



Haute Ecole de la Province de Liège

Département Sciences sociales et communication
Avenue Montesquieu, 6
4101 Jemeppe
04/279 54 96



Rue d'Harscamp, 60c
4020 LIÈGE
Tél. : 04/ 344 59 79
Fax : 04/ 344 62 20

Personnes âgées :

Isolement social et solitude, regards croisés selon le milieu de vie

En quoi le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65 ans peut-il influencer les perceptions de solitude et d'isolement social ?

Virginie BERNDT

Siège social HEPL :

Quai des Carmes, 45
4101 Jemeppe - Belgique
www.hepl.be

Siège social HELMo :

Mont Saint-Martin, 45
4000 Liège - Belgique
www.helmo.be

Travail de fin d'études présenté en vue de
l'obtention du grade de Master en Ingénierie et
Action Sociales

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu, mes piliers, mon mari et ma maman, sans qui je n'aurais jamais « tenté » de reprendre des études, merci d'avoir toujours été là pour me soutenir.

Merci à mes fils, mes moteurs, d'avoir toujours cru en moi.

Merci aux personnes qui ont participé de près ou de loin à cette recherche.

Merci à mon référent de stage, M. Grandry qui a pris le temps pour me guider et me soutenir.

Merci à mes collègues d'avoir pris le temps de me relire.

Merci à mes amies de m'avoir soutenue.

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

Abstract

Cet article scientifique a pour but de définir le rôle du milieu de vie tant au niveau du domicile que de la maison de repos et de soins (MRS) au sein des perceptions d'isolement social et de solitude chez les personnes âgées de plus de 65 ans vivant seules. Au travers d'une approche qualitative et ethnographique, cette recherche tente d'expliquer les facteurs environnementaux pouvant influencer ces perceptions. La récolte des données lors des entretiens à domicile et dans trois MRS distinctes ainsi que l'observation de terrain nous amènent des indicateurs tels que le consentement, les interactions avec le réseau social et le libre choix participant à la construction des perceptions de solitude et d'isolement social. En effet, faut-il encore définir correctement le milieu de vie avec ses habitudes, ses souvenirs et l'identité de la personne qui l'a construit. L'arrivée en MRS modifie les habitudes et la perte d'autonomie amplifie le sentiment d'inutilité s'accompagnant des perceptions de solitude et d'isolement social. Aider la personne âgée à être autonome va renforcer son identité et apprivoier son nouveau milieu de vie.

Table des matières

Remerciements.....	2
Abstract	3
Table des matières.....	4
Introduction	6
Âgisme	6
Vieillissement et vieillesse	6
La perception de solitude.....	8
La perception d'isolement social.....	9
Le réseau social et le capital social.....	10
Le milieu socio-économique	12
Le milieu de vie	12
Maison de repos et domicile.....	13
Hypothèses	15
Méthodologie	17
Collecte des données.....	18
Echantillonnage	20
Profil des personnes interrogées lors de la recherche	21
Critères d'inclusion	22
Règles éthiques	22
Analyse des données	22
Résultats.....	24
Contextualisation et facteurs ayant influencé le placement.....	24
Identification du réseau social et la qualité de celui-ci	25
Aides et soins à domicile	26
Adaptation du milieu de vie	26
La perception de solitude.....	27
La perception d'isolement social.....	28
Stratégie d'adaptation	29
La perception de la MRS en tant que milieu de vie	30

Agisme	31
Thèmes ressortis lors des entretiens en MRS ainsi qu'à domicile	32
Observations.....	33
Discussion	35
Conclusion	42
Bibliographie	43
Annexes	47
1. Document de consentement.....	47
2. Profil des personnes interrogées.....	48
3. Guides d'entretien	49
4. Verbatims	52

Introduction

« L'isolement, la solitude et le vieillissement sont des mots souvent regroupés dans l'imaginaire collectif. » (Campéon 2015)

L'imaginaire collectif associe régulièrement la vieillesse aux perceptions de solitude et d'isolement social mais qu'en est-il réellement ? Ce mémoire a pour but de mettre en lien les perceptions d'isolement social et de solitude perçues par les personnes âgées de plus de 65 ans et les milieux de vie dans lesquelles celles-ci évoluent.

Une enquête réalisée en 2022 par Interville, à la demande de la Fondation Roi Baudouin, révèle que 41% des personnes de plus de 60 ans ont une perception négative du vieillissement (Interville 2022). Cette enquête aborde la vieillesse sous différents angles tels que les enjeux démographiques de la population vieillissante mais aussi l'âgisme et son lot de stéréotypes.

Âgisme

L'âgisme est une :

« Ségrégation liée à l'âge : il définit un processus de stéréotypes systématiques et de discrimination contre les personnes, parce qu'elles sont vieilles, tout comme le racisme ou le sexisme le font pour la couleur de la peau ou le sexe. Les personnes sont cataloguées de séniles, rigides dans leur pensée et leur manière, vieux jeu dans leur moralité et dans leur pratique » (Butler 1997).

C'est un facteur pouvant amener les personnes âgées à vivre en retrait de la société et conduire aux perceptions de l'isolement social et de la solitude (Puijalon et Trianez 2000). Pour Halbwachs (1972), l'utilisation de l'âge comme critère pour établir un classement social n'est pas valable. Pour lui, c'est une construction sociale à mettre en lien avec des standards propres à une société. Ces standards peuvent donner lieu à une perception de la vieillesse différente du vieillissement.

Vieillissement et vieillesse

Le vieillissement peut amener une perte de rôles sociaux car il s'accompagne de changements tels que le départ à la retraite, l'émancipation des enfants qui quittent le foyer, le changement de mode d'habitation, la perte de proches. Au niveau physiologique, il induit une diminution des performances en lien avec le grand âge (audition, vision...) (Foucart 2003). Le vieillissement offre des moments qui permettent de prendre du temps pour soi ou d'être en relation avec les réseaux sociaux humains qui entourent la personne âgée (Pittaud 2018).

On se doit de distinguer le vieillissement qui est un phénomène biologique avec des conséquences tant sur le plan personnel (physique et mental) que sur le plan collectif (démographique, politique et économique) de la vieillesse qui est à mettre en lien avec une construction sociale (Foucart 2003).

Caradec (2008) traduit la vieillesse comme « *un véritable construit social et historique* ».

Nous pouvons définir le constructivisme en lien avec la vieillesse (Berger et Luckmann 2018). L'histoire, les expériences vécues par la personne âgée tout au long de sa vie vont façonner la manière dont cette dernière va aborder la vieillesse.

Celle-ci peut aussi se lire par les aspects physiques de la personne ; nous exprimons ici la matérialité (Foucart 2003). Ces aspects physiques peuvent amener la personne à une perte d'autonomie et par conséquent à des conditions de vie moins évidentes à gérer. Mais la vieillesse peut aussi être liée à l'expérience et à la connaissance. Lehman (1953), met en lien la relation entre l'âge et la réussite. Il explique que l'accumulation d'expériences donne lieu à des prises de décisions plus réfléchies. L'avancée en âge amène un autre regard sur la vie et par conséquent une plus grande sagesse (Lehman 1953). Par ses ressources, la personne âgée peut s'épanouir davantage donnant une perception positive de la vieillesse.

Pour Minois (1987), la vieillesse s'observe par des facteurs économiques, politiques et sociaux qui peuvent l'influencer.

La vieillesse est un moment de redéfinition du soi, la personne va pouvoir faire le bilan de ce qui a été effectué tout au long de sa vie aboutissant à une vision positive ou négative de celle-ci. Cette vision peut amener la personne à effectuer un repli sur elle-même ou au contraire amener un renforcement positif de l'estime de soi (Marchand 2008).

La vieillesse apporte des changements de rôles sociaux. Chaque changement de rôle va donner lieu à des ajustements identitaires. Ceux-ci peuvent être liés à des changements physiques ou cognitifs qui obligent la personne vieillissante à diminuer ses activités (Riley 1991).

Toutes ces modifications peuvent aboutir à une résilience. Lors de cette transition, la famille ainsi que les amis peuvent jouer un rôle de soutien afin de renforcer le besoin d'appartenance. Mais avant de définir les facteurs pouvant influencer les perceptions de solitude et d'isolement social, il nous paraît nécessaire de définir ces deux dernières qui font parties intégrantes du sujet principal de ce mémoire.

La perception de solitude

La solitude est une expérience subjective pouvant être ressentie malgré la présence d'interactions sociales. Une personne peut être isolée et ne pas souffrir de solitude et inversement (Pitaud 2010).

La sociologie étudie la solitude à partir des années 1990 en essayant d'expliquer les diverses formes de solitude reliées à différents moments de la vie, en relation directe avec les liens familiaux, professionnels ou sociaux (De Jong Gierveld 1998).

Un des enjeux des réflexions, de l'époque, fut de pouvoir définir le terme « solitude ». Pour ce faire, il a d'abord été comparé au concept d'isolement. La solitude a donné lieu à la définition de « *sentiment qui peut se manifester même chez les individus entourés* » (De Jong, Gierveld, Van Tilburg et Dykstra 2006).

Mais cette première définition proposée ne permet pas de rencontrer un consensus au sein de la communauté scientifique, celle-ci reste segmentée vis-à-vis de sous-champs tels que l'âge, le genre ou le lieu de vie.

Au cours des années 1990-2000, trois concepts interdépendants en sociologie de la solitude sont exprimés : « vivre seul », « être seul » et « se sentir seul ».

Le « vivre seul » indique un mode de vie assumé qui se conjugue avec une forte intégration sociale « *Vivre seul pour vivre mieux* » (Klinenberg 2012).

Le « être seul » définit la solitude comme un manque de relations donnant lieu à des études quantitatives portant sur le nombre de contacts (Mcpherson, Smith-Lovin et Brashears 2006). Mais la quantité à elle seule ne peut définir la solitude. En effet, il faut tenir compte de la qualité des contacts pouvant être moins nombreux mais permettant chez certains de ne pas accentuer la perception de solitude (Klinenberg 2012). La solitude peut être habituée ou assumée.

Bauman (2011) décrit les concepts de « modernité liquide et modernité solide ». La modernité solide représente une société avec des relations stables et durables alors que la modernité liquide, évoque notre société actuelle composée de relations passagères et insignifiantes basées sur l'intérêt personnel.

En 2025, la société est influencée par la force du numérique, ce qui peut amener des relations à distance. C'est dans ce contexte de modernité liquide (Bauman 2011) que certaines personnes âgées vont basculer dans la solitude ne trouvant plus d'accroche au sein de leur réseau social.

Le « se sentir seul » considère que les liens sociaux sont sources de solitude subie ou choisie. Elles peuvent-être des solitudes de rejet à la suite des différentes pertes et des solitudes de retrait dites intentionnelles (Schurmans 2003).

La solitude n'est pas seulement liée au fait de vivre seul mais à une forme de privation. Celle-ci étant à mettre en lien avec un souci, un manque auquel la personne âgée ne trouve pas de solution ni par son entourage ni par elle-même. C'est là que le sentiment de solitude émerge (Lalive D'epinay 1992).

Cette privation peut être mise en lien avec le veuvage qui touche une personne sur trois à partir de 75 ans (Delbès et Gaymu 2002). La perte d'un conjoint n'amène pas nécessairement de l'isolement social et/ou de la solitude (Ferraro, Mutran et Barreri 1984). A la suite du décès du conjoint, les contacts familiaux ont tendance à augmenter dans un premier temps (Cavalli, Lallive d'Epinay et Spini 2001). A contrario, des travaux montrent une augmentation de l'isolement social et de la solitude chez les veufs (Wenger et coll. 1996). De Jong Gierweld (2006) indique que les personnes ayant un conjoint sont moins enclines à ressentir de la solitude, ce qui explique le risque plus important de confrontation à ces perceptions pour les veuves et les célibataires.

La perception d'isolement social

Le concept d'isolement social quant à lui, est à considérer comme :

« Un état objectif caractérisé par un manque de contacts avec d'autres personnes et un désengagement des groupes et des activités sociales... On peut donc définir si une personne est isolée socialement en fonction du nombre de contacts qu'elle entretient dans un laps de temps donné » (Holt-Lunstad 2010).

Mais cette catégorisation quantitative est jugée comme incomplète.

« Tant que l'isolement social sera estimé exclusivement par le volume de contacts », car « cet indicateur ne rend compte ni de la qualité des contacts ni de leur importance sur le plan affectif » (Delisle 1987, 32).

Paugam (2011) quant à lui, définit la notion d'isolement social comme l'absentéisme de ses proches en cas de difficultés.

Aristote (1489), explique que le besoin de vivre en communauté fait partie de la nature humaine.

Pour Arendt (1958), l'absence de participation active des individus au sein de la société peut aboutir à l'isolement social. Les personnes ont besoin de pouvoir débattre, exposer leurs points

de vue pour être reconnues. Pour elle, l'isolement est dû à un manque de communication. Les institutions doivent contrer ce phénomène en favorisant des lieux de paroles pour tous.

L'isolement et la solitude peuvent être liés à différents facteurs tel que l'environnement social de la personne et à sa manière de gérer ses relations.

La retraite est un facteur pouvant avoir un impact sur les perceptions de solitude et d'isolement social. Elle fut tout un temps considérée comme la phase de transition avant la mort. Aujourd'hui, elle fait référence à un moment pour soi permettant une nouvelle identité.

C'est une nouvelle étape où la personne va pouvoir s'engager dans diverses activités n'étant pas en adéquation avec la vie professionnelle (Caradec 2009).

Lorsqu'il y a une absence d'interactions, d'activités, cela peut renforcer l'isolement social (Goffman 1975). La retraite peut aussi réduire le capital social établi lors d'échanges professionnels.

Le réseau social et le capital social

« *La qualité de vie s'articule autour de la qualité de la relation à l'environnement, celui-ci étant constitué de l'autre et de la structure* », précisaient Vercauteren et Chapeleau (1995, 32).

Les chiffres du rapport de la Fondation Roi Baudouin de 2012 révèlent que 46% des personnes âgées de plus de 65 ans domiciliées en Belgique souffrent de solitude, malgré un réseau social présent pour la moitié d'entre elles (Vandenbroucke et coll. 2012). Nous entendons par réseau social présent, « *l'ensemble des relations entre un ensemble d'acteurs* » (Forsé 2008, 10).

