



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**

FACULTÉ DES SCIENCES
DE LA SOCIÉTÉ
Département de sociologie



L'impensé des classes sociales dans le processus de vieillissement

Colloque international organisé conjointement par le département de sciences politiques, sociales et de la communication de l'Université de Namur et le département de sociologie de l'Université de Genève sous l'égide du Comité de Recherche 6 « Parcours de vie et vieillissement » de l'Association internationale des sociologues de langue française (AISLF)

Université de Namur, 10-11 septembre 2015

Introduction

Au fondement de la gérontologie des années 1970 et 1980 résidait la question du rôle joué par la classe sociale dans l'expérience du vieillissement (Townsend, 1981 ; Walker, 1981). Toutefois, avec le développement des théories de l'individualisme (Beck, 2003 ; Giddens, 1991), la sociologie du vieillissement s'est progressivement détournée de cette problématique pour se consacrer davantage aux questions de réflexivité ou d'agentivité (Formosa & Higgs, 2013) pourtant intrinsèquement liées à la question des classes sociales. Le développement des théories du vieillissement réussi en gérontologie en est l'un des exemples les plus frappants. Ces théories, issues de la prise en compte de l'hétérogénéité des processus de vieillissement, ont curieusement renforcé le manque d'attention aux inégalités sociales au lieu d'ouvrir la voie au questionnement sur les conditions déterminant un vieillissement « réussi » (ou non).

La disparition progressive de questionnements en termes d'inégalités sociales est, de notre point de vue, problématique à une époque où la conjonction de différents éléments sociaux, politiques et économiques vient renforcer les inégalités dans la dernière étape de la vie. Historiquement, si l'instauration des systèmes de retraite vient pallier une organisation libérale défaillante et institue une forme collective de prise en charge des processus de vieillissement, on observe aujourd'hui un retour et une insistance sur la responsabilité individuelle voire familiale dans les débats sur la vieillesse. Cette responsabilité porte sur la gestion raisonnée des différents capitaux à disposition des individus : la santé, l'éducation, la famille, le logement. Elle est à l'œuvre dans les champs scientifique et médical, et soutenue par l'industrie de la consommation (Gilleard & Higgs, 2011). L'effort réalisé par la gérontologie critique anglo-saxonne (Formosa & Higgs, 2013 ; Walker, 1981) pour articuler le vieillissement et les classes sociales mérite d'être repris au regard des évolutions sociétales actuelles. Une telle approche nous semble en effet d'autant plus pertinente que nos sociétés font face à un renforcement des inégalités sociales via un processus de vieillissement différentiel. Le colloque se propose de mettre le champ du vieillissement à l'épreuve du concept de classe sociale et d'ouvrir la voie à l'émergence de nouvelles formes d'observation de leurs réalités empiriques

Les questions qui président à l'organisation du colloque sont à la fois théoriques et empiriques : quels sont les cadres théoriques relevant de la tradition sociologique mobilisés pour expliquer les différents parcours de vieillissement ? Comment renouveler la question des classes sociales dans le champ de la sociologie du vieillissement ? Quels sont les ancrages du concept de classe sociale dans la réalité empirique des processus de vieillissement différentiels ? Comment les discours responsabilisant masquent-ils des différences dans l'expérience du vieillissement ? Il ne s'agit plus tant de connaître l'étendue des inégalités, mais de comprendre comment celles-ci s'instaurent et perdurent.

La réintroduction de la notion de classe sociale dans l'étude du vieillissement sera traitée autour des axes suivants :

1. Le vieillissement différentiel

Certaines études mettent en évidence l'effet des ressources à disposition pour retarder voir résorber les effets de limitation fonctionnelle s'installant avec l'avancée en âge (Cambois & Lièvre, 2007). Cette sociologie étudiant les parcours de dépendance met en évidence des états distincts, des processus réversibles, ainsi que certaines variables influençant les états de limitation fonctionnelle, comme le niveau de formation, l'état civil, le statut familial, le sexe, l'âge, la position dans le parcours de vie ou la capacité à agencer son lieu de vie. Il semble pourtant que l'influence de ces variables soit davantage interprétée comme la résultante d'une forme de rationalité limitée ou relative que comme des rapports de classes sociales ou de pouvoir autour de la définition légitime du « bien vieillir » – expression d'une distinction sociale. Dès lors, comment s'exprime ce différentiel de vieillissement ? Quels cadres théoriques et conceptuels peuvent être mobilisés pour l'étudier ? Le concept de mobilité sociale, cher à la sociologie des classes sociales, fait-il sens à partir du moment où l'on quitte le marché du travail ?

