

10 novembre 2020



SENIORS ET DÉPENDANCE

*Porter un regard différent
sur le vieillissement*

La dépendance peut-elle être autre chose qu'une incapacité ?

En quoi le prisme médical conduit-il à stigmatiser les seniors ?

Perte d'autonomie et dépendance : réfléchir sur la confusion entre ces deux notions.

1. Dépendance et perte d'autonomie

La crise sanitaire dans laquelle nous sommes plongés depuis le mois de mars a révélé nombre de failles discriminant les seniors : la priorisation des malades en situation d'urgence et l'isolement des maisons de repos ont d'ailleurs fait l'objet de deux précédentes analyses d'Âgo.

La possibilité d'un confinement prolongé pour les plus âgés a même été évoquée. Forcer à l'isolement toute la population d'un certain âge tient d'une logique à la fois discriminatoire et absurde – ce critère seul ne peut suffire à définir la fragilité d'une personne.

Il revient alors à s'interroger sur les mesures prises dans la tourmente, dans la précipitation. Pour Âgo, ces failles sont les regrettables conséquences de deux mythes encore fort ancrés dans l'inconscient collectif : les seniors sont socialement inutiles et les seniors sont dépendants.

Il serait utile de rappeler que retraite professionnelle n'est pas retraite sociale – le bénévolat, exemple d'activité économique parmi tant d'autres, est exercé par un grand nombre de pensionnés. Cette analyse portera sur le second mythe : celui de la dépendance.

La vieillesse au pluriel

La perte d'autonomie est rarement soudaine et entière, elle n'est pas non plus dégradation linéaire de la santé, mais renvoie plutôt à « un continuum de situations incarnées par des pertes de capacités plus ou moins marquées¹ ».

Évidemment, il n'y a pas d'un côté les bien portants et de l'autre ceux qui vieillissent mal, les autonomes ici et les dépendants là-bas – dans les maisons de repos.

Cette période de la vie, nous la connaissons tous différemment, nous la vivons inégalement selon nos ressources (sociales, culturelles, économiques,...). Pour le dire autrement, il existe autant de vieux, que de vieillesse, que de dépendances. À une vision simplificatrice de l'expérience, nous préférons substituer un regard porté sur les « rapports incarnés » au monde, voire aux mondes². Pensons le vieillissement au pluriel.

Le mythe de la dépendance ne concerne pas que le domaine des soins médicaux. Il est courant de le retrouver en économie. Ainsi, on n'hésitera pas à utiliser le *coefficient de dépendance*, c'est-à-dire le rapport entre les inactifs (67+) et les actifs (18-66), pour évaluer l'impact socio-économique du vieillissement de notre population³. Ces expressions ne peuvent pas être considérées comme de simples indicateurs : selon l'OMS, par exemple, elles sont le reflet d'un **âgisme** ambiant et accepté⁴.

PAR ÂGISME, ENTENDEZ LA DISCRIMINATION ET LES STÉRÉOTYPES QUI SE FONDENT SUR LE SEUL CRITÈRE DE L'ÂGE.

Dépendance et perte d'autonomie sont utilisées couramment comme « deux notions qui tournent autour de l'incapacité à effectuer seul sans aide les principaux actes de la vie quotidienne⁵ ». Parmi ces tâches essentielles, relevons se déplacer, s'habiller et se laver. Ces activités sont alors réalisées avec le soutien d'un tiers : d'un parent ou d'un voisin dans le cas des aidants proches, d'un professionnel ou d'un dispositif institutionnel.

L'une et l'autre de ces notions se substituent pour renvoyer à une seule et même idée : le naufrage de la vieillesse. Une légère nuance : tandis que l'autonomie est considérée comme un idéal à atteindre, on attribue à la dépendance une connotation négative. C'est d'ailleurs pour cela que, dans les documents officiels – chartes, rapports, décrets – l'on préférera la première à la seconde, davantage *politiquement correcte*⁶, et l'on prendra plus volontiers pour objectif le maintien de l'autonomie que la lutte contre la dépendance.

