

**6<sup>e</sup> Congrès international  
AIFRIS**

**7-10 Juillet 2015**

**ISSSP  
Porto**

*Multiplication des précarités : quelles interventions sociales ?*

**Le travail social à l'épreuve du temps et  
de la multiplication des dispositifs  
de l'aide sociale aux personnes âgées :  
une étude de cas à l'île de La Réunion**

**Auteurs**

Armelle KLEIN  
Sociologue  
Doctorante, Université de La Réunion, Laboratoire LCF  
Contrat CIFRE avec la société « Pour être Bien Chez Soi »  
IRD La Réunion  
armellekl1@gmail.com

Frédéric SANDRON  
Démographe  
Directeur de Recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD)  
UMR 196 CEPED (Université Paris Descartes - IRD)  
IRD La Réunion  
frederic.sandron@ird.fr

## Introduction

Dans le département ultramarin de La Réunion, 343 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté monétaire, soit 42% de la population. Alors qu'en France métropolitaine, les personnes âgées sont les plus épargnées par la pauvreté, ce n'est pas le cas de La Réunion où la vulnérabilité des personnes âgées est multidimensionnelle. Ainsi les allocataires du minimum vieillesse représentent 30% des personnes âgées, pour une moyenne nationale de 3%. Dans le domaine de la santé, les taux de dépendance sont à La Réunion, à 50-59 ans, similaires à ceux de la métropole française à 70-79 ans. Pour les personnes de 75 ans et plus, 43% d'entre elles perçoivent l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) contre 20% en métropole. Les personnes âgées habitent plus souvent que les autres dans des logements vétustes, sans confort ou avec des défauts (Conseil Général, 2013). Si l'on ajoute le fait que les seniors vivent de plus en plus souvent seuls à cause de la décohabitation familiale et qu'une partie importante d'entre eux sont confrontés à des problèmes d'analphabétisme, on perçoit aisément que ces quelques éléments constituent un faisceau important de précarités auxquelles sont confrontées les personnes âgées réunionnaises.

Dans ce contexte de pauvreté et de précarité, l'intervention sociale à La Réunion est évidemment essentielle. Elle l'est d'autant plus que les personnes âgées réunionnaises vivent en très grande majorité à leur domicile. En effet, seuls 4% des 75 ans et plus vivent en établissement, contre 10% en métropole, et ce en dépit d'un taux de dépendance plus élevé. Le rôle des intervenants sociaux doit donc considérer à la fois l'ampleur des précarités auxquelles sont confrontées les personnes âgées et l'aspect protéiforme et enchevêtré de ces précarités. Une autre complexification à laquelle sont soumis les professionnels de l'intervention sociale à La Réunion est la diversité des dispositifs et des solutions élaborés pour permettre le maintien à domicile des personnes âgées. Eu égard à la faiblesse des revenus moyens et au taux important de pauvreté des ménages, l'éventail de la combinaison des aides administratives, des aides techniques, des aides familiales et des aides professionnelles est en effet particulièrement varié, en témoigne par exemple un taux record de placement à La Réunion des personnes âgées dans des familles d'accueil.

Les intervenants sociaux réunionnais sont alors confrontés à un grand nombre de situations différentes dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et ils doivent prendre en compte l'ensemble de ces paramètres dans leurs modalités d'intervention tout en respectant des normes de plus en plus draconiennes et des process de plus en plus routinisés, le tout dans un contexte de restriction budgétaire généralisé. Cette situation n'est pas sans aboutir à un ensemble de tensions identifiées par les intervenants sociaux, parmi lesquelles : un certain refus des familles ; une lecture plus difficile des situations et des problèmes des personnes ; un manque de vision globale de la prise en charge ; une segmentation accrue du travail ; un fossé entre le temps jugé nécessaire et le temps réellement passé auprès des personnes. Ces difficultés sont, en partie, le résultat de méta-tensions structurelles entre la sphère sociale et la sphère sanitaire qui sont amplifiées par l'aspect multidimensionnel de la précarité des personnes âgées réunionnaises.