Granovetter (1973) donne des pistes sur les relations entre individus, ce qu'il appelle des réseaux sociaux. Ces réseaux peuvent être formels (institution) ou informels (famille, amis) et ont un impact sur le bien-être de la personne impliquée dans ces relations. Ces réseaux apportent du lien fort (famille, amis) ou faible (connaissances), les deux liens ont leur importance, pouvant servir de pont entre des groupes sociaux afin de faciliter l'accès à des ressources (capital social) permettant à la personne âgée de se sentir moins isolée et augmenter ainsi sa qualité de vie (Granovetter 1973).

Pour Bourdieu (1993), le capital social est considéré comme l'ensemble des relations dont une personne peut bénéficier par le biais d'interactions avec la famille, les amis, le voisinage...

Il explique que tout le monde n'est pas sur le même pied d'égalité face à ce capital. La classe sociale ainsi que l'éducation sont des facteurs facilitateurs de relations sociales. Le sentiment d'appartenance à un groupe peut favoriser le bien-être psychologique des membres qui le

composent. Dans notre sujet, à savoir les personnes âgées, le capital social peut atténuer les perceptions de solitude et d'isolement et accentuer une meilleure qualité de vie (Bourdieu 1993).

Goffman (1975), donne une approche qui nous permet de comprendre l'importance des interactions sociales chez nos aînés afin de réduire l'isolement et la solitude. L'image de la personne âgée véhiculée en société, son rôle social (parent, grand-parent...) peut être affaibli par des problèmes physiques ou psychologiques en lien avec le vieillissement. Ces difficultés vont conduire la personne à devoir s'adapter ou l'amener à s'isoler. Certains choisiront l'isolement plutôt que de renvoyer une image différente de celle perçue avant la perte d'autonomie de peur d'être stigmatisés (Goffman 1975).

Vis-à-vis de cette image pouvant être perçue comme négative, la famille reste un point d'ancrage dans la vie de la personne âgée. On constate que la solitude peut être liée à l'insertion sociale de la personne. Certains individus se sentent seuls malgré un entourage très présent, c'est ce que l'on appelle la nature des contacts (Delisle 2004).

La nature des contacts, c'est ce qui fait lien, l'envie de se rencontrer et d'échanger. Dans le cas de certaines familles, le lien n'est plus à l'échange mais à l'entraide de la personne âgée dans sa vie quotidienne.

En tenant compte de l'enquête de Vandenbroucke et coll. (2012), les perceptions de solitude et d'isolement social risquent d'augmenter avec le changement démographique. En effet, en 2024 les personnes âgées de plus de 65 ans représenteraient 20% de la population belge et devraient atteindre 39% d'ici 2050 (Statbel 2025). Pour un quart des personnes âgées de plus de 65 ans, l'isolement social et la solitude sont des facteurs contribuant au développement de maladies mentales (Global Health Estimates 2019 Summary Tables 2020). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant à elle, met en garde sur la dépression et l'anxiété qui sont des problèmes de santé mentale les plus présents chez les personnes âgées de plus de 65 ans (OMS 2023). Béal (2006) explique l'impact des perceptions d'isolement social et de la solitude sur la santé mentale et physique avec une augmentation du risque de maladies chroniques ainsi que des maladies cardiovasculaires. Il prône l'importance de la qualité des interactions sociales afin de diminuer ces perceptions (Béal 2006).

Le milieu socio-économique

Le milieu socio-économique des personnes âgées peut être un facilitateur pour une meilleure qualité de vie et permettre de diminuer les perceptions de solitude et d'isolement social.

Le rapport de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (2022) met en lumière les inégalités de genre face à des pensions reflétant les revenus acquis durant la carrière c'est-à-dire 26% inférieure pour les femmes (repos de maternité, mère au foyer le temps d'éduquer les enfants...). Les plus basses allocations de retraite ne permettent pas aux personnes âgées de vivre correctement ce qui engendre des situations précaires souvent source de solitude et d'isolement social. En effet, le niveau de vie peut aggraver ces perceptions en exerçant une influence sur l'accessibilité aux soins de santé, aux activités favorisant les interactions sociales ainsi qu'à la possibilité d'entrer en MRS (même si une aide du Centre Public d'Action Sociale peut permettre à la personne âgée d'intégrer cette dernière, encore faut-il qu'elle ait conscience de pouvoir avoir accès à cette aide) (Tavier 2003).

La théorie de la stratification sociale de Max Weber (1946) explique les dimensions à mettre en lien avec cette dernière, à savoir la position économique avec les différentes classes sociales en tant que groupe, le statut et le pouvoir de la personne. Cette théorie peut permettre de comprendre l'isolement des personnes âgées vis-à-vis des inégalités sociales avec des ressources les limitant dans leur façon d'agir.

Le milieu de vie

Comme nous venons de l'expliquer, différents événements biographiques de la personne âgée peuvent coïncider avec les perceptions d'isolement et de solitude tels que le veuvage, la perte d'autonomie, la retraite ou le milieu de vie (Cavalli, Bickel et Lalive d'Epinay 2002). L'enquête de 2022 sur le choix de vie chez les plus de 60 ans n'ayant pas besoin d'aide, exprime que 37% des personnes interrogées préfèrent rester chez elles avec de l'aide en cas de perte d'autonomie, contre 14% souhaitant entrer en MRS. L'étude révèle également que 32% des personnes âgées vivent « *très mal*¹ » l'idée de devoir déménager en cas de perte d'autonomie (Interville 2022).

Ces éléments apportent des interrogations sur la manière dont le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65 ans peut influencer leurs perceptions d'isolement social et de solitude. Ces enjeux sociétaux nous amènent à poser la question de recherche suivante : « En quoi le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65 ans peut-il influencer leurs perceptions d'isolement et de solitude ? »

¹ Terme utilisé dans l'enquête Interville 2022

Après avoir mis en avant les différents facteurs pouvant influencer les perceptions d'isolement et de solitude ainsi que leurs définitions en relation avec les personnes âgées de plus de 65 ans, nous nous devons de parler du milieu de vie de ces dernières étant l'axe principal de ce mémoire.

Le milieu de vie n'est pas que l'endroit où habite une personne mais c'est l'ensemble des conditions, des interactions, du climat dans lesquels elle vit. Le milieu de vie peut être urbain ou rural, en institution ou à domicile (Scharf et Bartlam 2008).

Le milieu urbain des grandes villes peut donner accès plus facilement aux activités communautaires ainsi qu'aux soins de santé grâce à une meilleure accessibilité et des interactions facilitées par la diversité de population. La grande densité de ce milieu peut apporter un sentiment d'insécurité (pouvant être lié à une perte d'autonomie) aboutissant à l'isolement social (Dion 2016).

Le milieu rural peut donner lieu à des problèmes de mobilité (moins de transports en commun, moins de magasins proches) et donc moins d'accès aux différents services nécessaires pour limiter la perception de solitude et d'isolement social. Cependant, la densité moins élevée peut favoriser les interactions avec le voisinage par exemple, mais aussi diminuer les possibles rencontres dans le village (Dion 2016).

Maison de repos et domicile

Pour définir le milieu de vie, il faut distinguer la MRS et le domicile des personnes âgées.

« *Les maisons de repos sont des résidences collectives et permanentes pour personnes âgées de 65 ans au moins, sauf dérogation exceptionnelle* » (Agence pour une Vie de Qualité 2024).

En maison de repos, la chambre du résident est l'espace où la famille va se retrouver, un espace privilégié mais aussi l'espace de conflits et d'absence. Il y a une redéfinition des espaces familiaux (Mallon 2005). On peut voir dans chaque chambre, une appropriation des lieux avec le côté intimiste. Certains apportent des meubles qui représentent un lien familial, des photos de toutes sortes, de toutes époques rappelant des souvenirs, un besoin d'appartenance à sa famille.

Cette absence de liens donne souvent lieu à des accueils, dans la précipitation, de personnes qui n'avaient pas choisi le placement. La relation devient plus difficile à la suite de l'espace réduit de la chambre. Les rencontres ne permettent plus de se retrouver en grand comité. En effet, là où les repas familiaux se déroulaient dans une maison où chaque personne pouvait prendre place dans les différentes pièces (les enfants dans le jardin, les parents dans le salon...) le seul

espace privé du résident se réduit aux mètres carrés de la chambre de ce dernier lorsque celle-ci n'est pas partagée avec un autre résident (Mallon 2005).

Cette situation amène des moments plus courts au niveau des liens de communication.

Certains endroits sont mis à la disposition des résidents et de leur famille tels que la salle à manger de la maison de repos. Ces lieux sont souvent source de négociations entre le résident et sa famille qui ne souhaite pas toujours se mélanger à la communauté de la maison de repos (MR) ou MRS.

Certains résidents souhaitent faire la part des choses entre l'institution et la famille. D'autres préfèrent mêler les deux en intégrant d'autres résidents lors de repas familiaux par exemple.

Pour revenir sur les espaces publics de l'institution, Kaufmann (1995) explique la difficulté d'établir une relation avec une personne de l'institution lors d'une relation dite « intime » avec la famille. Les relations familiales donnent lieu à des moments intimes où le résident livre une image de lui qui peut être différente de celle montrée au sein de la maison de repos (Tavier 2003). C'est pour cette raison que les espaces institutionnels semblent moins vite appropriés par les familles. Les résidents peuvent aussi retrouver leur famille à l'extérieur de l'institution. Ces moments hors de la MRS permettent au résident de retrouver des moments privés et de maintenir le lien familial. Le fait de sortir de la résidence donne un moment positif en famille. Pouvoir se réapproprier les liens qui sont souvent effacés en public (Desesquelles et Brouard 2003).

Les espaces secondaires sont pour les résidents une échappatoire à l'institution. Partir de la MRS pour quelques heures, voire quelques jours, permet au résident de reprendre son identité au sein de la famille. Se réapproprier son rôle, se sentir utile. Par la suite, le résident peut se rendre compte d'un état de fatigue vis-à-vis de ces moments, donnant lieu à l'abandon de cette envie d'espace secondaire (Desesquelles et Brouard 2003).

Par ces différentes approches, on comprend l'importance de l'implication de la famille dans l'identité du résident au sein de son nouveau milieu de vie.

Quant au domicile, il est considéré comme un lieu de protection face au monde extérieur qui peut représenter l'insécurité. Le vieillissement va diminuer le sentiment de sécurité et le domicile va permettre de garder une distance vis-à-vis du reste de la population permettant de réduire l'anxiété (Ferrari 2007).

Le domicile est le souvenir de l'histoire vécue par la personne âgée, il lui permet de garder son identité, de raconter sa vie, « *c'est l'espace de remémoration qui relie aux autres, vivants ou morts, à des lieux et à des évènements passés.* » (Ferrari 2007) et ce même si on peut observer une réduction de ce lieu en rapport avec une perte d'autonomie.

Mais vivre seul chez soi, c'est aussi le calme qui rappelle l'absence d'un proche, une maison devenue trop grande où une seule pièce est réellement habitée.

Caradec (2004) parle de ces moments de solitude : « *L'expérience du veuvage est d'abord celle du vide, l'impression de vide dans la maison faisant écho au sentiment de vide intérieur* ».

Ces silences peuvent aboutir à une perte de repères, d'un manque de relations pour en arriver à une solitude pesante (Le Breton 2006).

Il y a aussi les « non-lieux » où la personne aime se rendre pour regarder et écouter le monde (Augé 1992). Des lieux où l'on peut rompre l'isolement et créer des moments d'échanges avec autrui (Kaufmann 1999).

Selon Desesquelles et Brouard (2003), les personnes âgées vivant en maison de repos ont moins de réseaux familiaux que les personnes âgées vivant toujours à domicile (Desesquelles et Brouard 2003). L'enquête Handicaps, Incapacité, Dépendance (HID) va aussi dans ce sens en rapportant que les personnes âgées vivant à domicile ont un réseau familial deux fois plus élevé qu'en institution (Joël 2003).

Après avoir défini les différents thèmes abordés dans la question de recherche ainsi que les facteurs pouvant être mis en lien avec ceux-ci, nous pouvons émettre les hypothèses auxquelles nous tentons de répondre par les résultats obtenus à la suite de la recherche qualitative en lien avec ce mémoire.

Hypothèses

-
- Une partie des personnes âgées de plus de 65 ans vit « *très mal*² » le fait de devoir déménager en cas de perte d'autonomie, nous pouvons nous demander si le milieu de vie n'influence pas leur perception.
 - 46% des personnes âgées de plus de 65 ans souffrent de solitude mais la moitié d'entre elles ne se disent pas socialement isolées. Ce qui peut nous permettre d'émettre l'hypothèse que l'isolement social n'est pas à mettre en lien avec la solitude.
 - Au sein des MRS, les personnes âgées bénéficient d'interactions sociales avec les autres résidents ainsi qu'avec le personnel. Nous pouvons exprimer l'hypothèse que les personnes âgées vivant en MRS ont un sentiment d'appartenance à un groupe pouvant favoriser le bien-être psychologique et sont donc moins enclines aux perceptions de solitude et d'isolement social que les personnes âgées vivant à domicile.

² Terme utilisé dans l'enquête Interville 2022

Pour appuyer cette théorie, nous pouvons nous référer à Goffman (1975), qui indique que le manque d'interactions renforce l'isolement social. Dans les MRS, les interactions sont nombreuses ce qui peut diminuer les perceptions de solitude et d'isolement social.

Par le biais de la recherche, nous tentons d'affirmer ou d'infirmer ces hypothèses émises en tenant compte de la littérature scientifique. Pour ce faire, nous avons effectué une recherche qualitative avec comme question de départ « En quoi le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65 ans peut-il jouer un rôle dans les perceptions de solitude et d'isolement social ? »

En voici la méthodologie appliquée lors de celle-ci.

Méthodologie

Ce mémoire a pour objectif d'étudier les perceptions d'isolement social et de solitude de personnes âgées de plus de 65 ans en fonction de leur milieu de vie à savoir la MRS ou le domicile.

Ce travail débute par la lecture de la littérature scientifique permettant d'acquérir des connaissances sur les concepts en lien avec cette recherche (Van Campenhoudt, Marquet et Quivy 2007).

« (...) tout chercheur, même le plus inductif, sait bien avec quelles boîtes il va commencer et ce qui devrait en principe s'y trouver » (Miles et Huberman 2003).