En 2019, le Gouvernement wallon a voulu mettre en place une *assurance autonomie*. Sans nous prononcer sur le décret – qui n'est finalement pas passé –, retenons que pour accéder aux aides et services, il aurait fallu « être en état de dépendance⁷ ».

La dépendance (ou perte d'autonomie) comme **incapacité** est vue à travers un prisme d'abord et avant tout médical. Dans la suite de cette analyse, nous verrons quelles sont les conséquences d'une telle définition sur le regard que nous portons à la vieillesse.

2. Mesurer la dépendance

Pour répondre aux besoins en soins, il est primordial de les identifier précisément. La dépendance est donc évaluée, mesurée, graduée, comparée ; des grilles d'évaluation sont établies pour définir des paliers dans l'accroissement des incapacités.

Cependant, il faut savoir que les outils de mesure de la dépendance ne se limitent pas à l'évaluation des incapacités. Leur champ d'action s'étend au-delà de la sphère médicale : « elles servent souvent de critères d'éligibilité aux prestations de soins⁸ » et elles peuvent influencer sur les politiques sociales. En Wallonie, on entend souvent parler de l'échelle de Katz. À partir de critères tels que la *capabilité* à s'habiller ou à se laver, cet outil distingue six catégories de dépendance. L'échelle de Katz joue un véritable rôle dans la structure de nos maisons de repos. En effet, certains lits sont réservés exclusivement aux personnes lourdement dépendantes ; et le financement d'une institution « est directement en lien avec les encadrements en personnel eux-mêmes définis en fonction de la dépendance moyenne⁹ » des résidents. N'avoir que des résidents O et A, de faible dépendance, ne permettrait pas d'assurer une viabilité financière.

Un résident de catégorie O ou A, c'est-à-dire de dépendance faible ou nulle, peut présenter des troubles cognitifs ou de comportement qui exigent une plus grande attention aux professionnels de la santé. Il peut subsister un décalage entre la dépendance telle que définie par le corps médical, à travers les grilles d'évaluation notamment, et les besoins réels d'une personne¹⁰.

En soutenant le maintien à domicile, en privilégiant les lits pour les personnes lourdement dépendantes, l'institution tend à devenir un lieu de plus en plus médicalisé et médicalisant.

Pourtant, les maisons de repos sont encore loin de ressembler à des institutions hospitalières ou à des mouvoirs. Bien souvent, la mixité des profils reste préférée : les O et les A assurent un certain dynamisme, un souffle de vie indispensable à la maison de repos pour sortir de l'imaginaire carcéral.

ENCORE 32 % DES RÉSIDENTS EN MAISON DE REPOS SONT DES PROFILS O ET A, C'EST-À-DIRE DES PERSONNES DONT LA DÉPENDANCE EST LÉGÈRE VOIRE NULLE¹¹.

Mais pourquoi ces seniors, considérés médicalement comme peu dépendants, du moins *relativement autonomes*, ne vivent-ils pas à leur domicile ? Connaître leur parcours de vie permet d'ouvrir les horizons sur la réalité de ces institutions. Une récente étude bruxelloise s'est penchée sur la question. Pour certains de ces résidents, il s'agit d'un choix : en raison par exemple d'un sentiment de vulnérabilité (suite à une chute, au décès du conjoint), ou sous la *pression* des proches. D'autres sont placés pour des *raisons so-*

ciales (problèmes financiers, de logement)¹². On commence à comprendre : s'ils ne sont pas dépendants (médicalement parlant), ils se trouvent dans une situation de dépendance – le manque d'alternatives résidentielles pour accueillir le vieillissement les conduit, presque *inévitablement*, en institution.

« LES INDIVIDUS QUI RÉSIDENT EN MAISON DE RETRAITE NE PEUVENT ÊTRE UNIQUEMENT ET UNILATÉRALEMENT DÉFINIS PAR LA DÉPENDANCE, UNE DÉPENDANCE QUI LES PLACERAIT SOUS LA DOMINATION DES CONTRAINTES COLLECTIVES ET DU PERSONNEL¹³. »

Norme statistique et norme sociale

Les échelles apparaissent comme des indicateurs fiables, reflétant une réalité objective. Le prisme médical à travers lequel nous observons la vieillesse influe toutefois sur notre regard : à partir d'un idéal – celui d'un individu décidant et agissant *indépendamment d'autrui* –, nous distinguons les seniors qui vieillissent bien des vieillards qui vont mal.