Les résultats présentés dans cette communication restituent les principales conclusions d'un mémoire effectué à l'Institut Régional de Travail Social (IRTS) de La Réunion en 2014 dans le cadre d'un partenariat de recherche avec l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD). D'un point de vue méthodologique, ce travail s'est appuyé sur la littérature scientifique, sur la recension des dispositifs de prise en charge existant à La Réunion ainsi que sur quinze entretiens semi-directifs menés auprès d'acteurs du travail social réunionnais : assistantes sociales, formateurs de l'IRTS, chargés de coordination au Conseil Général de La Réunion, évaluateurs de besoin de prise en charge au sein d'une société de Maintien à Domicile (MAD), directrice et médecin coordinateur d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), chercheurs du Pôle ressources régional de recherche et d'étude pour la formation et l'action sociales (PREFAS) de La Réunion.

## **1. Caractéristiques démographiques et socio-économiques des personnes âgées à La Réunion**

Ce département d'outre-mer français et région ultrapériphérique européenne va connaître un vieillissement extrêmement rapide de sa population suite au déclin très rapide de la fécondité entre les décennies 1960 et 1980, période durant laquelle l'indice synthétique de fécondité est passé de 7 à 2,5 enfants par femme. Avec une population de 850 000 personnes et une croissance de la population qui demeure importante, La Réunion va connaître une forte augmentation relative et absolue de sa population âgée. L'Insee (2014a) projette qu'en 2030, la population des 60 ans et plus atteindra 23% de la population alors qu'elle était de 12% en 2010. Le nombre de personnes âgées va ainsi passer de 100 000 en 2010 à 225 000 en 2030.

Ce vieillissement démographique s'inscrit dans une situation socio-économique, sanitaire et médicale particulière des seniors réunionnais. Tout d'abord, les situations d'incapacité ou de dépendance apparaissent plus précocement et plus fréquemment avec des signes polyopathologiques qu'en Métropole. La première enquête Handicap-Incapacités-Dépendances (HID) en 2004 avait montré que dès l'âge de 50 ans, les Réunionnais souffraient d'incapacités et de désavantages qui n'apparaissaient que beaucoup plus tard en métropole. Ces différences se maintiennent dans le temps puisque, en 2012, si 9,1% des personnes âgées de 60 ans et plus en France métropolitaine sont dépendantes, elles sont 12,2% à l'être à La Réunion. À 70 ans, ce sont 8% des Réunionnais qui sont dépendants contre 4% en France métropolitaine, à 80 ans, ces chiffres sont respectivement de 27% et 12%. Le processus de vieillissement à La Réunion est plus précoce qu'en France métropolitaine à cause de la moins bonne santé des Réunionnais. Ainsi, sur la période 2007-2009, 37% des décès à La Réunion surviennent avant l'âge de 65 ans, contre 20% en France métropolitaine.

Deuxième spécificité réunionnaise, les seniors y connaissent des conditions d'existence beaucoup plus précaires qu'en Métropole. Ils vivent plus souvent dans des logements comportant des défauts, selon la terminologie du Conseil Général (2013), et souffrent d'une précarité financière très importante. L'étude sur les revenus des personnes âgées réalisée par l'Insee fait apparaître qu'en 2008, 45 % des seniors réunionnais de plus de 65 ans bénéficient du minimum vieillesse avec en moyenne 363 euros par mois pour une personne seule et que 42% d'entre eux vivent en dessous du seuil de pauvreté. La proportion de bénéficiaires de

l'APA au sein de la population des 75 ans et plus est bien plus élevée à La Réunion avec 42,6% contre 20,3% en métropole. En 2010, la dépense moyenne mensuelle par bénéficiaire dans le cadre du plan d'aide de l'APA était de 6 700 € à La Réunion contre 4 500 € en métropole. 40% des personnes âgées de 75 ans déclarent « ne pas pouvoir s'en sortir sans faire de dettes » ou « y arriver difficilement » (Insee, 2011a). 30% des 60 ans et plus vivent avec le minimum vieillesse contre 3,5% en métropole et le nombre d'allocataires augmente avec l'âge. De plus, en 2011, parmi les seniors réunionnais hébergés en institution, 90% bénéficient de l'Aide sociale à l'hébergement (ASH) contre 17% en métropole.

Enfin, les personnes âgées connaissent des modes de cohabitation en transition. Plus elles avancent en âge plus les personnes âgées vivent seules, or c'est dans cette avancée en âge que les risques de perte d'autonomie sont évidemment les plus importants. Même si les solidarités familiales sont encore relativement fortes par rapport à la France métropolitaine et même par rapport aux autres départements d'outre-mer (Insee, 2011a), le phénomène de décohabitation familiale prend de l'ampleur et influe directement sur la prise en charge notamment sociale des personnes âgées en perte d'autonomie.

