

15ème JOURNÉE RÉGIONALE
de la SOCIÉTÉ RHONE-ALPES de GÉRONTOLOGIE
THÉÂTRE MUNICIPAL - COURS DE VERDUN
MARDI 4 MAI 1976

THEME DE LA JOURNÉE : LES PERSONNES AGÉES EN MILIEU RURAL

- 9 heures : Accueil des participants
Ouverture de la journée par M. le Président PEYSSON (Romans)
- 9 h.30 : GÉNÉRALITÉS sur LES RURAUX AGÉS
- a) Que sait-on aujourd'hui en France des personnes âgées en milieu rural ?
par M. le Professeur Michel PHILIBERT (Grenoble)
et M. François PEYRE (Grenoble)
- b) Le MONTAGNARD AGÉ, par M. le Docteur BOYER (Chambéry)
- c) Le RURAL AGÉ EN PLAINE, par M. NURY (Valence)
- 10 h.30 : D I S C U S S I O N
- 11 h.30 : Que sait-on en France de la santé des personnes âgées en milieu rural ?
par M. le Docteur JANDEL (Montrevel-en-Bresse)
- D I S C U S S I O N
- 12 h.45 : REPAS en COMMUN à la SALLE DES FETES
- 14 h.30 : ROLE ET ACTION DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE
en faveur des personnes âgées
par Mademoiselle BESWICK, Assistante Sociale chef de la Mutualité Sociale
Agricole de l'Ain
- 15 h.30 : D I S C U S S I O N
- 16 heures : Complément sur l'action sociale en milieu rural
et
- 16 h.30 : Conclusions de la journée, par M. le Professeur HUGONOT (Grenoble)
- 17 heures : FIN DES TRAVAUX

SOCIÉTÉ RHONE-ALPES DE GÉRONTOLOGIE
Siège social : 15, rue Hébert - 38000 GRENOBLE
C.C.P. LYON 6101 37 R

DÉLÉGATION DE L'AIN :

Maurice BONAMOUR
26, rue de Crouy
01000 - BOURG-en-BRESSE

15 JUN 1976

BOURG-en-BRESSE, le

Madame, Monsieur,

Nous avons le plaisir de vous adresser ci-joint une relation de la 15ème journée régionale de gérontologie organisée à BOURG, le 4 Mai dernier.

Il ne s'agit pas d'un compte-rendu sténographique des débats - notre sténo ayant été victime d'un accident quelques jours avant.

Nous pensons cependant que ce document vous permettra de retrouver l'essentiel de nos discussions de cette journée.

Nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments toujours dévoués.

Madame et Maurice BONAMOUR

COMPTE - RENDU

de la

15ème JOURNÉE RÉGIONALE DE LA SOCIÉTÉ RHONE-ALPES DE GÉRONTOLOGIE

MARDI 4 MAI 1976

THÉÂTRE MUNICIPAL de BOURG-en-BRESSE

La séance est ouverte à 9 heures 30 par M. le Professeur Robert HUGONOT (Grenoble) secrétaire général de la société en l'absence de M. PEYSSON, Président, retenu pour raison de santé.

Sont excusés : Monsieur le Préfet de l'AIN, retenu au dernier moment
Monsieur PINGEOT, Directeur régional de la Sécurité Sociale
Mademoiselle MAGNIN, conseillère régionale et adjointe au Maire de LYON
M. RUET, Sénateur, Président du Conseil Général de l'Ain
M. Louis ROBIN, conseiller général de l'Ain, Président du Comité d'informations sociales aux personnes âgées de l'Ain
M. MORIN, conseiller général de BOURG II
M. LAGRANGE, conseiller général de Chatillon-sur-Chalaronne
M. le Conseiller général d'Oyonnax
M. le Président des Anciens Combattants prisonniers de guerre de l'Ain

Le Professeur HUGONOT est entouré de :