La recherche se base sur une méthodologie qualitative où la collecte des données se fait lors d'entretiens individuels semi directifs ainsi que par l'ethnographie.

La méthodologie qualitative va permettre d'étudier les perceptions de solitude et d'isolement social chez les personnes âgées en les interrogeant dans leur milieu de vie (MRS/domicile). Cette méthode s'efforce d'analyser les sujets (personnes âgées de plus de 65 ans) dans leur manière d'agir en s'appuyant sur la démarche compréhensive (Popper 1988) permettant de comprendre la façon dont les personnes agissent et interagissent ainsi que la perception du chercheur vis-à-vis de la situation étudiée.

« Il est essentiel (...) que les analyses de l'action comprennent deux approches différentes en tant que champs d'application du formalisme déterminant l'action : 1. Les réflexions de l'agent, la personne qui agit, sur la manière dont elle doit agir; et 2. L'effort d'interprétation de l'observateur qui, en reconstruisant de manière interprétative les caractéristiques intentionnelles de l'action, essaie de comprendre le comportement observé de la personne agissante, comme une action » (Weinberger 1998, 17).

Il faut essayer de comprendre le vécu des personnes en tenant compte du contexte dans lequel elles vivent (Felaccia et Paillé 2010).

Afin de comprendre les sujets en fonction de leur milieu de vie, nous choisissons d'accorder un temps d'observation par le biais de l'ethnographie.

Le but de l'ethnographie étant de « (...) combler l'écart entre ce que les gens disent et ce qu'ils font réellement » (Asbury 1995).

L'ethnographie va permettre l'observation des chambres des résidents en MRS ainsi que la pièce de vie des personnes habitant à domicile. Celle-ci vise à comprendre l'appropriation de l'espace (Smith 2018). L'aménagement de la pièce ainsi que les objets qui la composent sont des indicateurs d'identité permettant de percevoir le niveau de solitude et d'isolement social et l'implication donnée par la personne, par sa famille (Mallon 2005).

« L'observation de l'habitat dans la perspective d'un espace vécu offre un champ supplémentaire d'informations sur la relation qu'une personne développe et entretient avec son chez-soi. Plus largement, cette attention portée permet de rencontrer l'autre dans sa présence au monde, dans ce qui fait sa singularité » (Vassart 2006).

Cette observation est effectuée pour toutes les personnes interrogées lors de la recherche. Pour les observations, il nous paraît intéressant de décrire le contexte dans lequel vivent les personnes interrogées dans les trois MRS afin de comprendre ce qui les distinguent et ce qu'elles ont en commun.

Nous effectuons une triangulation des données qui se base sur l'analyse de données provenant de plusieurs sources (Denzin 2008). Dans ce cas, celle-ci est effectuée par des entretiens semi directifs et l'observation via l'ethnographie afin de comparer les données collectées et constater des convergences ou divergences entre celles-ci. Cette méthodologie apporte une vision plus large et plus nuancée du sujet étudié.

Collecte des données

Les entretiens réalisés sont individuels et ont pour objectif de comprendre les expériences des personnes âgées, leur perception et leur point de vue (Gill et coll. 2008). Les entretiens sont semi dirigés, ils reposent sur un guide d'entretien (annexe 3) contenant des questions reprises par thème.

Le guide d'entretien est fondé sur les connaissances acquises lors de la lecture de littérature scientifique pour ensuite être expérimentée sur un échantillonnage de six entretiens exploratoires afin de s'assurer de la compréhension et de la pertinence des questions.

Les questions ont été adaptées en fonction du milieu de vie (MRS ou à domicile).

Elles se veulent ouvertes et neutres afin de ne pas influencer les réponses de la personne interrogée tout en lui permettant d'orienter celles-ci librement et susciter d'autres concepts non

explorés dans le guide d'entretien. L'ordre des questions n'est pas exhaustif et se définit en fonction des réponses obtenues.

La durée des entretiens diffère en fonction du répondant et varie entre 20 et 120 minutes.

Le guide d'entretien se compose de questions abordant les thèmes principaux de la recherche à savoir :

1. Le contexte sociodémographique des personnes âgées de plus de 65 ans interrogées. Cette partie permet de définir l'âge, le sexe, l'état civil, le niveau d'éducation ainsi que le statut socio-économique. Théorie de stratification sociale (Weber 1946).
2. Le réseau social avec son nombre de contacts et l'identification de ce réseau (familiale, amicale, voisinage, service de soins). Capital social (Bourdieu 1993).
3. La qualité de ce réseau social permettant de comprendre comment la personne âgée perçoit la nature des liens établis avec son entourage ainsi que les différences entre les liens forts et faibles (Granovetter 1973).
4. Les perceptions de solitude et d'isolement social : définition personnelle de l'isolement social et de la solitude (perception positive ou négative), expérience vécue (sentiment ou moment de solitude).
5. Facteurs qui contribuent à l'isolement social et la solitude (perte d'autonomie, perte du conjoint), identification des facteurs pouvant influencer ces perceptions (type de logement, accessibilité aux services de nécessités).
6. Actions mises en place pour limiter les perceptions d'isolement et de solitude.
7. Le rôle et la perception des institutions face à l'isolement et la solitude (à domicile ou en MRS), à domicile les ressources disponibles en termes d'activité au sein de la commune.
8. Représentation de la société au sujet des personnes âgées (âgisme).

Durant les entretiens et afin d'obtenir une compréhension commune, les définitions de la solitude

« La solitude est une expérience subjective pouvant être ressentie malgré la présence d'interactions sociales. Une personne peut être isolée et ne pas souffrir de solitude et inversement » (Pitaud 2000) et de l'isolement social comme *« un état objectif caractérisé par un manque de contact avec d'autres personnes et un désengagement des groupes et des activités sociales »* (Holt-Lunstad 2010) sont données à toutes les personnes interrogées.

Les personnes sont interrogées dans leur milieu de vie à savoir en MRS ou à domicile. Un moment d'observation des lieux ainsi que des notes sont prises lors des entretiens afin de comparer les milieux de vie et préciser le non verbal observé lors des interviews.

Echantillonnage

Le profil type des participants à la recherche sont des personnes âgées de plus de 65 ans vivant seules en MRS ou à domicile. La recherche se réalise dans quatre lieux différents, trois Maisons de repos et au domicile des sujets afin de comparer les perceptions de solitude et d'isolement social en fonction du milieu de vie tel qu'il a été défini dans l'introduction du présent travail. L'échantillonnage des participants est un échantillon non représentatif (Van campenhoudt), il se compose de différents profils (classe sociale, profession...) permettant de recueillir un maximum de représentations.

Au niveau de l'état civil, l'échantillon est composé de personnes célibataires, veuves ou divorcées. Au niveau économique, la majorité des personnes interrogées font partie de la classe moyenne, il y a quelques personnes de la classe supérieure et quelques personnes de la classe inférieure.

Afin de percevoir l'influence de l'âge dans les réponses, le public est divisé en trois catégories d'âge c'est-à-dire les personnes de 65 à 74 ans, de 75 à 84 ans et de 85 à 96 ans. L'établissement par groupe d'âge chronologique permet un indicateur de la variable « âge ». Caradec (2016, 45) explique : Elles « *éclairent à la fois la spécificité et la diversité interne de ce groupe d'âge* » ...

Elles « *montrent de quelle manière les pratiques évoluent au cours de l'avancée en âge.* »

Ce critère minimal est établi en fonction de l'âge d'entrée en MRS c'est-à-dire 65 ans (sauf dérogation de 10% de la totalité des personnes âgées en MRS), quant à l'âge maximal de 96 ans, celui-ci représente la personne la plus âgée de notre recherche. L'échantillon de personnes interrogées est composé pour chaque milieu de vie, de 3 personnes par tranche d'âge, avec au moins une personne de sexe opposé dans les limites du possible. Mon souhait étant une égalité entre hommes et femmes sur la totalité des interviews afin de percevoir si ce critère peut influencer la recherche. Dans les faits, l'échantillonnage des participants se compose de 28 femmes et 17 hommes. Ce critère ne sera donc pas pris en compte dans les résultats. En effet, les chiffres de Statbel (2024) nous indiquent au sein de la population des 65 ans et plus, 248 455 femmes de plus que les hommes de ce même groupe d'âge sur un nombre total de 733 117 personnes.

Trois MRS prennent part à la recherche. Au niveau démographique, le choix des MRS est effectué dans un premier temps en fonction du milieu rural et urbain. Malheureusement, la localité des MRS participant à la recherche ne correspond pas à la totalité des critères ruraux et urbains. Partant de l'hypothèse que la densité de population puisse jouer un rôle dans les

perceptions d'isolement et de solitude, le choix s'est donc porté sur une MRS de grande taille (168 lits), une MRS de taille moyenne (91 lits) et une MRS de petite taille (58 lits).

Nous pouvons parler d'échantillonnage en cas opposés

« ...implique deux ou plusieurs unités d'échantillonnage avec des caractéristiques distinctes, voire opposées afin que des comparaisons puissent être faites pour expliquer les problèmes et comprendre les facteurs qui les influencent » (Joyeux et Borel 2022).

Pour éviter le biais du groupement de MRS, le choix de celles-ci se porte sur une MRS privée et sur deux MRS faisant partie de groupe distinct.

Pour les participants vivant en MRS, l'échantillonnage est effectué sur base volontaire. La recherche est expliquée aux résidents par la direction et sur base volontaire, ceux-ci sont interrogés.

Pour les participants vivant à domicile, il s'agit d'un échantillonnage en « *boule de neige* » (en chaîne) (Noy 2008). En effet, pour la majorité, ce sont les premières personnes interrogées qui contactent les suivantes afin de pouvoir les rencontrer.

Il n'y a pas de parité par rapport au critère démographique pour les personnes vivant à domicile à la suite du manque de public interrogé.

Les entretiens ainsi que les observations sont menés sans connaître les personnes interrogées dans la majorité des cas.

Profil des personnes interrogées lors de la recherche

En annexe (2) se trouvent deux tableaux reprenant les profils (sexe, tranche d'âge, état civil et profession) des personnes interrogées qui résident en MRS et à domicile.

Le premier évoque les personnes vivant en MRS, il reprend trois colonnes qui correspondent chacune à une des MRS ayant participé à la recherche (une de 58 lits, une de 91 lits et une de 168 lits).

Le deuxième tableau représente le profil des personnes interrogées pour la recherche qui résident à domicile. Le tableau est réparti en trois colonnes qui correspondent chacune à une tranche d'âge (65-74 ans, 75-84 ans et 85-96 ans)

Nous avons en MRS, vingt-quatre personnes interrogées et vingt-quatre personnes interrogées à domicile.

Pour les MRS, cinq personnes pour la tranche 65-74 ans, dix personnes pour la tranche 75-84 ans et huit personnes pour la tranche 85-96 ans.

A domicile, douze personnes pour la tranche 65-74 ans, six personnes pour la tranche 75-84 ans et six personnes pour la tranche 85-96 ans.

Au niveau professionnel, nous constatons une diversité au niveau des profils pour les deux milieux de vie.

Au niveau des tranches d'âge, nous remarquons que la tranche d'âge 65-74 ans est moins représentée en MRS qu'à domicile.

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des personnes sont basés sur l'âge de minimum 65 ans, le milieu de vie (MRS/domicile) ainsi que le fait de vivre seul. Un seul critère d'exclusion portant sur une dégénérescence au niveau de la santé mentale a été établi. En effet, pour une meilleure cohérence dans les propos recueillis, les personnes étant identifiées, soit par un expert de la santé, soit par le personnel des MRS comme souffrant de démences non pas été interrogées.

Règles éthiques

Les entretiens sont enregistrés afin d'être retranscrits avec l'accord préalable des personnes interrogées ainsi que celui de la direction des trois MRS. Il y a eu un consentement écrit (annexe 1) des participants à la recherche vivant à domicile et un accord oral pour les participants de MRS avec un accord écrit de la direction.

Analyse des données

Par la méthode de construction de sens de Paillé (1994) permettant d'interpréter les données retranscrites dans une recherche qualitative, chaque entretien a été retranscrit et analysé en tenant compte des termes utilisés, des moments de silence qui sont mis en corrélation avec les observations de terrain.

Cette analyse de contenu permet de comprendre le ressenti de la personne qu'il serait impossible de percevoir à la seule lecture de la retranscription.

Les parties d'entretien ont été classées par thème. Tous les thèmes ont été relevés même ceux ne faisant pas partie des thèmes initiaux de la grille d'entretien. Ensuite, une analyse horizontale a été effectuée afin d'établir les points communs et les divergences des personnes interrogées pour chacun des thèmes relevés. Aucun logiciel n'a été utilisé pour l'analyse de données mais bien pour la retranscription des interviews.

Pour terminer, l'analyse par thème a été combinée à l'ethnographie permettant de valider ou d'invalider les hypothèses (triangulation).

Nous nous devons de tenir compte que cette recherche ne représente qu'une minorité de la population des personnes âgées de plus de 65 ans et que les résultats obtenus auraient pu être différents en fonction des personnes interrogées et du choix d'autres MRS.

Résultats

Cette partie du travail permet d'aborder les découvertes principales de la recherche ainsi que les tendances qui en ressortent.

Pour débuter cette partie, rappelons que la recherche s'effectue en quatre endroits distincts à savoir dans trois MRS de tailles différentes et au domicile des personnes de plus de 65 ans vivant seules.

Dans un premier temps, afin d'avoir une vue d'ensemble des personnes rencontrées, nous avons souhaité établir deux tableaux reprenant les profils de ces dernières (sexe, état civil et profession) en fonction du milieu de vie (en MRS ou à domicile) (annexe 2).

Dans un deuxième temps, les résultats sont répartis par thème (notifié dans la méthodologie), en fonction du milieu de vie. Cette manière permet de vérifier si le milieu de vie des personnes interrogées joue un rôle dans les perceptions de solitude et d'isolement social.

Les tranches d'âges nous apportent peu d'informations pertinentes en lien avec le milieu de vie ainsi qu'avec les perceptions d'isolement social et de solitude. C'est pour cette raison que les résultats ne sont pas notifiés par tranche d'âge.

Par souci de confort au niveau de la lecture, les verbatims ne sont pas conformes au référentiel Chicago. Chaque verbatim a comme indication le prénom et le milieu de vie de la personne entre parenthèses à savoir MRS ou domicile. Un tableau (annexe 4) reprend les prénoms (factices) ainsi que les âges et lieu de vie des personnes interrogées.