L'utilisation d'outils pour mesurer la dépendance conduit à faire de celle-ci un **état**. Les personnes âgées dépendantes ne souffrent plus d'un handicap situé et contextuel, mais d'une dépendance qu'il faut prendre en charge. Elles

constituent alors une *catégorie sociale*¹⁴ basée sur une étiquette provenant « de structurations sociales, bien davantage que du fait brut de l'atteinte physique ou psychique¹⁵ ». L'attribut *dépendant* leur donne une nouvelle « identité sociale virtuelle¹⁶ ». Elles sont définies par ce stigmate, par cette marque qui colle à la peau, comme les cicatrices, comme les rides : ce sont des vieux.

« Un glissement s'opère ainsi de la norme statistique à la norme sociale, de l'apparente neutralité de la mesure au jugement de valeur quant aux conditions d'une humanité pleine et entière¹⁷. »

3. Dépendance et maintien d'autonomie

La vieillesse est souvent perçue comme un abandon progressif des activités ; les personnes âgées semblent perdre prise sur leur quotidien. La santé se dégrade avec les années, notre corps impose ses limites.

On comprend le glissement qui s'opère entre dépendance et perte d'autonomie : l'incapacité fonctionnelle devient, par confusion, une incapacité décisionnelle. Il s'agit en fait d'une « parade institutionnelle¹⁸ », car l'autonomie et la dépendance ne sont pas « les deux faces d'un même miroir¹⁹ ». Dans cette analyse, nous allons voir que nous pouvons être à la fois dépendants et autonomes.

Personne ne le contestera : les soins de longue durée ne doivent pas seulement servir « à réparer des corps ou à compenser des déficits²⁰ », ou ils seront assimilés à de l'acharnement thérapeutique. Ils doivent répondre à une finalité supérieure : aider au maintien de l'autonomie.

« L'AUTONOMIE EST FORTEMENT DÉPENDANTE DU FAIT QUE LES BESOINS FONDAMENTAUX D'UNE PERSONNE ÂGÉE SOIENT SATISFAITS²¹. »

La perte d'autonomie résulte de la non satisfaction des besoins, plus que des besoins eux-mêmes. Autrement dit, « fondamentalement, l'autonomie peut être maintenue malgré la dépendance

Autonomie et dépendance sont, en général, utilisées sans réflexion sur l'image qu'elles renvoient de la vieillesse. Certaines institutions ont toutefois reconnu la confusion que peuvent entraîner ces notions. Ainsi, dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé propose l'expression « dépendance aux soins » pour ca-

ractériser « une détérioration des capacités qui ne peuvent pas être compensées par d'autres aspects de l'environnement de la personne âgée, ou par l'utilisation d'aides techniques disponibles²² ». L'OMS reconnaît ainsi que la dépendance n'est pas seulement une donnée objective, elle résulte d'une insuffisance de ressources pour contrebalancer nos incapacités.

aux soins²³ », lorsque celle-ci est **supportée** – au double sens d'un support qui la rend supportable.

Dès lors, la dépendance est vécue différemment selon les personnes âgées : elles peuvent l'accepter, la dénier, la subir ou s'y résigner ; elles peuvent l'anticiper, la retarder, l'attendre ou l'appréhender ; elles peuvent s'en plaindre, la taire, la montrer, la cacher ou revendiquer. On peut être acteur de sa dépendance.

La vision médicale de la dépendance escamote toutes les formes de résistance que peuvent mettre en pratique les individus, malgré les besoins de soins, pour préserver leur identité. « Le maintien de soi dans le réaménagement de l'univers quotidien tranche avec les mécanismes standardisés d'évaluation des besoins²⁴. » Reconnaître la dépendance de l'autre (ce qui implique un soutien médical et financier) est finalement « l'expression d'un rapport de force²⁵ ». De la même manière, infantiliser les seniors sous prétexte qu'ils perdent leur autonomie, relève d'une forme de violence.