M. le Docteur BOYER, médecin de la DASS de la SAVOIE
M. le Docteur JANNEL, Conseiller Général de Montrevel-en-Bresse
M. VERNY, Directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale de l'Ain
M. FALCONNET, Vice-Président du Comité d'Informations Sociales aux personnes âgées de l'Ain et Président de l'Association d'Aide aux personnes âgées de l'Ain
M. MOREL-LAB, Maire-Adjoint de la Ville de BOURG représentant M. MARBEROT, député-Maire retenu à PARIS
M. NURY, Président de l'Office valentinois des personnes âgées

Sont présents dans l'assistance (composée de plus de 300 personnes dont 220 s'étaient régulièrement inscrites) :

MM. CARRIER, LAMARCHE, PERNOD, Conseillers généraux de l'Ain

Les administrateurs de la société Rhône-Alpes de gérontologie :

Dr CHAPUY (Lyon), Dr DIAZ (Aix-les-Bains), Dr BONIER (St-Julien-en-Genevois), Dr DELOMIER (St-Etienne), Mme SAVIOZ-BUHOT, Conseillère régionale (Roanne), Mme MARTINET (Annecy), Mme SEVEZ (Chambery), Mme et M. BONAMOUR (Bourg-en-Bresse).

GÉNÉRALITÉS SUR LES RURAUX AGES.

a) Que sait-on aujourd'hui en France des personnes âgées en milieu rural ?

(Professeur Michel PHILIBERT - Assistant François PEYRE de Grenoble)

VINGT MINUTES ne suffisent pas pour parler des ruraux âgés du fait que le vieillissement est différentiel selon les individus, les classes, les groupes, les cultures, les structures matrimoniales, les sexes. Il est reconnu que les citadins ne vieillissent pas de la même façon que les ruraux, les ruraux agricoles ne vieillissent pas comme les ruraux non agricoles ; le fermier est différent du propriétaire ou du métayer selon les régions. Ces résultats proviennent de 3.000 enquêtes effectuées par des instituteurs ruraux, des employés de caisses de retraite, des assistantes sociales.

Dans le domaine de la santé, se déclarent en bonne santé : 34 % des agriculteurs, 40 % des non agriculteurs et 49 % des urbains.

L'état de santé plus déficient en milieu rural est allié à la plus grande dispersion des services de santé à la campagne par rapport à la ville (médecins, pharmaciens, infirmières) et 8.700.000 unités de visite en plus de ce qui existe seraient nécessaires pour couvrir les besoins en milieu rural, dit Paillat.

En ce qui concerne les visites et fêtes 50 % de ruraux les pratiquent. La visite des parents et amis n'est pas idyllique et confortable. Plus la famille est nombreuse, plus les ruraux sont isolés (un seul enfant restant au pays que les autres quittent).

Les statistiques sont difficiles à exploiter en ce qui concerne le sexe, l'âge. Elles présentent des dents de scie en 70 et 74 ans, une chute de 75 à 80 ans, une situation plus favorable après. Il faut souligner l'importance du caractère évolutif du vieillissement. Les générations ne vieillissent pas de la même façon selon les contextes historiques du temps. A l'époque où sont nées les personnes âgées d'aujourd'hui, à la fin du siècle dernier ou du début de ce siècle, la majorité de la population rurale vivait de l'agriculture, puis les ruraux sont venus en ville pour devenir des ouvriers, des artisans, des employés d'administration et actuellement on assiste à la désertion des territoires ruraux.

M. PHILIBERT déclare que l'impression générale ressortant des travaux de PAILLAT est que la condition des ruraux âgés est moins idyllique que celle des urbains.

M. PEYRE précise qu'on est bien loin d'une société de confort et d'abondance. Dans l'appréciation de la pauvreté et de l'aise, plus de 50 % se déclarent plus pauvres. 59.000 personnes cumulent un grand âge (+ de 80 ans) avec des ressources insuffisantes, plus une demi-heure de marche pour arriver à un secours - moins de 5 visites par an.

A ce sujet, M. PHILIBERT recommande différents ouvrages cités dans la note ronéotypée distribuée aux participants à la journée.