## **2. Dispositifs d'aide aux personnes âgées et organisation de la prise en charge**

L'aide aux personnes âgées revêt différentes formes. On distingue traditionnellement les aides humaines qui comprennent le soutien psychologique, l'accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement social, les aides techniques qui comprennent l'aménagement ou l'adaptation des logements, l'approvisionnement en matériel médical et paramédical et les aides financières qui regroupent principalement les aides sociales pour la perte d'autonomie.

L'aide aux personnes âgées est caractérisée par différents modèles de mise en œuvre concurrents et nous ajouterons qui ne sont aucunement uniformes. C'est le cas pour les aides relatives à la prise en charge (Weber *et al.*, 2013) et pour la coordination de l'aide (Bloch et Hénaut, 2014). Le modèle sanitaire d'abord, comprend un personnel qualifié dont les prestations sont payées par la sécurité sociale et qui est régi par une autorité médicale dans la relation d'aide. Le modèle domestique ensuite, est caractérisé par un contact direct entre les familles et les employés de maison. Le modèle social/industriel enfin, présente l'articulation entre les travailleurs sociaux qui prescrivent l'aide, les salariés qui exécutent la prescription et des tiers qui surveillent l'exécution (Weber *et al.*, 2013). Ce tiers dans la relation d'aide est né des réformes de 1995 et de 2002 avec la valorisation du modèle social par la mise en œuvre de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et ensuite par la valorisation du statut de l'aidant familial. En effet, dans cette logique les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et l'Hospitalisation à domicile (HAD) relèverait du modèle sanitaire, les Maintiens à domicile et les actions des Centres communaux d'action sociale (CCAS) du modèle domestique et les services du Conseil Général du modèle social/industriel. Une personne peut aussi tout aussi bien se retrouver à l'interstice de plusieurs modèles bien qu'ils soient concurrents. La réponse n'est pas simple et dépend de très nombreux facteurs. Écartons tout de suite le facteur dépendance qui n'intervient en rien puisque que l'on retrouve des

personnes âgées lourdement dépendantes dans les trois modèles de mise en œuvre de l'aide. En revanche, il varie beaucoup selon l'aspiration qu'ont les personnes âgées et leurs proches à l'encontre du secteur public ou du secteur privé. Cela dépend également des ressources de la personne âgée, si celle-ci est bénéficiaire de l'APA ou encore de la qualité et disponibilité de son entourage social. Les modèles domestique et social/industriel dominant très largement à La Réunion.

Aujourd'hui, la vie en institution est marginale chez les personnes âgées dépendantes réunionnaises. En 2010 seulement 6% des personnes âgées de 75 ans et plus sont prises en charge en institution à La Réunion contre 39% au niveau national (CESER, 2011). En effet, il a été mis en évidence, dans l'enquête sur les listes d'attente en maisons de retraite réalisée par l'Agence de santé Océan Indien (ARS) en 2011, que lorsque les dernières places prévues seront ouvertes sur le territoire, toute la demande sera satisfaite. On pourrait penser qu'il existe une relation de réciprocité unique entre les solidarités familiales et la prise en charge institutionnelle. Ainsi, lorsque les liens familiaux et notamment intergénérationnels sont très forts, la demande d'accueil en institution serait très faible. Inversement, si les liens sont distendus, on peut imaginer une acceptation du placement en institution plus aisée. Or, les solidarités intergénérationnelles exprimées par les aides reçues ou apportées ne concernent que très rarement la prise en charge de la dépendance. Il ne faut pas non plus oublier qu'en 2008, 57% des Réunionnais de plus de 75 ans vivaient sous le seuil de pauvreté (Insee, 2011b). Ainsi, la demande n'est pas nécessairement satisfaite, elle est probablement inexistante pour certains, pour qui le recours à l'institution n'est pas envisageable sur le plan financier. L'argument des « solidarités familiales » atteint assez vite ses limites lorsqu'il s'agit d'expliquer la faible offre de places en institution pour les personnes âgées dépendantes (Roinsard, 2007). La population hébergée en institution à La Réunion connaît des degrés de dépendance plus lourds qu'en métropole et une entrée plus tardive en institution. Il s'agit d'une population majoritairement féminine et cela s'explique notamment par la plus grande espérance de vie et la meilleure santé des femmes. Ces éléments corrélés à la forte proportion de résidents placés sous protection juridique et/ou souffrant de démences montrent que l'institution est perçue comme un ultime recours pour les personnes âgées réunionnaises et leurs proches. Recours qui n'est parfois même pas envisagé selon le niveau de précarité de la personne concernée.