Contextualisation et facteurs ayant influencé le placement

Le premier thème abordé ne concerne que les personnes vivant en MRS. En effet, pour contextualiser l'arrivée en MRS, chaque personne interrogée a expliqué les raisons liées à cette entrée. Pour comprendre l'arrivée en MRS, il faut d'abord comprendre si le placement est lié au souhait de la personne ou à une perte d'autonomie.

Dans la majorité des cas, l'entrée en MRS se fait suite à une perte d'autonomie et/ou un choix exprimé en grande partie par les enfants qui expriment un besoin de sécurité (cet élément est apporté par les personnes âgées lors des interviews). Certains arrivent en MRS à la suite d'un veuvage, ce qui est le cas pour une majorité d'hommes. On constate que les femmes restent plus longtemps chez elle avant l'entrée en MRS. Pour ce thème, nous ne constatons pas de lien entre l'entrée en MRS et l'âge de la personne si ce n'est que la tranche d'âge 85-96 ans y est majoritaire.

« ...je me suis fait hospitaliser certainement parce que je n'en pouvais plus psychologiquement

et tout ça. Et après l'hôpital, je me dis, je ne sais plus rester seule. Je n'ai plus de force, je ne sais plus rien. Et je suis venue ici... » (Mariette, MRS)

« ... Je ne sais pas, je ne saurais pas vivre seul... » (Georges, MRS)

« ... C'est parce que j'ai perdu ma femme... » (Gianni, MRS)

« ... Non, la maison devenait vétuste et on ne savait plus rien faire. Il y avait des fissures partout et c'était mal foutu quoi. Et alors ma fille a trouvé ceci. Ce n'est pas un cadeau... » (Henri, MRS)

« ... Alors, j'ai décidé de me placer pour ne pas être une charge. Pour les enfants, ils travaillent tous. Ce n'est pas qu'ils sont contents que je sois ici, mais ils sont soulagés... » (Carina, MRS)

Identification du réseau social et la qualité de celui-ci

En MRS, la majorité a des enfants et reçoit des visites régulières d'au moins un d'entre eux (à savoir une fois par semaine). Très peu sortent de la MRS pour aller rendre visite dans la famille. Une minorité des personnes interrogées délogeent chez les enfants ou partent en voyage. Beaucoup considèrent que le nombre de visites des enfants n'est pas suffisant mais tous comprennent qu'ils ont une vie chargée et qu'ils ne savent pas venir plus souvent.

« Je n'ai pas fait ça pour avoir un retour. Donc quand ils viennent, je suis la plus heureuse, quand j'ai un message, je suis la plus heureuse. Mais s'ils me disent, on est très occupé, mais je comprends. Ils ont droit à vivre leur vie. On a vécu la nôtre en s'occupant d'eux bien sûr, mais en vivant notre vie et en faisant ce qu'on avait à faire... » (Anne-Claire, MRS)

Les visites sont plus fréquentes avec l'entourage familiale (frère-sœur) que l'entourage amical. Les contacts amicaux s'effectuent par téléphone pour une grande majorité d'entre eux.

« ... Oui, mais il y en a une, j'avais une cousine qui venait me voir. Elle sait cassée le bras donc elle ne sait plus conduire. J'ai mes voisins et amis. Le mari a dû être opéré. Il est rentré chez lui. Il a dû retourner à la Citadelle donc ça fait un mois qu'ils ne savent plus venir non plus. Enfin, j'ai la famille qui est présente. Je ne suis pas laissée à l'abandon... » (Berthe, MRS)

Plus on avance dans les tranches d'âge, plus les visites amicales deviennent rares, voire inexistante. Dans le cas du réseau social et de la qualité de celui-ci, nous constatons que les différentes tranches d'âge n'apportent pas d'indicateur à mettre en lien si ce n'est qu'une diminution du nombre de contact pour la tranche des personnes de plus de 85 ans.

« ... Mes amis sont partis. Ma famille, il n'en reste rien que moi... » (Logan, MRS)

A domicile, nous constatons que pour rencontrer les personnes à interroger, la majorité doit consulter son agenda à la suite de nombreuses activités avec le réseau social.

Toutes sauf une personne considèrent avoir des relations de qualité permettant de pouvoir compter sur celles-ci en cas de problème. Plus on avance dans les tranches d'âge, plus les

enfants sont présents. Beaucoup sont toujours très actifs, ils sortent à raison de minimum une fois par semaine dans la majorité des cas avec le réseau amical. Souvent le réseau amical a les mêmes centres d'intérêts ce qui facilite les rencontres en dehors du domicile.

« ...Oui, oui, je vois des amis régulièrement. On va marcher tous les dimanches matin... Et puis alors tout un petit groupe d'anciens collègues avec qui j'étais devenue amie. Et on se voit peut-être un petit peu moins qu'avant, mais enfin on se voit. » (Véronique, domicile)

« ...Oui, parce que je suis présidente d'une chorale et comme il y a 50 chanteurs. Donc, ici, j'ai eu un problème, je suis tombée le 19 décembre. Et grâce à mes amis, parce que voilà, mes enfants sont occupés, etc. Mais grâce à mes amis, je suis restée ici et ils faisaient pratiquement une tournante. » (Joséphine, domicile)

Aides et soins à domicile

A domicile, une minorité a une aide au niveau des soins, la majorité est toujours très autonome. Plus on avance dans l'âge et plus les aides augmentent. Pour ce qui en est de l'aide logistique, certains ont des repas livrés à domicile et beaucoup ont une personne qui s'occupe du nettoyage du domicile.

Dans la tranche d'âge des 85-96 ans, la majorité bénéficie de soins infirmier journalier ainsi que le passage d'un aide familial pour les repas et le nettoyage. Pratiquement toutes les personnes interrogées savent se déplacer seule pour aller se promener ou faire de petites courses.

Adaptation du milieu de vie

A domicile, certains ont choisis leur habitation en fonction de la possible perte d'autonomie (maison de plein pied, appartement, proche des commerces).

« Nous habitions dans une maison quatre façades. Mais ma femme commençait à en avoir un petit peu marre, entretenir la piscine, la maison... Les enfants n'étaient plus là. Donc, c'était trop gros. Elle souhaitait qu'on vienne en appartement. » (Alexandre, domicile)

Certains ont fait des aménagements au sein de leur habitation (lit dans une pièce au rez-de-chaussée, machine à laver dans la cuisine).

« Les machines, tout est en bas. Elles sont dans la cave. On les a remontées dans une pièce ici de façon à avoir que deux marches, au lieu de toutes les marches, c'est une adaptation. » (Marie, domicile)

La perception de solitude

Une partie des personnes interrogées en MRS définissent la perception de solitude comme négative tandis que d'autres considèrent cette dernière comme positive. Lorsqu'elle est perçue comme négative, les personnes interrogées l'accompagnent d'un manque vis-à-vis d'un proche décédé, de leur vie avant l'entrée en MRS ou de leur ancien milieu de vie.

La solitude est perçue par certains de façon positive.

« Je suis une personne fort solitaire... pour moi c'est un grand plaisir, on ne se dispute pas... »
(Virginie, MRS)

« ...Bien, la solitude, ce sont les gens qui sont malheureux d'être seuls. Mais même les moments où je suis seule, je suis bien... » (Anne-Claire, MRS)

« ...Et temps dans les années, mais j'aime de rester seul. Je lis beaucoup, je fais beaucoup de petits mots fléchés, croisés et tout le truc. Donc, c'est une solitude qui est positive... » (Lucas, MRS)

« ... Ben écoute, je suis tellement habituée d'être dans la solitude, que je ne me rends même pas compte. Non. Parce que parfois, ça m'énerve quand je suis avec des gens et que je discute, ça m'embête. Alors, j'aime vraiment bien le calme... » (Céline, MRS)

La solitude est perçue dans certains cas en lien avec un décalage entre les personnes.

« ... J'ai l'impression parfois d'être seule parce que je ne suis pas à ma place ici, parce que je suis dans les plus jeunes... » (Josette, MRS)

« ... La solitude, c'est très dur. Et je l'ai vécu trop longtemps. C'est une des raisons pour laquelle, sans doute que je suis venu ici, de manière à voir peut-être un peu plus de monde et de pouvoir parler, mais la solitude, c'est dur... » (Henri, MRS)

La perception de solitude est parfois exprimée en lien avec le veuvage.

« ...Quand j'étais à la maison, non, parce que j'étais avec mon mari... » (Berthe, MRS)

« ...Ben... je suis veuf d'abord. Donc, ça fait déjà 10 ans. Et je crois que le fait d'être veuf, ça augmente le niveau de solitude, oui... » (Georges, MRS)

La solitude est définie par le manque de réseau social.

« ... La solitude, c'est de ne voir personne... Maintenant depuis que je suis ici, je n'ai pas de visite et on est enfermé dans sa chambre. C'est un peu long ça... » (Olivia, MRS)

« ... Pourquoi je ressens la solitude ? Mais je ne sais pas, ma fille vient régulièrement, mais voilà. Ce n'est pas chez soi. J'aurais dû rester peut-être dans ma région, mais voilà... » (Jessica, MRS)

A domicile, la majorité des personnes interrogées ne ressentent pas la perception de solitude.

Ils savent tous la définir et certains la considèrent de façon négative.

« *Donc j'ai vécu quand même plus de 20 ans avec mon compagnon. Et puis on s'est séparé. Mais on a continué à se voir très régulièrement. Et quand il est décédé, là j'ai eu un sentiment de solitude. Le style très égoïste. Pourquoi est-ce que tu m'as laissé toute seule ? Parce que je le comptais beaucoup dans ma vie. Et le sentiment de solitude dans la mesure où je n'avais plus quelqu'un dans ma vie qui était là si j'avais un petit problème. Ne plus avoir la possibilité de s'appeler... »* (Véronique, domicile)

« *Ça doit être horrible. Je pense que c'est quelque chose qui doit être lourd. Maintenant, je ne peux pas cacher que si je reste longtemps, sans avoir des nouvelles des enfants, ce qui peut arriver. Parce que vous savez bien comment les jours passent très, très vite. Ils sont occupés. J'ai parfois un sentiment de solitude et je me dis franchement, ils pourraient quand même téléphoner. Voilà. Mais je suis fort occupé moi-même, donc oui. Mais si quelqu'un a un sentiment de solitude, je crois que ça doit être très, très dur. »* (Florence, domicile)

« *La solitude c'est quand on n'a vraiment aucune accroche. Ne pas sentir qu'il y a quelqu'un qui s'est inquiète de notre devenir et ne pas avoir quelqu'un à appeler si on était dans l'embarras. Ça je trouve que c'est le pire. »* (Colette, domicile)

« *La solitude pèse beaucoup. Je n'ai pas d'amis, je n'ai rien du tout. »* (Nathalie, domicile)

« *La solitude, c'est dur. C'est triste, ça, même. La solitude, c'est le plus lourd que je ne veux jamais, jamais l'avoir. »* (Anna-Maria, domicile)

« *... Je parle à mon mari, j'ai une photo sur le frigo et quand j'ai mangé des pâtes je lui dit que j'ai mangé des pâtes, c'était bon, il adorait les pâtes et je lui parle des fois de ces petits enfants... »* (Théa, domicile)

La solitude est vue différemment en fonction du milieu de vie, de l'histoire de la personne et de ses liens familiaux.

La perception d'isolement social

La perception d'isolement social n'est pratiquement pas perçue par les personnes vivantes en MRS. Celles-ci considèrent avoir des contacts réguliers avec le personnel ainsi qu'avec les autres résidents lors de la prise de repas et des activités. Cependant, certains ont le besoin de s'isoler dans leur chambre car ils ne se sentent pas à l'aise avec la population qui compose la MRS.

« *... On ne voit pas très peu de personnes de la journée, parce qu'on voit déjà tous les soignants... »* (Josette, MRS)

« *... L'isolement, non, je ne pense pas. Je ne pense pas parce que je vois quand même du monde... »* (Alexandre, domicile)

« ... Isoler. Oui. C'est quand tu restes dans ta chambre et que tu ne bouges plus.

Mais ça, je ne le fais pas parce que je sors tous les jours un quart d'heure. Je vais promener un petit coup... » (Céline, MRS)

« ... L'isolement, c'est d'avoir quitté ma maison. C'est ça, ne plus être dans ma maison, ma maison, mon jardin... » (Olivia, MRS)

A domicile, tous savent définir la perception d'isolement social, une majorité ne se sent pas concernée par celle-ci. Une minorité indique pouvoir rester sans contact durant plusieurs jours pendant la semaine.

« ...C'est le manque de contact, le manque de partage... Maintenant, le contact, le contact humain, c'est vrai que quand on vit à la campagne comme ici, il n'y en a pas beaucoup. Maintenant, je vous dis, j'ai des voisins, ils viennent dans leur jardin et crient un petit coup, tout va bien, oui, on parle un peu. J'ai d'autres personnes qui font leur tour tous les jours, ils viennent à la barrière, ils font un petit coucou, ils ont toujours quelque chose à raconter. Et ça ne pèse pas parce que c'est fait gentiment, ça ne dure pas longtemps, ça ne fait pas de contraintes. C'est vraiment de la bienveillance... Ça peut m'arriver de temps à autre, je peux rester trois jours sans voir quelqu'un, mais tant que j'ai à faire, tant que je peux être maître de mes mouvements et que je peux vaquer à mes hobbies, etc. » (Vanessa, domicile)

Stratégie d'adaptation

Nous entendons par stratégie d'adaptation, les moyens mis en place pour essayer de diminuer les perceptions de solitude et d'isolement social par le biais des activités en MRS et à domicile. Lors de la collecte de données, nous avons eu confirmation qu'au sein des trois MRS où se trouvent les personnes interrogées pour cette recherche, celles-ci mettent en place des activités journalières pour les résidents qui souhaitent y participer telles que du dessin, de la couture, des moments bien être (manicure), activité culturelle, gymnastique, ...

Lors des interviews, nous avons souhaité savoir si celles-ci ont un impact sur les perceptions de solitude et d'isolement social.