Pour la plupart des gens, les retraités agricoles sont plus heureux que les artisans ou commerçants retraités, les milieux de ces derniers étant peu organisés, plus concurrents les uns des autres que dans le milieu paysan rural. Même dans l'isolement et avec une petite santé, les agriculteurs qui ont cédé ou vendu gardent un minimum d'occupation (poules, jardin) sur le lieu où ils conservent leur milieu et leurs souvenirs, ils gardent des relations avec le milieu social dont ils sont issus. Peut-être pourrions-nous prendre des leçons dans le milieu agricole : le monde paysan avait trouvé pour les relations entre les hommes, et entre les hommes et la nature, un équilibre détruit dont il faudrait s'inspirer contre les périls d'une vue cahotique, compétitive qui nous menace. Il devrait être une leçon d'humilité et de sagesse, conclut le Professeur PHILIBERT.

b) Le MONTAGNARD AGÉ en SAVOIE

(Docteur BOYER, médecin conseil de l'Aide Sociale à la DASS de Chambéry)

D'abord trois remarques sur son intervention personnelle :

- ce n'est pas une étude de chiffres
- la catégorie concernée est uniquement celle des agriculteurs
- il n'a pas lu les ouvrages de PAILLAT, d'où ses conclusions différentes, plus optimistes.

En qualité de médecin-contrôleur de l'aide sociale depuis 1958, le Dr BOYER raconte une de ses premières visites à domicile dans la vallée des Arves au-dessus de St-Jean-de-Maurienne, pour contrôler un jeune handicapé de 25 ans, dans une vieille bâtisse où tout le monde vivant de l'exploitation était rassemblé : le père, la mère, le jeune handicapé, le frère, la sœur, les poules, le cochon, les vaches et le cheval, les bêtes étant séparées symboliquement des humains et où on n'avait pas l'intention d'appeler le médecin individuel parce qu'on s'en remettait à la chaleur de la vache pour guérir l'infirmes.

Il relate une deuxième visite dans une autre vallée mauriennaise, pour voir un infirme mal soigné par un rebouteux, puis une troisième d'une mémé de 70 ans atteinte d'une fracture du col du fémur depuis 6 mois non soignée.

Depuis 15 ans les choses ont changé, mais il reste une situation particulière du montagnard âgé. Alors que les jeunes partent vers la vallée ou vers la ville où ils trouvent des emplois, les vieux restent dans les communes de montagne tant que la maladie et surtout l'invalidité le leur permettent. Ils tiennent à leur cadre de vie, conservent leurs habitudes, les amis, leurs occupations, même s'ils vivent dans des conditions précaires. Si leurs enfants sont installés en ville, ils ne peuvent les rejoindre en raison de la cherté des loyers ou des ventes d'appartements.

La dépopulation de la montagne se fait par les jeunes et les adultes d'où un vieillissement croissant de la population montagnarde. L'augmentation de la longévité moyenne de la vie fait qu'il existe dans nombre de communes de montagne de grands vieillards, ce qui aggrave encore l'évolution de ce vieillissement. La moindre longévité des ruraux signalée par PAILLAT ne paraît pas intéresser ces populations de montagne, sans doute parce que les conditions d'hygiène s'améliorant parallèlement à l'amélioration de la surveillance médicale.

La question a été posée à plusieurs médecins installés en montagne ou exerçant en grande partie en montagne, de savoir si la couverture médicale existante était aujourd'hui satisfaisante tant pour les montagnards que pour les médecins eux-mêmes, ou pour mieux dire si elle avait moins à souffrir de la comparaison avec ce qui se passe en zone urbaine ou en plaine.

Le Dr BOYER rapporte alors quelques traits ou quelques histoires racontées par les médecins sur l'exercice de leur profession il y a 15 ou 20 ans, à cette époque où le paysan de la montagne appelait

plus facilement le vétérinaire pour ses bêtes que le médecin pour lui-même et sa famille, soignés avec les moyens du bord, les médecines empiriques, les remèdes de grand-mère ou le concours moins onéreux du rebouteux ou du guérisseur.