La prise en charge à domicile de la dépendance des personnes âgées est donc majoritaire à La Réunion. En 2012, elle représentait 90% de la prise en charge contre 61% au niveau national (CESER, 2011) et 83% en cas de lourde dépendance contre 49% en métropole (Insee, 2014a). Le maintien à domicile est indissociable de la figure de l'aidant et des aides qui s'associent à la prise en charge que nécessite la personne âgée. La prise en charge des personnes en perte d'autonomie est caractérisée par deux éléments. D'abord, l'idée d'une institutionnalisation du domicile et ensuite, la combinaison complexe des aides. Lorsqu'une personne dépendante est prise en charge à domicile, elle est dans la majorité des cas entourée d'un aidant familial même si celui-ci ne prend pas en charge la stricte dépendance. L'aidant familial est la plupart du temps un membre de la famille et, à La Réunion la tâche revient souvent aux enfants. Mais il peut aussi être un ami ou un voisin. Le nombre d'aidants est estimé à 44 000 personnes selon l'association « La Maison de l'aidant ». La problématique du statut et des conditions de vie de l'aidant a émergé dans les années 1990 où le viseur des pouvoirs publics s'est élargi de

la santé de la personne âgée à celle de son ou de ses aidants. En effet, la prise en charge de la dépendance passe aujourd'hui aussi par l'aide aux aidants. Le Conseil Général de La Réunion a mis en place depuis quelques années un dispositif de « répit-repos ». Celui-ci permet aux aidants familiaux de souffler puisqu'on sait à quel point leur fonction est contraignante (DREES, 2011).

À côté de ces mesures de répit-repos, il existe à La Réunion un tissu associatif bien développé autour notamment de deux grandes structures que sont l'association Réunion Alzheimer et l'Association Organisation réunionnaise d'information et d'aide aux personnes âgées (ORIAPA). Ces associations accompagnées par d'autres de dimensions plus petites développent également des actions en faveur des personnes âgées et de leurs aidants. Pour n'en citer que quelques exemples, elles mettent notamment en place des modules de formations, d'informations et d'accompagnement de l'aidant dans la prise en charge de son proche dépendant. C'est en parallèle de cela qu'a émergé la question du statut de l'aidant familial. En effet, dans un contexte économique difficile et de coupe budgétaire, l'aidant familial est apparu comme une ressource privilégiée car peu onéreuse et permettant en même temps de garantir une prise en charge individualisée de la personne âgée dépendante. Cependant beaucoup d'efforts étant à fournir, l'aidant s'épuise et part en quête de reconnaissance sociale et financière. Toutefois, des études ont montré que la professionnalisation des pratiques de l'aidant à travers notamment des référentiels, des heures de travail établies, etc., avait fait naître de nouvelles problématiques (Sandron et Souffrin, 2013). Le niveau d'exigence supérieur et l'approche bureaucratique des pratiques en sont des exemples. Une réflexion est aujourd'hui menée sur les modalités de passage de l'aidant familial à celui d'aidant professionnel même si certains rejettent ce terme présenté comme antinomique à la notion d'aide (EHESP, 2012 ; Jaeger, 2013). Ces réflexions autour de l'aidant intéressent directement la prise en charge sociale des personnes âgées puisqu'il s'agit souvent de l'interlocuteur privilégié.

L'accueil familial est extrêmement répandu à La Réunion et c'est bien là une des spécificités réunionnaises pour la prise en charge des personnes âgées. L'accueil familial consiste à accueillir à titre onéreux à son domicile, une, deux ou trois personnes âgées pour une période de cinq ans renouvelable. Cet accueil peut être temporaire ou permanent et permet aux personnes accueillies de vivre au sein d'un ménage. Les deux parties signent un contrat qui régit notamment la rémunération payée par la personne accueillie. Le montant de la rémunération est égal à 2,5 fois la valeur horaire du SMIC par jour à temps complet. Le salaire reçu par l'accueillant varie en fonction du logement mais aussi des services rendus. Le loyer ainsi que le forfait de services sont soumis à l'impôt sur le revenu. Une des assistantes sociales que nous avons rencontrées, nous confiait que cela revenait pour les personnes âgées à un montant compris entre 500 et 1 000 euros par mois ce qui est en moyenne trois fois moins cher qu'un EHPAD. Deux éléments peuvent expliquer le succès de l'accueil familial à La Réunion. D'abord, entre les solidarités familiales et l'ultime recours que représente l'institution, les familles d'accueil apparaissent comme un intermédiaire entre le domicile et l'institution dans un univers plus proche de celui de sa propre famille. Ensuite, dans le contexte où un tiers de la population active est au chômage, l'accueil familial apparaît d'une part comme une solution moins coûteuse pour la personne âgée et sa famille et d'autre part, comme un salaire ou complément de salaire pour les accueillants.