Nous pourrions alors imaginer que le refus d'être aidé, plus qu'un caprice ou une marque de sénilité, « constitue en quelque sorte un moyen de se positionner, de choisir et d'imposer son choix de vie²⁶ »

face à des situations qui semblent lui échapper de plus en plus : une façon de préserver son identité, de maintenir son autonomie.

Prenons le cas d'une personne qui ne sait plus se déplacer seule mais qui refuse néanmoins la chaise roulante. Ce qui apparaît à première vue comme une perte d'autonomie – dépendre des autres pour marcher – peut être une manière d'affirmer son identité.

Lorsqu'il est question de démence, ou de très grande incapacité, l'autonomie devient sujet de multiples dilemmes ; aidants et professionnels y sont confrontés dans le soutien quotidien qu'ils apportent aux aînés. Ces cas extrêmes n'ont pas été abordés, car ils relèvent de principes juridiques et d'éthiques médicales débordant le cadre de la présente analyse. Évoquons certaines pistes telle que l'attention aux discours des proches, aux valeurs authentiques de la personne et à ses volontés encore exprimées malgré la perte d'autonomie : en prêtant attention à tout ce qui entoure la personne, tout ce qui l'accompagne, l'autonomie se fait *relationnelle*²⁷.

4. Dépendance dans l'autonomie

Nous l'avons vu : dépendre des autres pour certains actes de la vie quotidienne ne conduit pas fatalement à une perte d'autonomie. Allons plus loin encore. D'aucuns défendent l'idée que nous sommes autonomes dans la dépendance – ce serait « le paradoxe de la vieillesse²⁸ », voire de notre « condition humaine²⁹ ».

Par conséquent, la dépendance n'est pas propre aux personnes d'un certain âge ; pour réaliser une tâche, nous dépendons toujours de quelque chose ou de quelqu'un. La dépendance n'étant en général pas unilatérale, mais réciproque, nous devrions d'ailleurs parler d'**interdépendance**. Ces relations d'interdépendance conditionnent l'exercice de notre autonomie : être autonome ne signifie pas s'abstenir de tout lien, mais tirer profit de « ce qui nous tient », de ce qui nous soutient à l'extérieur³⁰. Ce n'est pas qu'un principe ou un idéal, c'est avant tout une pratique qui s'exerce au quotidien.

La canne d'une personne âgée illustre parfaitement cela. Elle peut se réjouir du soutien de sa béquille, ou se plaindre de ses difficultés pour marcher. Elle peut préférer prendre un parapluie pour

Il ne faut bien évidemment pas adopter un point de vue naïf : des relations « raréfiées, appauvries et enfermantes », à la seule finalité fonctionnelle, peuvent entraîner le sentiment d'être un poids³¹. Le support devient une contrainte lorsque la dépendance est associée à la mort, ou du moins à l'absence d'avenir³². L'injonction à l'autonomie peut devenir violence, lorsqu'elle se mue en un acharnement thérapeutique.

refuser de paraître vieille, ou délaissier sa canne pour le bras de son petit-enfant. La dépendance ne deviendra une perte d'autonomie que lorsqu'elle ne trouvera ni canne, ni parapluie, ni bras sur lesquels s'appuyer.

Être autonome, cela ne signifie donc pas se détacher, mais s'attacher mieux : la canne, les lunettes comme le fauteuil roulant donnent à la personne âgée la capacité d'agir ; ces objets « constituent la personne, son corps et son monde, à tel point que s'en séparer est vécu comme une véritable mutilation³³ ».

Invisibiliser la dépendance

Théorisé depuis des siècles, le concept d'autonomie n'a de cesse d'évoluer. D'aucuns considèrent que son parcours reflète le tournant libéral et individualiste emprunté par notre société : est valorisée la capacité de décider indépendamment d'autrui ; on ne pourrait être autonome et, en même temps, sous contrainte.