Le manque de routes, l'isolement des communes, les mauvaises conditions atmosphériques, les rigueurs de l'hiver rendaient très difficiles les visites médicales et les soins.

Tel médecin de St-Michel-de-Maurienne appelé en hiver auprès d'un malade à 15 kms, avec une route enneigée praticable à skis seulement, et arrivant au but après 5 heures d'efforts surhumains. Le malade étant bénéficiaire de l'aide médicale, le médecin a reçu 10 mois plus tard le remboursement de la visite à domicile avec frais de déplacements à skis, soit à l'époque 4 F.80 de nos francs actuels.

Tel autre médecin de Beaufort, malade lui-même, appelé en hiver dans un fond de vallée enfoui sous un mètre de neige, terminant sa course à cheval et arrivant auprès d'un malade qui, en fait, l'était moins que lui.

De nos jours, les visites à domicile posent moins de problèmes et les médecins de montagne affirment que la surveillance des populations de montagne est assurée de façon satisfaisante même si elle reste plus difficile qu'en plaine ou en ville.

Les montagnards âgés vont normalement à l'hôpital où ils sont mieux soignés. La tuberculose a régressé et le Dr BOYER souligne l'action efficace de la médecine préventive organisée par la Caisse de Mutualité sociale agricole en 1962, qui a permis grâce au camion radio de dépister les cas de tuberculose pulmonaire parmi la population âgée (5 à 6 cas en 1962, 1 seul en 1975 et aucun en 1974).

Il déplore à ce sujet que ce dépistage et cette médecine préventive écartent, comme dans le régime général de la Sécurité Sociale, les personnes âgées de plus de 65 ans.

Existe-t-il une pathologie de la montagne et du montagnard âgé ? Il ne semble pas.

L'imprégnation alcoolique est nettement moindre qu'en zone urbaine. Les vieux exploitants ne sont pas des buveurs excessifs, alors que les ouvriers agricoles sont aussi souvent alcoolisés que ceux des villes en raison de l'isolement, du déracinement, de l'insécurité de l'emploi.

Les maladies cardio-vasculaires ne sont ni plus, ni moins fréquentes qu'ailleurs, le facteur pureté de l'air et non pollution étant contre balancé par le facteur froid et humidité.

La fièvre de Malte persiste de façon sporadique en moyenne Maurienne et Haute-Tarentaise.

L'échinococcose est encore relativement fréquente, 3, 4 cas par an avec une dizaine de cas mortels ces 15 dernières années.

Le cancer paraît nettement moins fréquent qu'en plaine (3 fois moins).

Le goître, disparaît.

Il y a un vieillissement croissant de la population montagnarde avec un taux inusité de personnes âgées de 20 % même 30 ou 35 %, soit 1 habitant de plus de 65 ans sur 3, avec de très vieux montagnards ayant dépassé 75 et 80 ans.

Parmi les chefs d'exploitation dénombrés dans le Beaufortin en 1968 :

0,8 % ont moins de 25 ans
2,9 % entre 25 et 29 ans
3,1 % entre 30 et 34 ans
7,9 % entre 35 et 39 ans
11,7 % entre 40 et 44 ans
14,4 % entre 45 et 49 ans
10,9 % entre 50 et 54 ans
12,6 % entre 55 et 59 ans
15,9 % entre 60 et 64 ans
10,5 % entre 65 et 69 ans
9,4 % ont 70 ans ou plus.

Cette permanence des montagnards âgés, s'explique par la tendance croissante de la double activité des jeunes et des adultes :

- la double activité journalière avec partage des occupations entre les vieux qui s'occupent des bêtes, les femmes de la maison, les jeunes aux travaux des champs ou à l'usine ;

- la double activité saisonnière dans les grandes exploitations avec les travaux pour les jeunes et vieux l'été, alors que l'hiver les jeunes sont moniteurs de ski, percemens ou serveurs.

Cet arrangement économique et familial a permis la maintenance du groupement traditionnel dans la campagne agricole.

Que fait-on pour maintenir à domicile les vieux montagnards qui n'ont pas d'enfant ou dont les enfants sont partis ou disparus.

