'aide à domicile et voulait continuer à se débrouiller toute seule. Evoque les difficultés d'accès aux dentistes
Mme J			X	Se tournerait vers l'ADMR si besoin et retournerait vivre près de ses enfants si dépendance plus importante.
Mme C	X			
Mme R	X			« Ce que je n'aime pas, c'est faire... les démarches comme ce matin (au CCAS), ça me stresse beaucoup, je me dis « j'y vais, j'y vais pas ». Mme n'a pas réussi à trouver un kiné venant à domicile après son opération de la hanche, il y a plusieurs mois.

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Mr C			X	Mais dit qu'il n'aurait rien mis en place si sa fille ne l'avait pas fait. Lui aurait « envie de débrayé, de lâcher » et n'a jamais fait « aucun papier ».
Couple J	X			Mme a un rôle d'aidante -> renoncement à des soins pour elle. Mme regrette que les campagnes de dépistage organisée cancer s'arrêtent à 75 ans. Ont tardé a demandé l'APA car avait notamment déjà un aide pour le ménage et que Mme s'occupait du reste (a été toute sa vie dans un rôle d'aidante : père, cousine...).
Mme B			X	Evoque le fait que les VSL n'iront très prochainement plus dans certains petits hameaux de moyenne montagne et les délais d'accès à certains spécialistes.
Sœur Mme B et son mari		X		Mr ne veut pas d'aide extérieure et Mme n'ose pas demander. Sont tous les deux un peu déprimés par leur situation.
Mme MC	X			Dit qu'elle s'adresserait à l'ADMR en cas de besoin mais qu'elle le fera « le plus tard possible ». Ne connaît pas d'autres possibilités : « on ne s'est pas vraiment préoccupés de la question ».
Mr B	X			N'a plus de portage de repas et ne sait pas vers qui se tourner. Il n'a aucune idée de vers quels institution, organismes, se tourner pour des questions liées au vieillissement, à la perte d'autonomie. N'a aucune info.
Mme BC	X			Evoque aussi le fait de ne plus avoir de dentiste. Arrive à avoir des informations par le club ou la mairie mais pas toujours au bon moment. N'est pas satisfaite des personnes qui viennent faire le ménage chez elle mais est fatiguée de devoir le dire, réclamer...
Total	8	1	5	

Territoire B

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Mme T				N'évoque pas suffisamment précisément sa situation et ses éventuelles difficultés durant l'entretien pour identifier avec certitude le non-recours mais indique clairement qu'elle ne souhaite rien demander, qu'elle n'a jamais vu d'AS de sa vie et que ça ne changera pas.
D1	X			Difficultés financières d'accès aux soins car non-application du RAC 0 Trouve aussi problématique que médecin ne vienne plus à domicile À fait déménager sa fille handicapée en dehors du territoire pour accéder plus facilement à des aides à domicile car évoque une saturation au niveau du territoire.
D2	X			À demandé une évaluation pour de l'aide à domicile mais dit que personne n'est venu faire cette évaluation au domicile, que cela a été fait par téléphone (période covid). N'a pas redemandé.
Mme RA	X			Utilisation partielle du plan APA car fille est aide-soignante et souhaite s'occuper elle-même des « soins corporels » de sa mère. Recours résidence autonomie privée dans l'urgence, trop onéreux car mère a 1 000 euros de revenus, fille voudrait trouver autre chose pour sa mère mais ne sait pas vers qui se tourner pour l'accompagner dans cette recherche de logement
Fille Mme RA (aidante)		X		Est épuisée par la situation mais ne connaît pas les droits et services destinés aux aidants. S'arrange donc avec ses frères et sœurs pour avoir plus d'aide et du répit.
Couple CC		X		Ont du mal à se repérer entre les institutions et trouvent que, quand ils ont eu des échanges avec une AS ils n'ont pas eu d'infos sur les droits et services qui pourraient leur être destinés. Ne veulent rien demander, sont là l'un pour l'autre.
Mme N	X			Ne connaissait pas la C2S, a toujours eu par le passé une complémentaire d'entreprise. Ne connaissait pas les tarifs sociaux pour les transports en commun.