2. Vieillissement et modèles socio-politiques

Des éléments contextuels contribuent également au renforcement de ce différentiel social face au vieillissement. L'augmentation et la multiplication des offres de produits, services et techniques sur le marché de la vieillesse ne pourront être couvertes par les assurances sociales. En conséquence, une partie de ces dépenses devra être supportée par les assurances complémentaires privées ou par les individus eux-mêmes. Dès lors, l'accès à ces différents services, produits et techniques, et plus généralement à un certain standard de qualité de vie, dépendra davantage du capital économique à disposition des individus, renforçant ainsi d'autant plus fortement ce différentiel de vieillissement (Estes & Binney, 1989 ; Hummel, 2006). Mentionnons également le fait « qu'à une époque où dominent les maladies chroniques, et les maladies liées aux déficiences du système immunologique, la capacité de gérer sa santé dépend, beaucoup plus que l'époque précédente, d'attitudes culturelles » (Cribier, 2003, p.7). Si le capital culturel joue aujourd'hui un rôle important dans l'explication des différentes trajectoires de vieillissement, il convient de souligner aussi le rôle du capital social. En effet, la capacité à conserver un certain degré d'autonomie – véritable injonction sociale adressée aux personnes âgées - ne dépend pas uniquement des ressources financières et culturelles mais également de ressources extérieures en relation avec l'étendue et la disponibilité du réseau social à disposition.

Du point de vue des sciences sociales, l'intérêt s'est d'abord porté sur la retraite des ouvriers et des pauvres avant de décrire plus amplement la vieillesse des classes moyennes voire aisées. La littérature, sans jamais l'assumer entièrement, laisse bien transparaître deux modèles de vieillissement en opposition (Nowik, 2012). Le modèle original affilié aux classes populaires, qui envisage principalement la vieillesse selon les théories du désengagement (Cumming & Henry, 1961). A l'opposé, le modèle des classes moyennes, datant sans doute des dernières décennies du XXe siècle, s'ancre dans le cadre théorique du « vieillissement réussi » (Havighurst & Albrecht, 1953) et des activités post-retraite. Quelle réalité revêt ce découpage entre « désengagement » et « vieillissement réussi » aujourd'hui ? Y aurait-il une propension au désengagement plus fort chez les classes populaires ? La réalisation de vieillissement réussi nécessite-t-il des capitaux spécifiques ? Quelle est la répartition des modalités de prise en charge entre le collectif privé, soit la famille, et le collectif public, soit l'Etat, selon la position sociale des agents ? Nous souhaitons par ailleurs, interroger les contours des modèles de vieillissement véhiculés dans différents champs (scientifique, médical, politique, industrie de la consommation). Par quels canaux sont-ils véhiculés ? Le vieillissement actif/réussi s'impose-il comme modèle dominant lié à une classe sociale, comme définition légitime du « bien-vieillir » ? Qu'implique, dès lors, le fait de ne pas entrer dans ce modèle ?

3. Les inégalités du « chez-soi »

La littérature scientifique signale à de nombreuses reprises l'importance du logement dans le processus de vieillissement des personnes âgées. Il est un facteur essentiel de la qualité de vie : « En effet, avec l'arrêt de l'activité professionnelle et, plus tard, quand le poids de l'âge se fait sentir, le temps passé chez soi augmente » (Cavalli, 2012, p.24). Mais cette importance s'exprime également dans la compétence de chacun à pouvoir construire ou reconstruire un « chez soi », en lien avec le processus de construction identitaire. Selon certains auteurs, cette compétence ne se distribue pas de manière égale au sein de la population âgée, dès lors qu'elle dépend pour partie des ressources à disposition de l'individu (Mallon, 2004). Ceci invite à engager une réflexion sur la diversification des lieux de vie, de caractère privé ou public, et à identifier les tensions relationnelles entre les systèmes assistanciers et assurantiels, voire entre des processus d'hospitalisation et d'hospicialisation (Thomas, 2005). Autrement dit, y-a-t-il une continuité avec le modèle hygiéniste et une volonté de disciplinarisation des classes populaires face à leur santé et à la prise en charge de leur vieillesse ? Comment et dans quelle mesure la diversification des lieux de vie contribue-t-elle à renforcer, voire à favoriser un renforcement du vieillissement différentiel ? S'ajoute ici une réflexion sur le développement récent des soins à domicile à l'aune d'un processus de privatisation des services : quels types de soins sont accessibles et à qui? Quels sont les espaces de reconstruction identitaire possibles et pour quelles classes sociales?