On comprend alors que l'utilisation confuse des notions de dépendance et de perte d'autonomie conduit à stigmatiser davantage les personnes âgées ; celles-ci menaceraient « l'idéologie sociétale dominante d'un individu souverain et autonome³⁴ ».

Devenir une charge pour ses proches est une crainte fréquente chez les seniors, tiraillés entre le besoin de soutien et l'idéal d'autonomie³⁵. Ils sont placés dans une position inconfortable, celle du bénéficiaire, qui accentue le sentiment d'inutilité sociale : la relation d'aide ne fonctionne plus sur le donnant-donnant, sur la réciprocité, mais devient asymétrique.

Bien que nous soyons tous vulnérables, nos relations d'interdépendance n'en demeurent pas moins inégales. On peut ainsi parler d'une « irresponsabilité des privilégiés³⁶ ». Certains n'ont pas à se soucier des besoins des autres, et leurs propres besoins sont rendus invisibles. Ils ne sont pas perçus comme dépendants en raison « d'une adéquation réussie entre les dispositifs techniques et organisationnels et les compétences de ces personnes³⁷ ». Le sentiment d'autonomie résulte finalement de l'invisibilisation des liens de dépendance, si bien que « l'action ou la décision sont alors attribuées à la personne³⁸ ».

En effet, « nos dépendances ne nous paraissent acceptables que si elles se révèlent au service de notre autonomie³⁹. » En étant supportées (au double sens de support et de supportable), celles-ci deviennent alors valorisées.

L'autonomie passe par la maîtrise de nos dépendances, non par leur absence. Selon cette logique, l'adaptabilité n'est pas tant la marque d'une insuffisance que la capacité de connaître ses propres limites et de maîtriser rationnellement son environnement.

L'autonomie individuelle est un mirage. Celle-ci ne peut être pensée sans une *autonomie collective*⁴⁰, ou *relationnelle*⁴¹. Ce qui importe donc, c'est de soutenir les personnes pour accroître leurs *capabilités* aussi longtemps que possible. Ce soutien doit intégrer leur environnement (depuis son habitation jusqu'au quartier), leurs réseaux, et toutes les ressources mises à leur disposition.

Lutter contre la perte d'autonomie ne peut se limiter aux seuls soins ; la personne doit être soutenue dans ses multiples dépendances : mal-logement, isolement social, précarité et fracture numérique sont autant d'éléments à prendre en considération. Amis, famille, voisins et professionnels constituent un réseau de potentiels aidants : au même titre que la canne, ils font partie de la solution pour maintenir l'autonomie, pour permettre « la poursuite d'une vie facilitée⁴² ».

Le concept de **déprise** renvoie à cette idée de détachement – rattachement propre au vieillissement⁴³. L'affaiblissement des réseaux, la priorisation des tâches, la diminution des déplacements ou encore le rétrécissement du monde ne relèvent pas tant d'un abandon que d'une économie de ses forces. Se déprendre permet, paradoxalement, de continuer à avoir la maîtrise sur certaines choses. Ainsi, la déprise met en lumière toute l'ambivalence, la complexité et toute la richesse du vieillissement⁴⁴.

Une déprise maîtrisée passe par l'anticipation de son vieillissement. Cela ne signifie évidemment pas prévoir les futures incapacités, mais de se donner les moyens d'y répondre. Cela rejoint notamment la question des lieux de vie. Quitter son domicile et déménager à proximité de ses proches pour rester entouré est une forme de déprise. Pensons au cas, certes minoritaires, des seniors qui, de leur propre initiative, entrent en institution pour « préserver leur autonomie face à leur avancée en âge⁴⁵ ».

Ouvrons le débat...

- Nous avons vu que la confusion entre dépendance et perte d'autonomie conduit à stigmatiser les seniors. Pour autant, certaines personnes âgées se trouvent dans une telle situation de dépendance qu'il paraît difficile de les considérer comme autonomes : elles ne sont ni capables d'accomplir des activités essentielles de la vie quotidienne, ni de décider pour elles. C'est le cas notamment de personnes qui n'arrivent plus à vivre seules, mais ne consentent pas à entrer en maison de repos.