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Mr P	X			Hésite parfois à aller chez le médecin car « le docteur, c'est à chaque fois, on fait la prise de sang, on fait ci et ça... J'ai beau lui dire « docteur, on l'a faite le mois dernier ». Faut toujours faire des choses qui nous rendent vieux ». Dit « être valide et qu'il verra à 80 ans pour les trucs de vieux car 80 ans, c'est le passage ».
Mme A	X			Ne peut plus toucher l'AAH du fait de son âge mais ne peut pas ouvrir ses droits à la retraite (pas encore 10 ans sur le territoire). Veut travailler mais se sent discriminée du fait de son âge et de son handicap. A honte de demander le RSA et craint de faire des erreurs au niveau de la CAF. Non-recours aux soins du fait de sa situation financière.
Mr MP	X			Démarches en cours pour obtenir sa retraite et l'ASPA ; possible demande de RSA en amont. Sans accompagnement, Mr n'aurait rien pu mettre en place car dit n'avoir aucune connaissance « du système social ». A compris qu'il devait aller à la MDS en se renseignant « à droite à gauche ».
Mr Z			X	N'est plus en non-recours car a réussi à être accompagné par asso C. Mais a eu beaucoup de difficultés à obtenir sa retraite, a l'impression que son dossier a été fait « à l'économie ». Non-recours frictionnel RSA pendant procédure de la CAF de récupération d'indus (Mr a eu gain de cause).
Mme D	X			Utilisation partielle du plan d'aide APA car recours à des services non conventionnés dont Mme n'arrive pas à assumer le coût. N'avait pas de complémentaire santé jusqu'à récemment mais n'arrivait pas à financer un appareillage auditif, en a repris une mais trop chère.
Mme C	X			C'est toujours occupée de sa mère âgée, ne veut pas avoir affaire des professionnels de l'aide à domicile. À essayé mais n'était pas satisfaite du travail réalisé. S'appuie complètement sur EA.
Total	9	1	1	

Territoire C

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Mme DB	X			
Mme JF	X			
Couple AL et CL		X		
Mme FB2			X	Mais NR temporaire à la pension de réversion après décès de son mari.
Mme JG	X			
Mme AL	X			
Mme MDG	X			
Mme MG	X			
Couple L	X			
Mme B (FB)			X	<p>➔ mais besoin d'aide dans le quotidien commence à devenir plus important et Mme n'a aucune idée d'à qui elle peut s'adresser à ce sujet.</p> <p> Crainte de « ne pas pouvoir avoir les soins dont elles auraient besoin » du fait de l'état du système de santé.</p>
Mme CB			X	
Mme AM			X	<p>➔ mais commence à trouver certains gestes plus difficiles, notamment pour l'entretien de la maison, et ne sais pas vers qui se tourner si cela s'accroît.</p>
Mme MN			X	➔ en résidence autonomie
Mme MK			X	<p>➔ mais évoque les nombreux problèmes dans l'accès aux soins des personnes handicapées, plus encore vieillissantes, et le refus de passer par des sociétés d'aide à domicile pour réaliser les heures à domicile (pas assez spécialisées, de son point de vue, pour les personnes handicapées).</p>
Mme AO	X			
Total	8	1	6	

Territoire D

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Famille K	X			
Mme LB	X			
Mme HD			X	Mais a eu du mal à retrouver un MT + difficultés d'accès aux spécialistes. Rupture de droits au moment de la réforme de la C2S. À eu des difficultés à obtenir sa retraite car carrière compliquée.
Mme C	X			Adaptation logement + a eu du mal à obtenir de l'aide en tant qu'aidante de son fils atteint de schizophrénie et pour sa prise en charge à lui.
Mme GG	X			Dit qu'elle ne saurait pas à qui demander si elle avait besoin pour l'aider à domicile. A toujours été concentrée principalement sur la prise en charge de sa fille handicapée et sur ce qu'il se passerait pour sa fille si Mme décédait.
Mme ZG	X			
Mme MC			X	
Mme RT			X	A fait une demande de relogement car difficultés de mobilité dans son appartement (escalier), est en attente et repousse donc une opération du genou car ne sait pas comment faire après l'opération pour accéder à sa SDB. Pourrait avoir besoin prochainement d'aide à domicile (ménage) mais anticipe que la qualité du service ne sera pas à la hauteur.
Mme JM	X			
Mme B	X			
Couple V	X			
Mr V			X	Mais demande très récente d'APA, ne savait pas jusque-là qu'il pouvait y avoir droit, est allé au CCAS à propos de ses difficultés financières et a été informé sur l'APA. Son MT pense qu'il n'y aura pas droit car n'est pas assez dépendant.
Mr M		X		Gendre ne souhaite pas de recours.

Enquêté.e.s	Non-recours unique ou partiel	Non-recours total	Pas de non-recours actuellement	Commentaires
Famille C	X			Non-recours aux soins pour le fils car rôle d'aidant à temps plein de sa mère et non-recours à certains soins pour la mère (notamment ophtalmo) car difficulté à trouver des médecins sachant prendre en charge des personnes ayant une pathologie neuro-dégénérative. Au niveau soutien à domicile, mélange de recours et non-recours « piloté » par le frère (par exemple, pas de ré-évaluation du GIR de la mère pour ne pas déséquilibrer l'organisation qui permet à l'autre fils de bénéficier des CESU).
Total	9	1	4	

École nationale supérieure de Sécurité sociale
27, rue des docteurs Charcot
CS 13 132 - 42031 Saint-Étienne



Suivez l'actualité de l'école
sur les réseaux sociaux



L'avenir de
la protection
sociale
se dessine
avec vous
en3s.fr

ÉCOLE DES DIRIGEANTS DE
LA PROTECTION SOCIALE