La prise en charge de la dépendance à domicile est aujourd'hui à La Réunion le mode de prise en charge privilégié. Les personnes âgées et leurs proches se retrouvent confrontés à des rouages administratifs complexes et face à une combinaison des différentes aides. En effet, le problème est d'autant plus difficile que, plus les individus avancent en âge, et bien souvent en degrés de dépendance, plus l'aide se complexifie puisqu'elle nécessite une approche à la fois de plus en plus pointue et de plus en plus globale. Ceci est une situation difficile à gérer pour les proches et pour la société tout entière. C'est précisément sur ce constat qu'il faut travailler et réussir à trouver des solutions de prises en charge humaines, techniques et financières qui puissent suivre le parcours de vie de la personne âgée et évoluer avec lui. Et c'est en parallèle de ce constat que s'inscrit l'action des travailleurs sociaux auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

### **3. Le travail social et les personnes âgées**

Il n'existe pas en France de définition officielle du travail social. L'Organisation des Nations Unies caractérise tout de même le travail social comme « une activité visant à aider à l'adaptation réciproque des individus et de leur milieu social, cet objectif est atteint par l'utilisation de techniques et de méthodes destinées à permettre aux individus, aux groupes, aux collectivités de faire face à leurs besoins, de résoudre les problèmes que pose leur adaptation à une société en évolution, grâce à une action coopérative, d'améliorer les conditions économiques et sociales ». Le champ du travail social est large et disparate et regroupe des professionnels issus de différentes institutions et auprès de publics variés (Dauphin, 2009).

Le travailleur social est un terme générique qui englobe de nombreuses professions de l'aide ou de l'accompagnement, dont les individus ont été formés par des organismes reconnus par les Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Les travailleurs sociaux qui interviennent auprès des personnes âgées sont majoritairement de deux types.

D'abord, les assistants sociaux qui viennent « en aide à des individus, des familles ou des groupes en difficulté afin de favoriser leur bien-être, leur insertion sociale et leur autonomie » (Degeniers, 2013, p.125). Leurs actions reposent sur « la relation d'aide » et sur des méthodes d'intervention bien définies. Leur objectif est d'améliorer les conditions de vie des personnes âgées d'un point de vue social, économique, familial et culturel. Pour cela, leur rôle premier est d'évaluer la situation des personnes à travers ses dimensions médicale, psychologique, financière, relationnelle et familiale. Avec ces éléments, ils établissent des plans d'aide en combinant si nécessaire des aides humaines (auxiliaire de vie par exemple), des aides sociales, techniques voire technologiques (portage de repas, téléalarme), des aides financières (information sur les droits, élaborations de demande d'APA) et des aides juridiques comme les mesures de protection (sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, mandat de protection future).

Ensuite, les Conseillers en économie sociale et familiale (CESF) qui aident à la gestion de la vie quotidienne en menant des actions de suivi, de formation et de coordination afin de faciliter l'aide à domicile ou l'accueil familial (Degenaers, 2013). Même si les travailleurs sociaux ont une base de travail commune en terme de méthodes et d'objectifs finaux, le travail social auprès du public des personnes âgées connaît un certain nombre de spécificités. En premier lieu, les travailleurs sociaux sont confrontés à des problématiques particulières : la perte d'autonomie, l'isolement, la maltraitance, les démences et la fin de vie qui s'accompagnent de législations bien particulières. En second lieu, le travail en partenariat interdisciplinaire est plus que nécessaire. Le travail en réseau collaboratif est une évidence pour le travail social même si les représentations des réseaux et des partenariats ne sont pas univoques et consensuels chez les professionnels (Tourte, 2011). Il est d'autant plus nécessaire que la prise en charge de personnes âgées en perte d'autonomie requiert une approche à la fois globale du point de vue de la santé et transversale des dimensions de l'existence. Nous aurons le temps de discuter de cet aspect par la suite. De plus, le contact et la prise en considération des familles est essentiel pour l'intervention sociale auprès des personnes âgées, que l'on parle en termes d'aidants ou d'obligés alimentaires. Enfin, les lieux d'intervention sont aussi divers que les modes de prises en charge : EHPAD, domicile, familles d'accueil, résidence autonomie et étendent donc l'intervention sociale à un domaine relativement large. Ces spécificités entraînent un certain nombre de difficultés dans l'exercice quotidien de l'intervention sociale.