Jusqu'où devons-nous privilégier le principe d'autonomie ?

Pour aller plus loin...

À lire pour le plaisir de s'instruire :

- Goffman, Erving. 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Le sens commun. Les Éditions de Minuit, 173 pages.

Ressources utiles...

Pour en savoir plus :

Consultez le document *Vieillir en étant bien informé-e* (2020), proposé par la Fondation Roi Baudouin.

Références bibliographiques

- 1 Nowiq, Laurent. 2014. « Habitats intermédiaires : De quoi parle-t-on ? » In *Vieillir chez soi. Les nouvelles formes du maintien à domicile*, par Laurent Nowiq et Alain Thalineau, 23-46. Le sens social. Presses Universitaires de Rennes, p.24.
- 2 Daems, Amélie, Greg Nijs, et Sylvie Carbonelle. 2010. « L'expérience des déplacements quotidiens à mesure de l'avancée en âge : ce qui nous tient ». In *Penser les vieillesse*, 129-48. Seli Arslan, p. 142.
- 3 « Comité d'étude sur le vieillissement - Rapport annuel ». 2020. Bureau Fédéral du Plan.
- 4 « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé ». 2016. *Organisation Mondiale de la Santé*.
- 5 Ennuyer, Bernard. 2013. « Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse ». *Champ social, Le sociographe*, Hors série 6 (5): 139-57, p. 143.
- 6 Trépied, Valentine. 2020. « Autonomie et vieillissement. Le regard d'une sociologue ». *Revue des droits de l'homme*, n°17.
- 7 À lire sur le site de la Wallonie. 2019. « Une assurance autonomie pour tous », 28 février 2019, sect. Actualités. <https://www.wallonie.be/fr>.
- 8 OMS, 2016, p. 79.
- 9 « Maisons de repos : tendances et indicateurs ». 2018. *ING et Probis*, 98 pages, p. 39.
- 10 Carbonelle, Sylvie. 2018. « Les profils des résidents O et A* en maison de repos pour personnes âgées (MRPA) en Région de Bruxelles-Capitale. Parcours,logiques d'orientation, d'accueil et alternatives ». *Organisme financeur COCOM*.
- 11 Ces données proviennent de « Rapport bisannuel des établissements d'hébergement et d'accueil pour Aînés au 31 décembre 2017 ». 2020. *Aviq Santé*, 184 pages, p. 51.
- 12 Carbonelle, 2018.
- 13 Mallon, Isabelle. 2005. *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Le sens social. Presses universitaires de Rennes, 288 pages.
- 14 Ennuyer, Bernard. 2003. « 4. Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes » ». In *La dépendance des personnes âgées*, par Claude Martin, 95-114. Res Publica. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- 15 Stiker Henri-Jacques (1997), *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod. Thésaurus index (1996), « Dépendance-gérontologie », in *Encyclopaedia Universalis*, Paris, Encyclopaedia Universalis France SA., p. 162.
- 16 Goffman, Erving. 1975. *Stigmate*. Les usages sociaux des handicaps. Le sens commun. Les Éditions de Minuit, 173 pages.
- 17 Rigaux, Nathalie. 2009. « Grilles de dépendance : quelle vision de l'homme, quelle visée des soins ? » In *Des échelles pour prendre soin*, par Luc Perino, Marie-Pierre Vercruyssen, Isabelle Dagneaux, et Jean-Marie Degryse, 80-90. Presses Universitaires de Louvain.
- 18 « Habitat et vieillissement. Inventaire des formes de logements qui supportent l'interdépendance et l'autonomie des seniors ». 2015. *Fondation Roi Baudouin*, 218 pages, p. 21
- 19 Dagneaux, Isabelle. 2009. « Autonomie, dépendance, déficience,... plus que des mots ! » In *Des échelles pour prendre soin*, par Luc Perino, Marie-Pierre Vercruyssen, Isabelle Dagneaux, et Jean-Marie Degryse, 94-106. Presses Universitaires de Louvain.
- 20 Gagnon, Éric, Manon Voyer, Paul Terreau, Nadine Lacroix, Geneviève Fournier St-Amand, et Marie-Christine Ouellet. 2016. « Autonomie et expérience de la dépendance chez les personnes âgées ayant subi un traumatisme craniocérébral ». *Service social* 62 (2): 49-63, p. 62.
- 21 OMS, 2016, p. 249.
- 22 OMS, 2016, p. 77.