En MRS, nous constatons que très peu des personnes interrogées aiment participer aux activités. Néanmoins, celles-ci confirment qu'elles sont nombreuses et variées. Beaucoup participent aux activités en lien avec la remise en forme ou lorsqu'il s'agit des anniversaires pour lesquels un spectacle est organisé (avec gâteaux et café).

Beaucoup considèrent les activités proposées comme infantilisantes et ont du mal à s'intégrer dans un groupe composé de personnes fort différentes d'eux. Une seule MRS (petite) propose des activités en extérieur de façon plus régulière à savoir des conférences, aller à des spectacles. Une

autre (moyenne) propose une activité d'une journée une fois l'année mais celle-ci n'est pas proposée à l'entièreté des résidents de l'institution.

« ... *Moi, je ne vais jamais aux activités, par exemple, ici. Voilà. Parce que c'est un peu... C'est un peu infantile ce qu'ils font. Ils font des trucs, je vais dire, comme pour des élèves de moyenne section. On ne va pas plus loin. Donc intellectuellement, c'est quand même assez limité...* » (Henri, MRS)

« ... *C'est très enfantin, c'est naïf !* » (Virginie, MRS)

« ... *On a la possibilité donc chaque semaine d'être invité à différentes activités qui ne sont pas toujours très intéressantes...* » (Carina, MRS)

La majorité des personnes interrogées vivant à domicile ont des agendas bien rempli. Beaucoup d'activités sont effectuées avec le réseau amical. Tous indiquent avoir des activités organisées par la commune (souper, cours de gymnastique, ...) mais très peu y participent par choix. En effet, ils se disent déjà fort occupés et préfèrent effectuer des activités non imposées avec les personnes de leur entourage.

La perception de la MRS en tant que milieu de vie

On constate que les personnes qui adhèrent le plus favorablement à la vie en MRS sont les personnes les plus âgées (84-96 ans) ainsi que les personnes ayant une perte d'autonomie plus importante. Les personnes qui apprécient le moins la vie en MRS sont celles qui éprouvent une plus grande perception de solitude en lien avec le veuvage.

La vision de la MRS par les résidents avant leur arrivée en MRS est majoritairement négative et une fois en institution, beaucoup d'entre eux s'y sentent bien.

« ... *Non, je ne voulais pas venir. J'avais toujours dit, on avait décidé avec mon homme, on n'ira pas. Lui, il a eu de la chance que je l'ai soigné jusqu'au bout. Moi, je n'ai pas cette chance là...* » (Carina, MRS)

« ... *On sait ce qu'il y a au bout, on sait. Et on ne trouve pas ce qu'on a quitté, quoi. Ce n'est pas là, c'est plus une prison.* » (Georges, MRS)

« ... *Les personnes âgées, écoute, quand on voit certains qu'il y a ici, ben il vaudrait beaucoup mieux qu'ils partent.* » (Carina, MRS)

« ... *Je suis arrivée ici par ce que j'ai eu un pepin sinon je serais toujours dans ma maison, faites-moi confiance..., malheureusement c'est là que je suis.* » (Virginie, MRS)

« ... *Mais bon j'ai l'impression qu'ici on est un peu, je pense que les gens extérieurs ne se rendent pas compte qu'on n'est pas au Club Med, que ce n'est pas toujours facile quoi d'être ici.* » (Josette, MRS)

La maison de repos est perçue majoritairement de façon négative par les personnes interrogées vivant à domicile. Souvent cette perception est liée à une mauvaise expérience avec un proche. Beaucoup préfèrent mourir avant de devoir faire le choix de la MRS.

« ...*J'ai eu ma maman qui est resté 100 jours et qui quand je la ramenai disait « on me ramène dans ma prison » et donc pour moi il n'y a pas de bonne maison de repos en fait, on ne connaît pas et puis le problème c'est que quand on est là ça veut vraiment dire qu'il n'y a plus grand-chose...* » (Joséphine, domicile)

« *Ah, ça, j'en ai horreur. Ah oui, Quand je vois, j'ai des amis qui sont dans des maisons de repos et c'est... Je dis, j'espère ne pas aller là... Pour deux raisons. Il y a des maisons de repos qui sont bien et il y a des maisons de repos qui sont des mouroirs. Ce n'est même pas une question d'argent. C'est vraiment comme ça. J'ai vu deux cas, Là, je dis, jamais, je ne vais y entrer... Je vais vous dire, franchement, je me ferai piquer.* » (Roger, domicile)

« ...*C'est comme un hôpital* » (Anna-Maria, domicile)

« ...*Je pense que c'est une bonne et une mauvaise chose. Quand on doit y aller absolument, il faut bien. Je crois que je m'y ferais si je devais y aller parce que j'ai facilement des contacts avec les autres. Mais on est quand même mieux chez soi, je crois.* » (Sophie, domicile)

« ...*C'est un mouroir. J'ai horreur de ça. J'ai horreur de ça. Je ne sais pas ce qui va m'arriver. Je préférerais partir. Mais j'ai une très mauvaise image de la maison de repos.* » (Michel, domicile)

Dans les interviews, la MRS est souvent évoquée comme le dernier milieu de vie en cas de perte d'autonomie. Il donne lieu à une image de personne très âgée.

Agisme

L'âgisme est un terme très peu connu par les personnes interrogées, peu observent une forme de ségrégation en lien avec la vieillesse. Au contraire, beaucoup considèrent que la population est plus aimable et serviable envers les personnes plus âgées. Dans le cas des MRS, la question n'a pas apporté de réponses précises sur le sujet.

« ...*Ce n'est pas facile la vieillesse.* » (Carina, MRS)

« ...*Les gens nous considèrent comme des encombrants.* » (Victor, MRS)

« ...*L'extérieur est appelé à devenir comme moi en vieillissant. Comme dans le vieux temps, ce sont les enfants qui s'en occupaient. Mais je n'y crois plus. Automatiquement on met des personnes âgées dans les maisons de repos... Moi je n'ai jamais mis mes parents dans les maisons de repos. Je les ai soignées jusqu'à la fin.* » (Huguette, MRS)

« ...Je vais dire qu'on commence un petit peu mieux. Je veux dire s'inquiéter de la vieillesse. Vu qu'il y en a de plus en plus, forcément. Et que ça devient une force. Voilà. Mais, malgré tout, je trouve qu'il y a mieux. » (Lucas, MRS)

A domicile, une partie des personnes interrogées ne se sentent pas concernées par l'âgisme car pour elles, ils font parties de la société et participent au fonctionnement de celle-ci.

« ...C'est un peu triste parce qu'il ne faut quand même pas ignorer la main qui vous a nourris parce que on a tous travaillé toute une carrière, on a tous alimenté les caisses, on s'est tous levé un 5 heures du matin pour rentrer à 7 heures le soir dans des conditions qui ne sont pas celles qu'on connaît aujourd'hui. Quand on travaille avec certaines facilités que nous n'avions pas du tout et on n'en est pas mort. Donc je dirais à ces gens quand vous aurez mon âge venez me voir, que je puisse voir comment vous êtes. Nous allons rire, je pense que de toute façon, des deux, je suis gagnante parce que c'est une triste mentalité. Je crois qu'on a tous besoin de tout le monde que chacun a de la valeur » (Vanessa, domicile)

« ... On devient vieux, on devient con. On devient... C'est un peu imagé comme ça. Oui. Et on commence un peu... Ça, c'est quelque chose que je ne pourrais jamais supporter. On commence à vous parler comme si vous étiez un peu débile ou simplement que vous n'avez plus aucune connaissance intellectuellement parlant. » (Olivia, MRS)

« ...Peut-être que moi gamine ou plus jeune, j'ai réagi aussi comme ça vis-à-vis des personnes âgées de l'époque. Il n'y avait rien de méchant. » (Florence, domicile)

Thèmes ressortis lors des entretiens en MRS ainsi qu'à domicile

Une majorité des personnes interrogées vis-à-vis des activités proposées en MRS nous expliquent la difficulté de s'intégrer aux résidents de celle-ci à la suite d'une éducation différente et/ou aux personnes démentes.

« ...Oui, j'ai été à des activités, disons, c'est beaucoup de femmes, et... disons que ce n'est pas comme au travail, et ici on ne peut pas... tout... tout le monde, vous arrivez avec votre bagage culturel précédent... on ne vous demande pas ce que vous avez fait, ce que vous étudiez, ce que vous faites en vrai, etc. Il n'y a pas... c'est fort... mélangé... » (Georges, MRS)

« ...Oui, ils en font beaucoup. Oui. Ils font beaucoup de choses. Et moi, ça ne m'intéresse absolument pas de devoir aller avec des personnes séniles. Mais quand je vois que parfois, j'y allais au départ. Mais quand je vois ce qu'il y a autour de moi, j'ai dit bon, finis. » (Jo, MRS)

« ...Il arrive des moments comme dans des maisons comme ici où on a des gens qui sont loin dans leur maladie et c'est assez compliqué à vivre parce qu'on en a beaucoup ici quand même. » (Anne-Claire, MRS)

A domicile, lorsque l'on parle des activités proposées par les communes, la majorité des personnes interrogées expriment la même difficulté qu'en MRS à savoir : participer à des activités avec des personnes qui n'ont pas eu le même type d'éducation, de formation.

A plusieurs reprises et sur des thèmes différents, le choix de faire ce qu'ils souhaitent est exprimé. Le choix de choisir son milieu de vie, de vivre comme ils le souhaitent, le choix de mourir. La capacité de choisir librement pour eux-mêmes. Cette autodétermination est relayée à plusieurs reprises par les personnes à domicile.

« ...Tant que je peux être maître de mes mouvements et que je peux vaquer à mes hobbies, etc...je vais le faire quand j'ai envie et comme j'ai envie de ne pas dire ah, ça commence à 10 heures, je pars à 10 heures, non. Si j'ai envie d'y aller à 3 heures, j'irai à 3 heures. Donc j'ai pris soin depuis que je suis pensionnée à gérer mes envies et mes moments. Je ne veux plus de contraintes. » (Vanessa, domicile)

« Je suis chez moi, et je fais ce que je veux... » (Anna-Maria, domicile)

« ...J'ai été indépendant. Donc, indépendant, ça veut bien dire ce que ça veut dire. Il faut aussi être indépendant. Donc voilà. Il n'y en a pas encore qui vient de me dire comment je vais faire. Si, ils peuvent me donner un conseil. On dit non, papa, il faut absolument que tu pratiques du sport et des machins comme ça. Mais ça s'arrête là. » (Alexandre, domicile)

Observations

La petite MRS est située dans une rue en cul-de-sac avec des champs autour de celle-ci. Nous observons des résidents qui se promènent à l'extérieur de la MRS. Le jardin de la MRS est ouvert sur le parking et donne accès à la route. La MRS est composée d'un étage, une salle à manger commune et un local pour les activités. Il y fait calme.

La moyenne MRS est composée d'un étage, une partie du bâtiment a été construite il y a peu avec des chambres plus spacieuses. L'autre côté est composé de chambres plus vétustes. Nous observons des codes à toutes les portes (autres que les chambres) avec des codes différents et une barrière avec un petit verrou avant d'arriver à une première porte vitrée située avant l'entrée principale. Dans les couloirs, nous entendons les cris de certains résidents déments, il y a du bruit et des vas et vient régulier du personnel ainsi que de certains résidents. Nous observons des personnes qui se promènent dans le jardin mais pas au niveau de la rue. Nous ne pouvons accéder au jardin que par l'intérieur de la MRS.

Dans la grande MRS, les résidents déments sont séparés des autres ce qui n'est pas le cas dans les deux autres. Elle est composée de trois étages avec à chaque niveau un comptoir d'accueil où se trouve le personnel soignant. Cette MRS est composée de grands couloirs haut de plafond.

L'infrastructure ressemble à un hôpital. Il y a un parc à l'arrière de la MRS où l'on observe les résidents se promener.

Les portes des chambres sont dans la majorité des cas fermées pour les trois MRS par choix des résidents.

A l'intérieur des chambres, nous observons des points communs aux trois MRS à savoir que les chambres les plus décorées d'accessoires personnels sont celles des personnes les plus en accord avec le milieu de vie qu'est la MRS. Les personnes exprimant de la solitude ont les chambres les plus vides. Nous observons pour certaines chambres, une appropriation des lieux avec des meubles de famille, des photos des enfants et des petits-enfants. Dans la majorité des cas, nous observons sur la table de nuit, une photo du conjoint décédé.

Nous constatons aussi que quand l'arrivée en MRS a été effectuée dans l'urgence (hôpital-MRS), les chambres sont moins personnalisées. Certaines personnes interrogées ont pleuré lors des interviews à la place de parler lorsqu'il s'agit d'expliquer la perception de solitude et plus particulièrement quand elles sont veuves. Certains ont refusé de répondre lorsqu'il s'agit d'exprimer leur placement. A domicile, nous observons des maisons remplies d'histoires, dans la majorité des cas, il y a beaucoup de photos. Certaines personnes (minorité) ont un lit dans la pièce de vie pour limiter les risques de chutes en ne montant plus à l'étage. Certains ont un parlophone afin de ne pas se déplacer jusqu'à la porte d'entrée pour ouvrir.

Discussion

Pour débuter cette partie, il est nécessaire de reprendre notre question de départ à savoir : En quoi le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65 ans peut-il influencer leurs perceptions d'isolement et de solitude ?

Pour ce faire, nous allons interpréter les principaux résultats qui sont en lien avec l'objectif de cette recherche à savoir le milieu de vie et les perceptions de solitude et d'isolement social. Pour ensuite revenir sur les hypothèses afin de les confirmer ou les infirmer par le biais de la littérature.

Nous constatons que l'entrée en MRS est à mettre en lien avec une perte d'autonomie dans la majorité des cas pour les femmes. A contrario, le veuvage est la première raison d'entrée en MRS pour les hommes interrogés.