On peut distinguer deux catégories de difficultés, celles liées au public et celles liées aux dispositifs. Nous l'avons vu, les personnes âgées réunionnaises connaissent des conditions de vie précaires qui influent directement sur la prise en charge sociale. Dans le cadre de l'APA, un descendant peut être rémunéré par la personne âgée allocataire en échange de l'aide apportée à domicile. Cette situation, pourtant bénéfique au regard du taux de chômage à La Réunion qui est de 28,5% en 2012 (Insee, 2014b) et permettant une rémunération supplémentaire à l'aidant, peut aboutir à une situation paradoxale. Les assistants sociaux ont pu noter une forme de désengagement de certaines familles. En effet, alors que l'un des membres de la famille est rémunéré pour l'aide qu'il apporte à la personne âgée, les autres membres de la famille non rémunérés auraient parfois tendance à se désengager des aides qu'ils pourraient apporter à la personne âgée sous prétexte qu'ils ne reçoivent pas de compensations financières. Finalement en voulant formaliser l'aide familiale, on la recentre sur l'aidant principal et cela peut, dans certains cas, empêcher la diversité de l'aide infamiliale pourtant essentielle au bien-être de la personne âgée.

On pointe ici un des aspects de la problématique de la professionnalisation des aidants. Nous l'avons vu, les travailleurs sociaux sont en contact constant avec les familles des personnes âgées prises en charge et avec les aidants. L'intervention sociale pour soulager l'épuisement de la famille et des aidants est centrale. Elle est difficile, d'une part, parce que l'épuisement n'est pas toujours détectable et, d'autre part, à cause du peu de dispositifs en faveur des aidants. Il existe certes le dispositif de « répit repos » du Conseil Général déjà signalé mais il semble insuffisant par les places disponibles et par les temps de répit consacrés par la loi. Face à cette situation, le Centre hospitalier universitaire (CHU) de La Réunion propose lui-même, sur ses fonds propres, des séjours de répit pour les aidants. Plus généralement, une des difficultés « de terrain » des travailleurs sociaux est le refus des familles à coopérer, que la



décision soit motivée par des raisons économiques, sociales, de détachement familial et/ou professionnelles. Par exemple, un enfant qui refuse de donner un papier administratif d'impôt peut bloquer une procédure de demande d'APA. Le refus peut également être lié à une non adéquation supposée du plan d'aide proposé par l'assistant social.

D'un point de vue des dispositifs, les travailleurs sociaux ont le sentiment de ne pas avoir les instruments tout à fait adaptés aux obstacles socioéconomiques que rencontrent les personnes âgées réunionnaises dont ils s'occupent. Ils parlent de « bidouilles » qui reposent énormément sur les familles. Au regard de ce qui vient d'être dit et de la décohabitation familiale qui s'accélère à La Réunion, cela peut aboutir à des situations très complexes. Il s'agit alors pour les travailleurs sociaux de combiner les aides qui correspondent au mieux à la situation de la personne et se résoudre à une adaptation partielle de l'aide. Cela va également de pair avec la difficulté des travailleurs sociaux d'avoir une vision globale de la situation des personnes. L'approche de l'aide est segmentée alors que tous les acteurs s'accordent sur la nécessité de recourir à une approche globale et transversale des personnes âgées. Ces difficultés relèvent finalement d'un contexte structurel plus général que nous nous proposons d'exposer dans la section qui suit.

#### **4. Temporalités et structures de l'intervention sociale auprès des personnes âgées**

Le travail social connaît un contexte de restriction budgétaire que ce soit en termes des montants de redistribution (nombre d'heures pour l'APA par exemple) ou bien par rapport au travail social avec un manque de ressources humaines. Depuis la création en 2008 de l'une des équipes mobiles de gériatrie (EMG) de l'île, le nombre de patients pris en charge a quadruplé tandis que les effectifs de l'équipe sont restés quasiment stables. Ainsi, le suivi personnalisé et la qualité de la prise en charge prônés par les pouvoirs publics sont, selon les travailleurs sociaux, difficilement atteignables et le temps nécessaire à une bonne prise en charge est jugé insuffisant par rapport au temps effectivement passé auprès des personnes concernées.