- 23 OMS 2016, p. 77.
- 24 Gagnon. 2018. « La déprise comme interrogations : autonomie, identité, humanité ». *Gérontologie et Société* 40 (155): 33-44, p. 39.
- 25 Ennuyer, Bernard. 2001. « Les outils d'évaluation de la dépendance dans le champ de l'aide à domicile ou comment le pouvoir des experts contribue à déposséder de leur vie les gens qui vieillissent mal ! » *Gérontologie et Société* 24 (99): 219-32.
- 26 Balard, Frédéric, et Dominique Somme. 2011. « Le refus d'aide et de soin des personnes âgées en situation complexe ». *Nouvelles pratiques sociales* 24 (1): 85-100, p. 94.
- 27 Rigaux, Nathalie. 2011. « Autonomie et démenche I : Pour une conception de l'autonomie « dementia-friendly » ». *Ger Psychol Neuropsychiatr Viei* 9 (1): 107-15.
- 28 Meire, Philippe, et Isabelle Neiryck. 1997. *Le paradoxe de la vieillesse. L'autonomie dans la dépendance*. Savoirs et Santé. De Boeck.
- 29 Tronto, Joan C. 2009. *Un monde vulnérable*. Paris: La Découverte., 239 pages, p. 212.
- 30 Daems et Nijs, 2010.
- 31 Winance, Myriam. 2007. « Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales (Commentaire) ». *Sciences sociales et santé*. 25 (4): 83-91, p. 87.
- 32 Gagnon et al., 2016.
- 33 Winance, Myriam. 2011. « 5. « Mon fauteuil roulant, mes jambes ». De l'objet au corps ». In *Humains, non-humains. Comment repeupler les sciences sociales*, par Sophie Houdard et Olivier Thiery, 57-64. La Découverte.
- 34 Ennuyer, 2013, p. 151.
- 35 Leider, Blanche, Jacques Marquet, Alice Tilman, et Myriam Ghilain. 2017. « Chapitre 4. Que signifie le bien vieillir ? Une définition anticipative et participative ». In *Le bien vieillir en Wallonie. Enjeux et prospective*, par Jean-Luc Guyot et Jacques Marquet, 131-80. Presses Universitaires de Namur, p. 137
- 36 Tronto, 2009.
- 37 Akrich, Madeleine. 1999. « Les désignations du corps déficient et de la personne dépendante ». In *Évolutions technologiques et vieillissement des personnes*, 38-44. Paris: CNAV.
- 38 Winance, 2007, p. 90.
- 39 Meire, Philippe. 1997. « Les malentendus de la dépendance : à qui profite la confusion ? » In *Le paradoxe de la vieillesse. L'autonomie dans la dépendance*, par Philippe Meire et Isabelle Neiryck. Savoirs et Santé. De Boeck, p. 129.
- 40 Raeymaekers, Peter, Alain Denis, Lut Mergaert, et Caroline Guffens. 2017. « Soutenir les personnes âgées fragilisées chez elles. Unir les forces locales ». Fondation Roi Baudouin.
- 41 Rigaux, 2011.
- 42 Mallon, 2005.
- 43 Lire notamment Mallon, 2005.
- 44 Gagnon, 2018.
- 45 Carbonnelle, 2018, p. 14.



Âgo

Rue de Livourne, 25- 1050 Bruxelles

Pour nous suivre :

<https://www.ago-asbl.be/> et également sur Facebook

Pour nous contacter :

Téléphone : 02/ 538 10 48

Courriel : info@ago-asbl.be

Analyse rédigée et mise en page par : Marin Buyse

Avec le soutien de :