Les enfants jouent majoritairement un rôle dans l'idée de placement ainsi que dans le choix de l'institution proche du domicile de ceux-ci. Au niveau du réseau social et du capital social de Bourdieu (1993), nous constatons que celui des personnes vivant en MRS est beaucoup plus restreint que celui des personnes vivant à domicile dans la majorité des cas. Pour les personnes se trouvant en MRS, le réseau social se limite aux enfants et à la fratrie. Le réseau amical est fortement limité et se résume à des appels téléphoniques. A domicile, les personnes interrogées ont autant de contacts amicaux que familiaux pour la majorité des personnes interrogées. En effet, les contacts sont réguliers soit pour des promenades, pour effectuer des activités de façon quotidienne ou pour des activités dites culturelle. Très peu restent chez eux et profitent de leur pension pour vaquer à leurs occupations. La qualité des relations (Granovetter 1973) est plus difficile à percevoir en institution, en effet, les personnes qui y sont domiciliées se plaignent du manque de contact avec leur proche et du temps passé seul au sein de la MRS. Les activités qui y sont proposées sont considérées comme infantilisante et le fait de devoir se mélanger aux autres est un problème reconnu par la majorité des personnes interrogées. Pour ce qui en est des personnes vivant à domicile, les activités sont variées et sont rarement à mettre en lien avec les groupes de senior communaux. En effet, là aussi nous constatons que les personnes vivant à domicile ne souhaitent pas se mélanger à des personnes qu'ils ne connaissent pas et préfèrent rester avec le réseau amical familier. Pour ce qui en est de l'âgisme, aussi bien les personnes vivant à domicile que celles vivant en MRS ne le perçoivent pas vraiment et ce sujet en révoltent certains. La perception de la MRS en tant que milieu de vie est un des thèmes abordés pour les deux publics. Nous constatons que pour les personnes vivant à domicile, la majorité se refusent d'y penser et émet le droit de mourir afin de ne pas y rentrer. En effet, dans la plupart des cas,

les personnes énoncent un vécu familial en lien avec le placement. Ce placement est dans la majorité des cas vécu en tant que regret ayant abouti à la mort rapide d'un proche. Certaines des personnes vivant à domicile ne sont pas contre l'idée d'entrer en MRS si une perte d'autonomie devenait impossible à gérer à domicile. Une partie des personnes vivant en institution émettent le regret d'y être et dans certains cas, souhaiteraient l'euthanasie. Certains sont reconnaissants vis-à-vis du personnel soignant « *qui fait de son mieux* » (Josette, MRS) pour les aider au quotidien. La vision de la MRS est dans la majorité des cas perçue de façon négative, elle est associée à certains termes tels que « *mouroir* », « *perte de sens* » ou encore « *ma prison* ». Le thème de la perception de solitude ainsi que celui de l'institution ont été vécu par certains de façon difficile donnant place à des larmes et des moments de silence.

A la suite de cette recherche nous pouvons émettre une réponse à l'hypothèse : « Le milieu de vie joue un rôle important pour les personnes âgées et une partie de celles-ci vivent mal un déménagement en cas de perte d'autonomie. »

En effet, le milieu de vie est pour la majorité des personnes âgées rencontrées « le miroir de leur personnalité » (Buguet 2003), leur parcours de vie, un sentiment de sécurité malgré l'observation d'une réalité matérielle bien différente (escalier dangereux, espace restreint...) pour certaines personnes vivant à domicile. Nous remarquons qu'une minorité d'entre elles, composée de personnes de la tranche 85-96 ans ont effectuées des modifications au niveau de l'aménagement de leur habitation afin de faciliter leur vie au quotidien. Pour les autres, une partie a déménagé afin de prévoir une future perte d'autonomie (appartement). Le milieu de vie ce n'est pas que l'habitation ce sont aussi les habitudes, le passé et la mémoire (Eiguer 2004). L'habitation peut être comparée au corps qui va endurer des modifications. Chaque pièce lui donne une fonction tels les organes. Plus la personne perd en autonomie, plus l'habitation va être modifiée afin de s'adapter. L'inconscient joue un rôle sur la manière dont on agence celle-ci. Premièrement, la personne y projette l'image qu'elle porte de son corps. Et deuxièmement, le reflet de l'habitation est à mettre en lien avec l'attachement envers des êtres chers. Elle est une protection, une sécurité vis-à-vis de l'extérieur et les histoires vécues dans ce lieu affirme son identité. L'habitation est un repère qui fait référence à l'identité de la personne et un repaire car la personne s'y sent protégée. C'est un repère identitaire qui symbolise ce que la personne est et ce qu'elle était. Mais aussi un repère spatial qui lui est familier et un repère temporel rempli de souvenirs (Puijalon et Deremble 1984, 7-10). La MRS quant à elle, représente une microsociété avec ses normes et demande une adaptation de la personne âgée pour se conformer à ce milieu de vie où les besoins de la communauté priment sur les besoins individuels. Ce qui

nous amène à la théorie de Goffman (1975) en tant qu'institution totale. Celles-ci ont fortement évoluées mais les tensions structurelles y sont toujours bien présentes.

La personne âgée va devoir faire le deuil de son domicile pour vivre dans un milieu en collectivité avec un règlement d'ordre intérieur délimitant les droits et obligations de cette dernière. Ce changement de milieu de vie donne lieu à une perte de liberté au profit de la sécurité où la personne va devoir reconstruire son identité.

En effet, en entrant en institution, la personne n'est plus libre de fonctionner comme bon lui semble, elle doit s'adapter au rythme de la MRS avec des horaires, des repas et un voisinage qui lui sont imposés. Une première différence est à établir entre les personnes vivant à domicile et les personnes en MRS. La plupart des personnes vivant en institution sont appelées des « résidents » par le personnel de cette dernière. Cette notion fait référence au principe de résider au sein de l'institution. Là où les personnes à domicile parlent d'habiter qui nous amène à une image d'appartenance. Cette appropriation donne lieu à une identité propre à cette habitation (Cérèse et Eynard 2014).

« ...On voit ainsi que le logement et l'identité entrent en interaction pour déterminer le traitement social dont la personne concernée fera l'objet. Et nous ne faisons pas l'objet du même traitement social quand nous sommes habitants ou quand nous sommes hébergés. Le regard social, sociétal, porté sur la personne n'est évidemment pas le même. Il s'agit toujours en désignant la personne de lui assigner une place particulière » (Billé 2016, 57-66).

A domicile, la majorité, expriment le souhait de rester « chez soi » qui représente leur identité personnelle. Le « chez soi » s'observe, se raconte par des photos, des couleurs sur les murs, des meubles familiaux. Il se définit par le marquage avec des objets qui représentent l'identification de la personne au sein de son habitation, lui donnant la place d'être soi (Saferty 2003).

Fisher (1997), explique que le « chez soi » fait référence à l'espace ainsi qu'aux relations, aux liens entre la personne et cet environnement.

« Elle est un support de l'expression de soi, une spatialisation de l'identité, un intégrateur de nos valeurs, de nos représentations et de nos fantasmes » (Villela et Petit 1989).

Le « chez soi » est l'endroit où la personne redevient elle-même donnant lieu à un sentiment de liberté (Vassart 2006). Toutes les personnes interrogées à domicile expriment ce sentiment de liberté, de libre choix.

Le libre choix est la capacité de réfléchir et de prendre ses propres décisions. Il est dicté par la raison, c'est un choix éclairé. La situation vécue en cas de perte d'autonomie est à mettre en lien avec la

prise de décision. La personne âgée va devoir agir en tenant compte des problèmes qui l'incombent et réfléchir à ce qui peut augmenter ses capacités (Aristote 1990). Elle va devoir prendre en considération ses limites et va s'accompagner du choix de demander de l'aide aux personnes de confiance (Zielinski 2009).

Pour les personnes vivant en MRS, il y a rarement consentement de la part de ces dernières. En effet, lors des interviews avec les résidents des MRS, nous constatons que ceux-ci arrivent à la suite d'une perte d'autonomie et/ou par un choix en accord avec la famille proche. Macia et coll. (2008) indiquent que dans plus de 60% des cas, c'est l'entourage qui émet le choix de l'entrée en MRS. Dorange (2005) définit cette décision en tant que « *choix par défaut* » et parle alors de la personne âgée en tant qu'« *objet de placement* ».

Le consentement, c'est l'acceptation d'un choix, dans ce cas, c'est accepter l'entrée en MRS. Fraisse (2007), définit le consentement comme un

« *Acte par lequel quelqu'un donne à une décision dont un autre a eu l'initiative l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution.* »

Cette définition exprime l'implication de la famille dans la décision d'entrée en MRS.

Dans certains cas, l'entrée se fait dans l'urgence à la suite d'une hospitalisation. Régulièrement, des médecins prennent la décision d'imposer la MRS au patient quand ils ne perçoivent pas la possibilité d'un retour à domicile. Ce non-choix est alors imposé au même titre que le choix de la MRS. Cette manière de fonctionner apporte à la personne âgée de quitter son domicile et par la même occasion sa ville (en fonction des places disponibles dans les institutions ou pour se rapprocher du domicile des enfants). En MRS, la majorité des personnes interrogées, expliquent leur arrivée comme une obligation sans autres possibilités. Plusieurs expriment une solitude en lien avec leur ancien milieu de vie, leur ville, leur maison et les souvenirs qui s'y rattachent.

La perception de solitude est beaucoup plus présente en MRS qu'à domicile dans le cadre de cette recherche. Les personnes interrogées en institution se sentent pour beaucoup abandonnées malgré des visites régulières. Effectivement, le réseau social n'est pas à mettre en lien avec la perception de solitude mais c'est plutôt la qualité des contacts. Les moments sont courts et pour certains trop souvent au sein de la MRS. Beaucoup vivent toute la journée dans leur chambre en ayant très peu de contact avec les autres résidents.

Ce manque de contact volontaire envers les autres résidents de la MRS nous amène à l'hypothèse suivante : « Au sein des MRS, les personnes âgées bénéficient d'interactions sociales avec les autres résidents ainsi qu'avec le personnel donnant à ces dernières un sentiment d'appartenance à un groupe et ainsi favoriser le bien-être. Les personnes sont donc

moins enclines aux perceptions de solitude et d'isolement social que celles vivant à domicile. » Par le biais de cette recherche nous nous devons d'infirmer cette hypothèse.

La perception d'isolement social n'est pas plus présente en MRS qu'à domicile. Tout d'abord à domicile les contacts sont nombreux et une minorité parle d'un manque de contacts durant la semaine et ne le considère pas comme de l'isolement mais comme un choix de rester seul par moment.

En MRS, les personnes ne perçoivent pas d'isolement social à la suite des nombreux contacts journaliers avec le personnel ainsi que lors des repas avec les autres résidents. Cependant, nous ne pouvons affirmer le sentiment d'appartenance. En effet, ce qui ressort de nos entretiens est bien différent. Les personnes âgées vivant en MRS émettent une grande solitude vis-à-vis de la population qui compose leur lieu de vie. La différence d'éducation ainsi que la démence sont les raisons évoquées dans la majorité des cas.

Les relations entre résidents sont fort limitées et s'apparentent à une forme de politesse mutuelle. Ces relations sont dites « superficielles », elles s'expliquent par le besoin de se protéger face à l'image renvoyée des personnes démentes et par le souhait de ne pas s'investir dans une relation se terminant par le décès (de Singly 2016). Les personnes interrogées en MRS indiquent pour certaines venir en aide aux résidents éprouvant des difficultés pour se mouvoir jusqu'à la salle à manger ou pour couper leur viande par exemple. Dans ces différents cas, les personnes perçoivent une image positive par le fait de se sentir utile pouvant augmenter l'estime de soi. En effet, l'ethnographie nous permet d'observer des moments où certains résidents des MRS prennent l'initiative de vouloir aider le personnel mais malheureusement, dans les cas rencontrés, ces propositions s'achèvent par le nettoyage des sets de table ou simplement par le fait de proposer à la personne de se reposer. L'autodétermination des personnes âgées dans les MRS où a été réalisé la recherche est très limitée.

L'autodétermination est de laisser la personne décider ce qui lui paraît être le mieux pour elle-même. Trop souvent, la crainte qu'il arrive quelque chose à la personne âgée prend le pas sur le choix de cette dernière alors qu'elle était jusqu'à présent actrice de ses propres changements. Cette autodétermination, décrit trois besoins nécessaires pour le bien-être de la personne âgée (Deci et Ryan 2000).

Il y a d'abord l'autonomie, qui peut être défaillante à la suite de difficultés physique et psychologique donnant lieu à une dépendance pouvant aboutir au placement. Mais une perte d'autonomie ne veut pas dire que la personne n'est plus capable de décider par elle-même. Malgré cela, la personne âgée a besoin de pouvoir effectuer ses propres choix même les plus minimes soient-ils permettant de contribuer à un sentiment de contrôle sur sa vie.

Ensuite, il y a les compétences, le besoin de se sentir utile et par la même occasion, maintenir une bonne estime de soi.

Et pour finir, un besoin de relation. Ce dernier, est sans doute le plus bénéfique pour lutter contre la solitude. Créer des interactions sociales, permet de renforcer le sentiment d'appartenance. Comme notifié plus haut, les personnes vivant en MRS ont rarement des contacts amicaux avec les autres résidents, elles expriment le fait de ne pas toujours se sentir à leur place dans les activités proposées (pour deux des MRS à savoir la moyenne et la grande) qu'elles considèrent infantiles. Ensuite, côtoyer des personnes n'ayant pas le même niveau d'éducation ne leur donne pas envie de se joindre au groupe. Mais après observations, les personnes qui « dérangent » sont les personnes démentes. Cette remarque est formulée au sein de deux MRS mais pas dans la troisième qui est composée d'une aile réservée aux personnes démentes.

À l'hypothèse : « 46% des personnes âgées de plus de 65 ans souffrent de solitude mais la moitié d'entre elles ne se disent pas socialement isolées permettant d'émettre l'hypothèse que l'isolement social n'est pas à mettre en corrélation avec la solitude. » Nous pouvons affirmer par le biais des entretiens au sein des deux milieux de vie, que l'isolement social n'est pas perçu pour la majorité des personnes (à la suite de nombreuses activités pour certaines et des contacts réguliers en MRS). Cependant et majoritairement en MRS, la perception de solitude est ressentie. Pour certaines, cette dernière est à mettre en lien avec le deuil de son ancienne vie et/ou la mort d'un être cher. C'est à ce moment-là que le « se sentir seul » (Schurmans 2003) apparaît pour certaines personnes interrogées. En MRS, le manque vis-à-vis de son ancien milieu de vie aboutit à une perception de solitude mais comme expliqué plus haut, ce n'est pas la maison en elle-même qui donne le manque mais ce qu'elle représente à savoir les souvenirs, l'autonomie, la famille.