Le temps est une thématique majeure de la recherche sur le travail social, « parler action sociale ou travail social, c'est parler temps » (Riffault et Bouquet, 2013, p.7). Pour l'intervention sociale, les effets des temporalités des différents acteurs sont nombreux et importants et la prise en compte de ces temporalités est nécessaire. Il y a, d'une part, le temps de l'action publique (le temps politique, administratif et professionnel) et, d'autre part, le temps de la mise en œuvre de l'action sociale (le temps des usagers, des interventions et des travailleurs sociaux) (Bouquet, 2011). Ce constat est valable pour le travail social dans sa globalité mais l'intervention sociale auprès de personnes âgées en perte d'autonomie notamment complexifie davantage ce constat.

Les personnes âgées sont prises en charge d'un point de vue social parce qu'elles rencontrent un certains nombres de difficultés que ce soit au niveau médical (baisse de mobilité, troubles cognitifs) ou financier (pour payer les aides, pour aménager son logement). Dans la majorité des cas, les problèmes sociaux des personnes âgées découlent de la maladie ou de

l'accumulation de problèmes médicaux. Les problèmes sociaux des personnes âgées peuvent aussi découler d'une situation économique précaire. Dans ce cas, les incapacités naissantes avec l'avancée en âge viennent aggraver encore davantage la situation. Ce n'est pas un hasard si les assistantes sociales travaillant en gériatrie ou au sein des services sociaux départementaux travaillent quotidiennement en collaboration avec des médecins. Les relations qui lient la sphère sanitaire et la sphère sociale sont à la fois nécessaires et compliquées et s'expliquent par des mécanismes de non-concordance qui complexifient l'intervention sociale auprès des personnes âgées.

Dans la sphère sanitaire, et en gériatrie plus spécifiquement, l'approche globale du patient est à la base même de la discipline autour de cinq piliers que sont le cognitif, la mobilité, la nutrition, l'environnement social et l'élimination. Sans pouvoir juger de l'efficacité de cette approche au niveau sanitaire, celle-ci est plus difficile au niveau social même si elle poursuit le même objectif d'approche globale. Il apparaît déjà une première inadéquation entre ces deux sphères. En effet, la prise en charge sociale est souvent qualifiée de « cloisonnée » et même si les évaluations des personnes par les travailleurs sociaux sont faites à une échelle globale, la mise en œuvre concrète des différentes aides ou dispositifs est rarement simultanée. La temporalité « procédurale » entraîne une fragmentation de l'aide ne permettant pas une approche globale et privilégiant plutôt une approche linéaire et simplifiée (Bouquet, 2011). À ce titre, nous avons pu montrer qu'à La Réunion, les personnes âgées accumulaient, plus qu'en métropole notamment, de nombreuses difficultés ce qui compliquent encore plus l'intervention sociale auprès des personnes âgées réunionnaises.

En plus de cela, par le rapport direct de causalités qui les définit, le temps sanitaire prédomine sur le temps social. Le temps sanitaire que l'on peut comprendre en termes de procédures thérapeutiques ou d'évolution de l'état de santé peut être très rapide en ce qui concerne une personne âgée, or le temps social c'est-à-dire la mise en œuvre effective des aides est souvent beaucoup plus long. Ainsi, cela peut aboutir à une non-concordance de ces temporalités et donc une prise en charge insuffisamment adaptée. C'est par exemple le cas d'une personne âgée qui verrait son état de santé s'aggraver en quelques semaines et nécessitant une quantité d'aide plus importante alors que la réévaluation de son Groupe iso-ressources (GIR) prendrait quant à elle plusieurs mois.

En lien avec le temps de l'action sociale, on peut évoquer également une potentielle non-concordance du temps émotionnel et décisionnel avec le temps sanitaire. Par exemple, lorsque le maintien à domicile d'une personne n'est plus possible et qu'il faut envisager l'institutionnalisation, la famille a du mal à prendre la décision. Il faut parfois accompagner longtemps les membres de la famille vers l'acceptation de la décision quand bien même la situation sanitaire de la personne âgée est urgente. Il existe certes une procédure d'urgence pour la première demande d'APA mais ce n'est pas le cas pour les autres dispositifs.