4. Le corps, marqueurs des inégalités sociales

Ces réflexions nous amènent à nous interroger plus largement sur le corps vieillissant et les classes sociales. Certaines valeurs et normes véhiculées démontrent, comme le précise Le Breton, que le corps, par-delà sa réalité physiologique, est également une construction sociale. Ce rapport au corps varie donc selon l'appartenance sociale (Surault, 1983) et conduit, selon Boltanski (1971), à l'élaboration d'une sorte de code de bonne manière d'être avec son corps. Plusieurs études ont par ailleurs mis en évidence le poids non négligeable du niveau d'instruction dans le rapport au corps, à la maladie, à la santé, à la douleur et au champ médical (Aiach, Bon, Deschamps, 1992 ; Surault, 1984 ; Zborowski, 1972 ; Zola, 1966). Ces différents usages sociaux du corps questionnent donc l'accessibilité aux soins et aux différents services de santé, dans un contexte médical qui favorise, comme l'exprime Pinell (1998), l'émergence de la figure du patient sentinelle – la personne formée pour prendre part à sa propre surveillance – renforçant ainsi la compétence d'autocontrôle, chère à Elias, que l'on sait se distribuer de manière très inéquitable dans la population. Ce constat nous amène à nous interroger sur l'existence d'une forme de capital réflexif, qui serait, lui aussi, inégalement réparti. Ainsi, les discours médicaux et gérontologiques ne seraient pas intégrés, voire incorporés de la même manière par tous. Vallin, Caselli et Surault (2002) montrent que les milieux les moins favorisés sont le lieu d'une moindre capacité d'identification des caractères morbides d'une pathologie donnée, d'un rapport au corps moins réflexif, d'une résistance plus grande à la douleur et d'une moindre médicalisation. La littérature épidémiologique, notamment les études PAQUID, montre un retard d'identification des symptômes de la maladie d'Alzheimer chez certaines catégories sociales. Qu'en est-il au moment où l'individu fait face à son corps vieillissant ? Quelle réflexivité par rapport au corps vieillissant retrouve-t-on dans les différentes classes sociales ? Les normes sociales du corps vieillissant sont-elles intégrées par tous de la même manière ?

5. Inégalités face à la mort: fin de vie, soin palliatifs, euthanasie

Domaine privilégié de la démographie et de l'épidémiologie, de nombreux facteurs sociodémographiques ont été mis en évidence pour expliquer les inégalités sociales face à la mort. Nous constatons d'abord que ce champ est traversé par une véritable lutte de pouvoir entre le savoir médical et celui des sciences sociales quant à la définition d'un modèle théorique cohérent. Lutte qui s'observe à travers les principaux facteurs et cadres explicatifs de ces inégalités, allant d'une justification génétique, physiologique et biologique par le savoir médical à une approche plus structurelle, voire constructiviste de ces dites inégalités, en passant par une conception behavioriste principalement centrée sur les comportements à risque, qui aménage une place étendue aux conséquences de l'alcoolisme et du tabagisme. Bien que de nombreux facteurs sociodémographiques mesurent l'expression de ces inégalités sociales face à la mort, il est important de

constater que les cadres explicatifs de ces inégalités restent loin d'être satisfaisants. Si cette thématique est largement investie aujourd'hui et que la littérature scientifique a démontré l'existence d'inégalités et leur renforcement durant ces 20-30 dernières années, il n'en reste pas moins un vide théorique et explicatif assez surprenant pour un objet si largement traité (Valkonen, 2002).

Il s'agit ici d'interroger la notion d'égalité face à la mort et de comprendre, d'une part, comment émerge une nouvelle sensibilité autour de la figure du mourant et, d'autre part, de l'étudier en termes d'inégalités sociales. La finitude de l'être humain, souvent mise à distance dans nos sociétés européennes (Ariès, 1975), semble se cristalliser dans le discours des personnes âgées (Clément, 2007). En effet, conséquemment à l'augmentation de l'espérance de vie, l'expérience de la mort est aujourd'hui une affaire de « vieux » (Anchisi, Hummel, Dallera, 2014 ; Monnier & Pennec, 2001 ; Clément, 2007). Ceci nous permet donc d'élargir notre question à l'institutionnalisation de la prise en charge des mourants, ainsi qu'aux soins palliatifs et à l'euthanasie, en questionnant la diversité des pratiques selon l'ancrage social des agents et en étudiant la diffusion du modèle du « bien-mourir » qui concerne au premier chef les classes sociales les mieux dotées.

6. Bibliographie

Aïach P., Bon N., Deschamps J-P., (1992), *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

Anchisi A., Hummel C., Dallera C., (2014), Finir sa vie en établissement médico-social : mourir dans un lieu de vie, *Soins Infirmiers*, vol. 8, pp. 67-69.

Ariès P., (1975), *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen-âge à nos jours*, Paris, Seuil.

Beck U., (2003), *La Société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion.

Boltanski L., (1971), Les usages sociaux du corps, *Annales, Economie, Société, Civilisation*, No 1, Janvier-février, pp. 205-233.

Cribier F., (2003), La santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite, *Retraite et société*, vol. 2, No 39, pp. 93-117.