La solitude est perçue négativement lorsqu'elle exprime un manque en revanche, elle est perçue régulièrement de façon positive aussi bien en MRS qu'à domicile. Cette solitude positive relance le sujet du libre choix. Celui de choisir un temps pour soi.

L'entrée en MRS dans la majorité des cas s'effectue avec cette notion de « *choix par défaut* » et de la personne âgée en tant qu'« *objet de placement* » (Dorange 2005).

La notion d'autonomie est à mettre en corrélation avec le « *choix de faire* » et semble difficilement compatible avec l'institution (Trépied 2015).

En effet, la MRS s'organise selon la pratique des soins à prodiguer aux résidents dans un laps de temps donné (Mercadier 2004). Les normes et le rythme imposés aux personnes âgées leur laissent une autonomie limitée. L'ethnographie nous permet à plusieurs reprises de constater

ces pratiques. Par exemple, la toilette du matin, là où certains résidents pourraient se laver seul, on vient les aider dans les différentes tâches qui composent cette action afin de passer plus rapidement aux personnes suivantes.

Dans de nombreux cas, par faute de temps et/ou de personnel, l'autonomisation de la personne âgée est réduite voire absente augmentant le sentiment d'inutilité pouvant réduire l'estime de soi.

Le rôle que l'on donne à la personne âgée lui permet de compenser la fragilité identitaire en lien avec sa perte d'autonomie. Lui laisser la possibilité de se débrouiller lui permet de se sentir utile et reconnue.

Les dysfonctionnements pouvant être dû au manque de personnel sont rapportés par les résident vivant en MRS. Cette manière de se plaindre place la personne âgée dans une position de victime ce qui augmente la perception de solitude aboutissant à un manque de protection et de reconnaissance (Paugam 2022).

En quittant leur milieu de vie à la suite d'une perte d'autonomie, les personnes âgées espèrent trouver en MRS une prise en charge individualisée. C'est pour cette raison, qu'il semble important de repenser la MRS tout en tenant compte des moyens humains et financiers nécessaires. Aider les personnes à pouvoir être le plus autonome possible augmente le sentiment d'utilité et par la même occasion une valorisation identitaire. La perception de solitude serait donc plus à mettre en lien avec les habitudes de faire par « soi-même » au sein de son habitation que le milieu de vie en lui-même. Nous nous devons de personnaliser l'accueil du résident et apprendre à lui laisser le temps de faire par lui-même afin de s'habituer pour finir par habiter sa nouvelle demeure. Nous nous devons de donner les moyens au personnel soignant « de faire avec » les personnes âgées au lieu « de faire à leur place ». Ouvrons les institutions sur le monde au lieu de les fermer au nom de la sécurité. Développons des partenariats qui permettent à la population vieillissante de transmettre leur savoir aux jeunes générations. La dimension intergénérationnelle doit-être travaillée, nous nous devons d'intégrer les MRS au sein de la société afin de générer la solidarité. C'est là que l'innovation sociale prend tout son sens, en mettant en place des alternatives à l'institution telle que nous la connaissons. Des MRS plus inclusives sont en train de montrer la voie mais elles sont encore trop peu nombreuses. Car si elle est adaptée, la MRS peut-être un rempart aux perceptions de solitude et d'isolement des personnes âgées et par la même occasion, valoriser la décision de la famille qui souhaite une garantie de sécurité pour leur proche.

Conclusion

En quoi le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65ans peut-il influencer les perceptions de solitude et d'isolement social ? C'est ce en quoi nous tentons de répondre par le biais de la recherche. Nous constatons que les perceptions de solitude et d'isolement social sont définies différemment en fonction des personnes interrogées.

Le milieu de vie des personnes âgées de plus de 65 ans est source de souvenirs donnant lieu aux perceptions de solitude et d'isolement social. En favorisant des interactions sociales, en donnant l'accès à des activités et en revalorisant l'image des personnes âgées, il est possible de diminuer ces perceptions. Une vision globale tenant compte des dimensions physiques (perte d'autonomie), sociales (réseaux et activités) et affectives du milieu de vie est nécessaire pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées et promouvoir une vieillesse épanouie.

Bibliographie

- Augé. 1992. Non-Lieux : introduction à une anthropologie de la surmodernité. Seuil. Internetarchivebooks. Paris.
- Augendre, Michel. 2016. « La Communication ». In *La Communication*, 159-67. Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.dorti.2016.02.0159>.
- « Autour du livre de Jean-Claude Kaufmann. La femme seule et le Prince charmant »: 1999. Travail, genre et sociétés N° 2 (2): 153-77. <https://doi.org/10.3917/tgs.002.0153>.
- Barslund & Thil, Schols, et Van den Bosch. 2022. « Etude relative à l'analyse de la dimension de genre dans le système de pension Belge ». Bruxelles: Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/etude_dimension_de_genre_pensions.pdf.
- Berger, Peter, et Thomas Luckmann. 2018. *La Construction sociale de la réalité*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.berge.2018.01>.
- Bilheran, Ariane, et Patrice Adam. 2011. *Risques psychosociaux en entreprise: les solutions psychologiques et juridiques*. Paris: A. Colin.
- Billé, Michel. 2016. « L'EHPAD : dernière mise en demeure ou mise en dernière demeure ? » *Sens-Dessous* N° 17 (1): 57-66. <https://doi.org/10.3917/sdes.017.0057>.
- Butler. 1997. *Agéisme. L'encyclopédie du vieillissement*. Paris et New York: Edition Française.
- Campéon, Arnaud. 2016. « Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées: » *Gérontologie et société* vol. 38, n° 149 (1): 11-23. <https://doi.org/10.3917/gs1.149.0011>.
- Caradec, Vincent. 2004. *Vieillir après la retraite: approche sociologique du vieillissement. Sociologie d'aujourd'hui*. Paris: Presses universitaires de France.
- _____, éd. 2008. *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. 2e édition. 128 *Sociologie, anthropologie*. Paris: A. Colin.
- _____. 2009. « L'expérience sociale du vieillissement ». *Idées économiques et sociales* N° 157 (3): 38-45. <https://doi.org/10.3917/idee.157.0038>.
- Cattan, Mima, Caroline Newell, John Bond, et Martin White. 2003. « Alleviating Social Isolation and Loneliness among Older People ». *International Journal of Mental Health Promotion* 5 (3): 20-30. <https://doi.org/10.1080/14623730.2003.9721909>.
- Cavalli, Stefano, Jean-François Bickel, et Christian Lalive d'Épinay. 2002. « Les événements marquants du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion ?: une analyse longitudinale ». *Gérontologie et société* 25 / n° 102 (3): 137-51. <https://doi.org/10.3917/gs.102.0137>.
- Cavalli, Stefano, Christian Lalive d'Épinay, et Dario Spini. 2001. « Le décès de proches : son impact sur la santé et sur la vie relationnelle des vieillards un suivi sur cinq ans d'une cohorte d'octogénaires: » *Gérontologie et société* 24 / n° 98 (3): 141-58. <https://doi.org/10.3917/gs.098.0141>.
- Dayez. 2012. « L'isolement social et le sentiment de solitude des aînés : précisions et pistes d'intervention ». *Analyse Enéo*.
- De Jong et Gierveld. 1998. « A Review of loneliness : Concept and definitions, determinants and consequences », *Reviews in clinical gerontology*, 8 (1): 73-80.
- De Jong Gierveld, Van Tilburg, et Dykstra. 2006. « Loneliness and social isolation », *Cambridge Handbook of Personal Relationships*, , 485-500.
- De Singly, François, Claire-Anne Boukaïa, Anouk Brocard, Benoîte Decup-Pannier, Julie Janet Chauffier, Isabelle Mallon, Elsa Ramos, et Florence Vatin. 2016. *Libres ensemble*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.singl.2016.02>.
- Delbès, Christiane, et Joëlle Gaymu. 2002. « Le choc du veuvage à l'orée de la vieillesse :

- vécus masculin et féminin: » *Population* Vol. 57 (6): 879-909.
<https://doi.org/10.3917/popu.206.0879>.
- Delisle. 1987. « La république des silences. Solitude et vieillissement. » 25.
- Denzin, Norman K., et Yvonna S. Lincoln, éd. 2008. *Strategies of qualitative inquiry*. 3rd ed. Los Angeles: Sage Publications.
- Désequelles et Brouard. 2003. « Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution , p. 201-227. » In . Vol. 58. *Population*. INED.
- Dion, Michèle. 2016. « L'isolement et la solitude des personnes âgées au prisme du regard démographique ». *Gérontologie et société* vol. 38, n° 149 (1): 55-66.
<https://doi.org/10.3917/gs1.149.0055>.
- Dorange, Martine. 2005. « Entrée en institution et paroles de vieux »: *Gérontologie et société* 28 / n° 112 (1): 123-39. <https://doi.org/10.3917/gs.112.0123>.
- Eiguer, Alberto. 2017. « La maison, un lieu de vie et de bien-être »: *Enfances & Psy* N° 72 (4): 17-28. <https://doi.org/10.3917/ep.072.0017>.
- . 2021. *L'inconscient de la maison*. 3e éd. Ekho. Malakoff: Dunod.
- Ferraro, Kenneth F., Elizabeth Mutran, et Charles M. Barresi. 1984. « Widowhood, Health, and Friendship Support in Later Life ». *Journal of Health and Social Behavior* 25 (3): 246. <https://doi.org/10.2307/2136423>.
- Fischer, Gustave Nicolas. 2011. *Psychologie sociale de l'environnement*. 2. éd. mise à jour. Psycho Sup *Psychologie sociale*. Paris: Dunod.
- Forsé, Michel. 2008. « Définir et analyser les réseaux sociaux: Les enjeux de l'analyse structurale ». *Informations sociales* n° 147 (3): 10-19.
<https://doi.org/10.3917/ins.147.0010>.
- Foucart, Jean. 2003. « La vieillesse : une construction sociale ». *Pensée plurielle* 6 (2): 7.
<https://doi.org/10.3917/pp.006.0007>.
- Goffman. 1975. *Stigmates, les usages sociaux des handicaps*. Le sens commun. Paris: Edition de Minuit.
- Granovetter. 1973. « Strength of Weak Ties », *American Journal of Sociology* y, .
- Halbwachs. 1972. *Classes sociales et morphologie*. Paris: Edions de Minuit.
- Hendrickson, W. A., et K. B. Ward. 1975. « Atomic Models for the Polypeptide Backbones of Myohemerythrin and Hemerythrin ». *Biochemical and Biophysical Research Communications* 66 (4): 1349-56. [https://doi.org/10.1016/0006-291X\(75\)90508-2](https://doi.org/10.1016/0006-291X(75)90508-2).
- Hughes, Everett C. 1996. *Le regard sociologique: essais choisis*. Édité par Jean-Michel Chapoulie. *Recherches d'histoire et de sciences sociales* 70. Paris: Éd. de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Hummel, Cornelia, Isabelle Mallon, et Vincent Caradec. 2014. *Vieillesse et vieillissements: regards sociologiques*. Le sens social. Rennes: PUR.
- Interville. 2022. « Choix de vie chez les plus de 60 ans n'ayant pas besoin d'aide ». Fondation Roi Baudouin. <https://media.kbs-frb.be/fr/media/10404/FR%20-%202022-2023%20-%20Barom%C3%A8tre%2060%2B>.
- Klinenberg, Eric. 2012. *Going Solo: The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone*. East Rutherford: Penguin Publishing Group.
- Lachapelle, Yves, Barbara Fontana-Lana, Geneviève Petitpierre, Hélène Geurts, et Marie-Claire Haelewyck. 2022. « Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels »: *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives* N° 94 (2): 25-42.
<https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>.
- Lalive d'Epinay. 1992. *Le point de vue du sociologue. La solitude : un défi à l'analyse sociologique*. SOL, la solitude ça s'apprend. Genève: Georg Editeur.
- « L'autodétermination des ainés en Maison de repos ». 2019. MOC de Liège.
<https://mocliege.be/ciep/wp-content/uploads/sites/2/2019/02/MOC->

- Aines_Autodetermination-des-aines-en-maison-de-repos-version-electronique-recompressee.pdf.
- Le Breton, David. 2006. *La saveur du monde: une anthropologie des sens*. Traversées. Paris: Métailié.
- Le Goff, Jean-Louis, et Romain Poupart. 2021. « Lutter contre l'isolement social des personnes âgées: Enjeux et risques d'une prévention du « mal vieillir » par un Conseil départemental ». *Gérontologie et société* 43 / n° 166 (3): 233-49. <https://doi.org/10.3917/gs1.166.0233>.
- Le Lien social: 2022. *Que sais-je ?* Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.pauga.2022.01>.
- Lehman. 1953. *Age and Achievement*. Princeton.
- Lehnisch, Jean-Pierre. 2013. *La communication dans l'entreprise*. 8e éd. mise à jour. *Que sais-je ?, n° 2229*. Paris: Presses universitaires de France.
- Louche, Claude, Cindy Bartolotti, et Jacqueline Papet. 2006. « Motivation intrinsèque et présentation de soi à différentes instances dans une organisation »: *Bulletin de psychologie* Numéro 484 (4): 351-57. <https://doi.org/10.3917/bupsy.484.0351>.
- Macia, Enguerran, Nicole Chapuis-Lucciani, Dominique Chevé, et Gilles Boëtsch. 2008. « Entrer et résider en maison de retraite: des relations de pouvoir autour du corps »: *Revue française des affaires sociales*, n° 1 (mars), 191-204. <https://doi.org/10.3917/rfas.081.0191>.
- Magne, Jean, Jacques Pignault, et Laurent Dubau. 2017. *La prise de décision agile: anticiper les risques grâce aux signaux précurseurs*. Stratégie d'entreprise. Malakoff: Dunod.
- Maisondieu, Jean. 2002. « La vieillesse est-elle synonyme d'exclusion ? » *Gérontologie et société* 25 / n° 102 (3): 227-35. <https://doi.org/10.3917/gs.102.0227>.
- Manuel de recherche en orthophonie. 2022. *Orthophonie*. Louvain-la-Neuve (Belgique) Paris: De Boeck supérieur.
- Marchand, Marie. 2008. « Regards sur la vieillesse ». *Le Journal des psychologues* n° 256 (3): 22-26. <https://doi.org/10.3917/jdp.256.0022>.
- McPherson, Smith, Lovin, et Brashears. 2006. « Social Isolation in America : Changes in Core Discussion Networks over Two Decades », *American Sociological Review*, 71 (3): 353-75.
- Membrado, Monique, et Alice Rouyer. 2013. *Habiter et vieillir: vers de nouvelles demeures. Pratiques du champ social*. Toulouse: Érès éd.
- Mercadier, Catherine. 2004. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital: le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. 2. tirage. Perspective soignante. Paris: Seli Arslan.
- Minois. 1987. *Histoire de la vieillesse*. Paris: Fayard.
- Mucchielli, Alex. 1997. « Méthodologie d'une recherche qualitative en soins infirmiers: » *Recherche en soins infirmiers* N° 50 (3): 65-70. <https://doi.org/10.3917/rsi.050.0065>.
- Nowik, Laurent, et Alain Thalineau, éd. 2014. *Vieillir chez soi: Les nouvelles formes du maintien à domicile*. Presses universitaires de Rennes. <https://doi.org/10.4000/books.pur.69120>.
- Paillet. 1994. « L'analyse par théorisation ancrée », *Cahiers de recherche sociologique*, , n° 23, 147-81.
- Paugam. 2011. *Sociologie des inégalités et des ruptures sociales*.
- Pitaud, Philippe. 2018. « Gérontologie : aux portes de la souffrance ». In *Gérontologie : aux portes de la souffrance*, 29-64. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2018.01.0029>.
- Pitaud, Philippe, et Marika Redonet. 2010. « Solitude et isolement des personnes âgées ». In *Solitude et isolement des personnes âgées*, 25-76. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.pitau.2010.01.0025>.
- Polard, José. 2018. « La vieillesse, un autre regard pour une autre relation ». In *La vieillesse*,