Il y a un aspect paradoxal dans la prise en charge des personnes âgées puisqu'il faut à la fois agir dans l'urgence pour suivre les évolutions sanitaires de la personne et à la fois anticiper au maximum pour pallier l'urgence de certaines situations. Anticiper des événements dont on n'est pas sûr qu'ils vont se produire n'est pas chose facile. Ce qui freine bien souvent l'anticipation de la prise en charge sociale des personnes âgées est que les demandes d'aides

(APA, répit-repos, aménagement de l'habitat, sauvegarde de justice) s'appuient sur des situations concrètes et avérées de difficultés sociales et ne prennent pas en compte des situations de vulnérabilité qui pourraient aboutir à une prise en charge sociale. C'est un point sur lequel la recherche a toute sa place pour renforcer la connaissance des signes avant-coureurs de difficultés socio-sanitaires.

## **Conclusion**

L'Insee Réunion projette un doublement de la population de plus de 60 ans d'ici 2030 accompagné d'un doublement du nombre des personnes âgées dépendantes (Insee, 2014a). L'augmentation en nombre absolu des personnes âgées en perte d'autonomie nécessite d'ores et déjà une réflexion sur les modalités de prise en charge, notamment sociale, des personnes âgées. Cette réflexion sur les enjeux et difficultés de la rencontre entre le travail social et les personnes âgées est d'autant plus complexe et nécessaire à La Réunion que les personnes âgées vieillissent dans des conditions de vie précaires. La mise en cohérence, par l'anticipation et la prévention, des sphères sanitaire et sociale, sont bien sûr les enjeux majeurs de la prise en charge des personnes âgées et de leur bien-être ainsi que celui de leur famille.

## **Bibliographie**

Bloch M-A., Hénaut L., 2014, *Coordination et parcours, La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, Paris, 315 p.

Bouquet B., 2011, « Le temps et les temporalités à défendre dans les politiques sociales et l'intervention sociale », *Vie sociale*, n°4, pp.175-183.

CESER, 2011, *Les personnes âgées à la Réunion : anticiper les risques et les besoins*, Conseil économique, social et environnemental régional, Saint-Denis de La Réunion, 43 p.

Conseil Général, 2013, *Le Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale du secteur des personnes âgées 2013-2017*, Département de la Réunion, Saint-Denis de la Réunion, 357 p.

Dauphin S., 2009, « Le travail social, de quoi parle-t-on ? », *Informations sociales*, n°152, pp.8-10.

Degeners G., 2013, *Le travail social auprès des personnes âgées*, Éditions ASH, Rueil-Malmaison, 335 p.

DREES, 2011, « L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile », *Études et résultats*, n°771, 8 p.

EHESP, 2012, *Le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes : une politique complexe et ambiguë*, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes, 57 p.

Insee, 2011a, « Migrations, famille et vieillissement. Des défis pour La Réunion de demain », *Insee Partenaires*, n°12, 6 p.

Insee, 2011b, « Niveau de vie des personnes âgées en 2008 », *Informations Rapides Réunion*, n°183, 4 p.

Insee, 2014a, « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à la Réunion », *Insee Partenaires*, n°29, Mai 2014, 6 p.

Insee, 2014b, *Tableau économique de La Réunion 2014*, 169 p.

Jaeger M., 2013, « Crise du travail social et territoires : quelques pistes de réflexion », *Informations sociales*, n°179, pp.58-68.

Riffault J., Bouquet B., 2013, « Introduction. L'action sociale en ces temps d'incertitude », *Vie sociale*, n°3, pp.7-14.

Roinsard N., 2007, *La Réunion face au chômage de masse. Sociologie d'une société intégrée*, Presse universitaire de Rennes, Rennes, 313 p.

Sandron F., Souffrin E., 2013, « Constitution d'un statut de l'aidant familial et diffusion des savoirs : une étude empirique à l'île de La Réunion », Communication au 5<sup>ème</sup> congrès international AIFRIS *Construction, transformation et transmission des savoirs : quels enjeux pour l'intervention sociale ?*, 2-5 Juillet, IRTS Nord pas de Calais, 4 p.

Tourte T., 2011, « Assistants de service social et travail en réseau », *Vie sociale*, n°3, pp.119-132.

Weber F., Trabut L., Billaud S., 2013, *Le salaire de la confiance. L'aide à domicile aujourd'hui*, Edition de la rue d'Ulm, Paris, 368 p.