Cambois E., Lièvre A., (2007), Les passages de l'autonomie à la dépendance, *Gérontologie et société*, Volume 2, No 121, pp. 85-102.

Cavalli S., (2012), *Trajectoire de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en institution ?*, Genève, Edition Georg.

Cumming, E., Henry W., (1961), *Growing Old, the Process of Disengagement*, New-York, Basic Books.

Clément S., (2007), Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse, *Retraite et société*, vol. 3, No 39, pp. 63-81.

Estes C. L., Binney E. A., (1989), The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas, *The Gerontologist*, Vol. 29 (5), pp. 587-596.

Formosa M., Higgs P., (2013), *Social class in later life: Power, identity and lifestyle*, Bristol, Polity Press.

Giddens A., (1991), *Modernity and Self-Identity*, Bridge Street, Polity Press.

Gilleard, C., Higgs, P. (2011), Consumption and Aging, in Settersten, J. R. A., Angel, J. L., (dirs.),

Handbook of Sociology of Aging. New York, Springer New York, pp. 361-378.

Hummel C., (2006), Le senior, la science et le marché: Un point de vue sur vieillissement différentiel selon l'origine sociale, *Revue suisse de sociologie, numéro thématique « Health and Aging »*, Vol. 32:3, pp. 511-525.

Mallon I., (2004), *Vivre en maison de retraite*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.

Meslé F., Vallin J., (2002), la transition sanitaire: tendances et perspectives, in Caselli G., Vallin J., Wunsh G. (dirs.), *Les déterminants de la mortalité*, Paris, Ined, pp. 325-341.

Monnier A., Penneec S., (2001), Le grand âge et le vécu de la mort, *Gérontologie et société*, No 98, pp. 129-139.

Nowik, L. (2014), La mobilité résidentielle des retraités, in Hummel C, Caradec V., Mallon I., (dirs.), *Vieillesse et vieillissements*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, pp. 257-270.

Pinell P., (1998), Médicalisation et procès de civilisation, In Aïach P., Delanoë D., *L'ère de la médicalisation: ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, pp. 37-51.

Surault P., (1983), Les déterminants socioculturels de la morbidité et de la mortalité, In Quetelet C., (dir.), *Morbidité et mortalité aux âges adultes dans les pays développés*, Louvain-la-neuve, Université catholique de Louvain.

Surault P., (1984), Les facteurs de différenciations sociales de la mortalité, *Espaces, Populations, Sociétés*, No 3, pp. 131-150.

Thomas H., (2005), Le métier de vieillard. Institutionnalisation de la dépendance et des processus de désindividualisation dans la grande vieillesse, *Politix*, No 72, pp. 33-55.

Townsend, P. (1981), The Structured Dependency of the Elderly: A Creation of Social Policy in the Twentieth Century, *Ageing and Society*, Vol.1, No 1, pp. 5-28.

Valkonen T., (2002) Les inégalités sociales devant la mort, In Caselli G., Vallin J., Wunsh G., (dir.), *Les déterminants de la mortalité*, Paris, Ined, pp. 351-370.

Vallin J., Caselli G., Surault P., (2002), Comportements, styles de vie et facteurs socioculturels de la mortalité, In Caselli G., Vallin J., Wunsh G., (dir.), *Les déterminants de la mortalité*, Paris, Ined, pp. 255-306.

Walker A., (1981), Towards a Political Economy of Old Age, *Ageing and Society*, vol.1, No 1, pp. 73-94.

Zborowski M., (1972), La diversité des attitudes culturelles à l'égard de la douleur, In Steudler F., (dir.), *Sociologie Médicale*, Paris, Armand Colin, pp. 121-144.

Zola K., (1966), Culture and Symptoms: an analysis of patient presenting complaints, *American Sociological review*, No 31, pp. 615-630.

Propositions de communication: colloque-classes-sociales-2015@unige.ch

Calendrier:

Délai pour les propositions de communication: 15 février 2015

Réponse du comité scientifique aux propositions de communication: 15 avril 2015

Comité Scientifique:

Annick Anchisi, Haute Ecole de Santé Vaud (HESAV), (CH)

Nathalie Burnay, Université de Namur, (B)

Sylvie Carbonnelle, Université libre de Bruxelles, (B)

Hélène Eraly, Université de Namur, (B)

Cornelia Hummel, Université de Genève, (CH)

Isabelle Mallon, GRS Université Lumière Lyon 2, (F)

Alexandre Pillonel, Université de Genève, (CH)

Natalie Rigaux, Université de Namur, (B)

Ingrid Volery, Université de Lorraine, (F)

Inscription au colloque : aislf2015@unamur.be

Frais d'inscription : 50 euros

Site internet : aislf2015.unamur.be