- un autre regard pour une autre relation, 7-12. Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.polar.2018.01.0007>.
- Puijalo et Trineaz. 2000. Le droit de vieillir. Paris: Fayard.
- Puijalon, Bernadette, et Jean-Paul Deremble. 1984. « La maison repère et repaire »: Gérontologie et société 7 / n° 30 (3): 7-10. <https://doi.org/10.3917/gs.030.0007>.
- Ramos. 2006. L'invention des origines, Sociologie de l'ancrage identitaire. Paris: Armand Colin.
- Riley, M.-W., Riley Jr., J.-W.-., Traduit de l'anglais par Guesnet, M. (1991). Vieillesse et changement des rôles sociaux. Gérontologie et société, . 14 / n° 56(1), 6-13.
<https://doi.org/10.3917/gs.056.0006>.
- Schurmans, Marie-Noëlle. 2003. Les Solitudes. Presses Universitaires de France.
<https://doi.org/10.3917/puf.schur.2003.01>.
- Serfaty-Garzon, Perla. 2003. Chez soi: les territoires de l'intimité. Sociétales. Paris: Colin.
- Statbel. 2024. « Structure de la population ».
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population#panel-14>.
- . 2025. « Perspective de la population ».
<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/perspectives-de-la-population#panel-13>.
- Tavier, Pascal. 2003. « Maisons de repos : instauration des projets de vie et intégration du travail social ». Pensée plurielle 6 (2): 87. <https://doi.org/10.3917/pp.006.0087>.
- Thurau, K. 1975. « Modification of Angiotensin-Mediated Tubulo-Glomerular Feedback by Extracellular Volume ». Kidney International. Supplement, septembre, S202-207.
- Trépied. 2015. « Devenir dépendant. Approche sociologique du grand âge en institution ». EHESS.
- Trépied, Valentine. 2014. « L'intégration inégale ». In Le Lien social, 63-76. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2014.01.0063>.
- Valtorta, Nicole. 2016. « Solitude et isolement : le « problème » tel qu'il est appréhendé au Royaume-Uni: » Gérontologie et société vol. 38, n° 149 (1): 41-53.
<https://doi.org/10.3917/gs1.149.0041>.
- Van Rompaey, Christian. 2003. « Solitude et vieillissement ». Pensée plurielle 6 (2): 31.
<https://doi.org/10.3917/pp.006.0031>.
- Vandenbroucke. 2012. « Vieillir mais pas tout seul ». Fondation Roi Baudouin.
http://www.kbs-frb.be/uploadedFiles/KBS-FRB/Files/FR/PUB_1691_Seniors_Admis.pdf.
- Vassart, Sabine. 2006. « Habiter »: Pensée plurielle n o 12 (2): 9-19.
<https://doi.org/10.3917/pp.012.09>.
- Vercauteren, Richard, et Jocelyne Chapeleau. 1995. Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite. Pratiques du champ social. Ramonville Saint-Agne: Érès.
- Wenger, G. Clare, Richard Davies, Said Shahtahmasebi, et Anne Scott. 1996. « Social Isolation and Loneliness in Old Age: Review and Model Refinement ». Ageing and Society 16 (3): 333-58. <https://doi.org/10.1017/S0144686X00003457>.
- Zielinski, Agata. 2009. « Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités: » Gérontologie et société 32 / n° 131 (4): 11-24. <https://doi.org/10.3917/gs.131.0011>.

Annexes

1. Document de consentement



Formulaire de consentement

Je soussigné(e), Mme/Mr/Mlle.....,

personne majeure, domicilié(e) à Waremme (ville), déclare avoir été informé(e) de la finalité des données enregistrées fournies à BERNDT Virginie élève du MIAS2 pour que ces données soient

- Traitées dans le cadre du mémoire du Master en ingénierie et actions sociales de 2^{ème} année (année académique 2024-2025) ;
- Pour que ces enregistrements soient transcrits, analysés et utilisés à des fins d'apprentissage pédagogiques et de travaux scolaires en préservant mon anonymat ;
- Qu'ils soient diffusés ou représentés en préservant mon anonymat

J'autorise donc BERNDT Virginie, à reproduire et publier par quelque moyen les enregistrements auxquels j'ai participé, ceci à des fins purement académiques et sans but commercial.

Je reconnais avoir été informé(e) de ma possibilité à me retirer de l'étude à un moment que j'estime le bon.

Pour que les effets de cette autorisation aient lieu, je signe ce document

À Waremme (ville), le / /2025
(Signature)

2. Profil des personnes interrogées

PROFIL DES PERSONNES INTERROGÉES EN MRS

Tranche d'âge :

Personnes de 65 à 74 ans (1ère ligne)
 Personnes de 75 à 84 ans (2ème ligne)
 Personnes de 85 à 96 ans (3ème ligne)

MRS de 58 lits	MRS de 91 lits	MRS de 168 lits
Deux hommes Un divorcé et un veuf Un ouvrier et un directeur d'académie	Deux femmes et un homme interrogés Divorcés tous les trois Employés tous les trois	Aucune personne rencontrée
Deux femmes et un homme Deux veufs et un célibataire Un dessinateur industriel, un indépendant et un ajusteur-tourneur	Une femme et trois hommes Ils sont tous veufs Trois employés et un artisan	Trois hommes Un veuf, un divorcé et un marié Un ouvrier et deux policiers
Trois femmes Deux veuves et une divorcée Une institutrice, une agricultrice et une secrétaire	Deux femmes et un homme Deux veufs et un divorcé Un employé, un gérant de magasin et un directeur d'école	Deux femmes Toutes les deux veuves Toutes les deux secrétaires

PROFIL DES PERSONNES INTERROGÉES À DOMICILE

PROFIL:

- Sexe (1ère colonne)
- Etat civil (2ème colonne)
- Profession (3ème colonne)

65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 à 96 ans
Onze femmes et un homme	Trois femmes et trois hommes	Quatre femmes et deux hommes
Huit sont divorcés et quatre sont veufs	Trois divorcés et deux veufs	Ils sont tous veufs
Employé communal, assistant dentaire, secrétaire médical, indépendant, enseignant, infirmier, technicien de surface.	Comptable, aide familial, conducteur de travaux, vendeur, ressource humaine, ingénieur civil.	Enseignant, femme au foyer, commerçant, secrétaire, chauffeur livreur et ouvrier de production.

3. Guides d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN À DOMICILE

CRITÈRES D'INCLUSION

- Personne de plus de 65 ans
- Personne vivant seule
- Pas de démence reconnue par un médecin

Thème	Questions	Objectif
Carte d'identité: Profil de la personne	Quel âge avez-vous? Quel profession avez-vous exercé? Avez-vous été marié?	Contexte socio-démographique.
Relation avec la famille et les amis	Avez-vous des enfants? Avez-vous des visites de la famille et/ou d'amis? Avez-vous des contacts avec le voisinage? A quelle fréquence?	Réseaux sociaux, membres du réseau, nombre de contacts.
Qualité des relations	Comment percevez vous ces visites? Y a t-il des différences entre les relations familiales et amicales?	Comprendre si les relations sont de "qualités" et suffisantes pour la personne.
Aide et les soins	Avez-vous des aides à domicile (repas, soins, intendance)?	Aides et soins apportés à la personne dans son milieu de vie (perte d'autonomie).

Thème	Questions	Objectif
Milieu de vie	Votre maison est-elle adaptée à vos besoins ou avez-vous dû déménager ou faire des modifications? Avez-vous des commerces à proximité?	Voir si il y a eu une adaptation dans le milieu de vie et commerce à proximité.
Perception de solitude	Pouvez-vous me définir ce qu'est la solitude? Définition de la solitude Percevez vous de la solitude? Si oui, y a t-il des raisons à mettre en lien avec cette perception de solitude? Considérez vous la solitude comme positive et/ou négative?	Comprendre si le domicile est à mettre en lien avec la perception de solitude. Comprendre les facteurs liés à la solitude. Pouvoir mettre en lien le ressenti de solitude vis à vis de la qualité du réseau social.
Perception d'isolement social	Pouvez-vous me définir ce qu'est l'isolement social? Définition de l'isolement social Percevez vous de l'isolement social?	Comprendre si les relations sont de "qualités" et suffisantes pour la personne.
Stratégie d'adaptation	Avez-vous des activités durant la semaine? Si oui, vous permettent elles de rompre les perceptions de solitude et d'isolement social? Connaissez vous les activités mises en place par votre commune? Allez-vous à ces activités?	Activité mise en place par la commune en adéquation avec la demande des personnes âgées vivant à domicile.

Thème	Questions	Objectif
MRS	Quel est votre perception de la MRS? Irez-vous en MRS si vous ne vous sentez plus capable de rester seul chez vous?	Perception de la MRS
Âgisme	Savez-vous me définir ce qu'est l'âgisme? Définition de l'âgisme Avez-vous déjà vécu l'âgisme? Pensez-vous que la société fait assez pour les personnes âgées?	Représentation de la société face aux personnes âgées

GUIDE D'ENTRETIEN MRS

CRITÈRES D'INCLUSION

- Personne de plus de 65 ans

- Personne vivant seule (pas de conjoint dans la MRS)

- Résident de MRS

- Pas de démence reconnue par un médecin

Thème	Questions	Objectif
Carte d'identité: Profil de la personne	Quel âge avez-vous? Quel profession avez-vous exercé? Avez-vous été marié?	Contexte socio-démographique.
Arrivée en MRS	Quand êtes-vous arrivé en MRS? Pour quelle raison êtes-vous venu en MRS? Comment avez-vous fait le choix de la MRS? (choix personnel/familial)	Contextualisation et facteurs ayant contribués au placement.
Relation avec la famille et les amis	Avez-vous des enfants? Avez-vous des visites de la famille et/ou d'amis? Avez-vous des contacts avec le voisinage? A quelle fréquence?	Réseaux sociaux, membres du réseau, nombre de contacts.
Qualité des relations	Comment percevez vous ces visites? Y a-t-il des différences entre les relations familiales et amicales?	Comprendre si les relations sont de "qualités" et suffisantes pour la personne.

Thème	Questions	Objectif
Perception de solitude	Pouvez-vous me définir ce qu'est la solitude? Définition de la solitude Percevez vous de la solitude? Si oui, les raisons de cette perception de la solitude? Considérez vous la solitude comme positive et/ou négative?	Comprendre si la MRS est à mettre en lien avec la perception de solitude. Comprendre les facteurs liés à la solitude. Pouvoir mettre en lien le ressenti de la personne vis à vis de la qualité du réseau social.
Perception d'isolement social	Pouvez-vous me définir ce qu'est l'isolement social? Définition de l'isolement social Percevez vous de l'isolement social?	Comprendre si les relations sont de "qualités" et suffisantes pour la personne. Comprendre si le résident perçoit un isolement social malgré une vie en communauté.
Stratégie d'adaptation	Avez-vous des activités au sein de la MRS? Si oui, vous permettent elles de rompre les perceptions de solitude et d'isolement ?	La MRS met en place des activités pour diminuer les perceptions de solitude et d'isolement mais sont-elles vraiment utiles vis à vis de ces dernières?
Agisme	Savez-vous me définir ce qu'est l'âgisme? Définition de l'âgisme Avez-vous déjà vécu l'âgisme? Pensez-vous que la société fait assez pour les personnes âgées?	Représentation de la société face aux personnes âgées.

4. Verbatims

Verbatims

Prénom (fictif)	Sexe	Age	MRS/à domicile
Mariette	Femme	65	MRS
Josette	Femme	68	MRS
Louis	Homme	70	MRS
Henri	Homme	82	MRS
Georges	Homme	82	MRS
Gianni	Homme	84	MRS
Huguette	Femme	82	MRS
Colette	Femme	76	A domicile

Anna Maria	Femme	95	A domicile
Berthe	Femme	84	MRS
Logan	Homme	96	MRS
Mathilde	Femme	92	MRS
Anne-Claire	Femme	82	MRS
Lucas	Homme	83	MRS
Philippe	Homme	73	MRS
Olivia	Femme	92	MRS
Joséphine	Femme	71	A domicile
Théa	Femme	70	A domicile

Sophie	Femme	93	A domicile
Céline	Femme	89	MRS
Jessica	Femme	87	MRS
Carina	Femme	90	MRS
Jo	Homme	75	MRS
Victor	Homme	90	MRS
Virginie	Femme	85	MRS
Véronique	Femme	72	A domicile
Roger	Homme	80	A domicile

Florence	Femme	76	A domicile
Marie	Femme	94	A domicile
Nathalie	Femme	93	A domicile
Vanesse	Femme	67	A domicile
Nikki	Femme	66	A domicile
Michel	Homme	77	A domicile
Alexandre	Homme	80	A domicile