L'assistance mutuelle des habitants de la montagne est réelle et efficace alors qu'elle est exceptionnelle en ville.

Le développement des services d'aide ménagère à domicile est difficile (dispersion des hameaux et des personnes à aider, longs trajets, parcours accidentés, neige, verglas). Malgré ces difficultés certaines communes ont pu recruter des aides ménagères fonctionnant dans le seul périmètre de leur propre domicile et payées au prorata des heures effectuées dans le mois.

Il n'est pas impensable de prévoir le travail d'une infirmière circulant avec sa voiture, mais il est plus malaisé de prévoir l'intervention des masseurs par exemple.

Les besoins d'animation se font sentir et la dispersion, les distances entre les hameaux, les intempéries rendent difficile les relations entre les personnes âgées et les jeunes, et le regroupement des personnes âgées au sein des clubs. Il est regrettable que le facteur ne vienne plus au domicile des ruraux.

Malgré ces difficultés, il ne faut pas ne rien tenter. L'animation développée à l'usage des touristes et des vacanciers peut être étendue aux personnes âgées du bourg et des écarts et il existe des clubs du 3ème âge en montagne.

Le Dr BOYER cite la réunion du club de Beaufort dans la salle des fêtes où 80 personnes âgées se sont réunies malgré la neige et le froid, attendant l'équipe habituelle de Chambéry appelée à animer une rencontre d'information des retraités et d'éducation à la retraite.

En conclusion, la protection medico-sociale des personnes âgées en montagne s'est considérablement améliorée ces dernières années et les conditions d'existence continuent d'évoluer de façon bien plus favorable que le laisseraient présager bien des rapports officiels.

c) LE RURAL AGÉ EN PLAINE

(M. NURY, Président de l'Office Valentinois des personnes âgées).

Si l'isolement des personnes âgées en montagne est préoccupant, en région de plaine, les problèmes peuvent être différents mais aussi moins aigus.

Dans le département de la Drôme, la richesse des plaines cultivables, l'exploitation fruitière, les cultures polyvalentes, la mécanisation de l'agriculture, les facilités d'élevage, le voisinage des villes évitent l'exode massif des jeunes.

Cependant, l'isolement existe, il provient de :

- l'isolement des habitations éloignées du bourg, plus groupées le long des fleuves (Rhône, Isère, Drôme).
- l'absence pendant la journée des jeunes qui sont aux champs ou à l'usine
- la disparition progressive de l'artisanat rural
- l'abandon par la population des veillées en milieu rural.

Cet isolement a pu être senti à l'occasion du dépouillement d'une enquête d'octobre 1975, faite sur le plan départemental en éliminant la population des hospices et foyers-logements.

Sur 3270 réponses reçues concernant 1485 ménages et 1785 personnes seules, 1268 de + de 65 ans vivent seules, et 517 vivent en famille.

Sur 2256 personnes ayant eu des enfants, 1458 ont conservé ces derniers dans la localité, alors que 1361 ont quitté la résidence de naissance.

50 % des personnes âgées ne fréquentent pas de club, 50 % souhaiteraient la création d'un lieu de rencontre, la presque totalité prend ses repas au domicile, 304 chez leurs enfants. Très peu quittent leur résidence l'hiver, 914 sur 2258 aspirent à partir en vacances. Un tiers des personnes ayant répondu à l'enquête se déplace difficilement (rhumatismes), une grosse majorité déclare un état de santé satisfaisant. 2/3 vivent en maison individuelle, un tiers cultive un jardin, 1020 sur 3270 souhaitent une amélioration de leur habitat.

Le seul souhait formulé par une écrasante majorité concerne la santé.

d'autant plus important que les communes sont plus rurales, plus agricoles, jusqu'à 25 % dans une de ces communes.

Un enquête réalisée en 1975 à la demande des élus justement préoccupés de la situation de cette tranche de population a permis de mieux connaître ses problèmes, d'autant plus que l'enquête a touché 1310 personnes sur 1740.

- 75 % sont des retraités agricoles, dans l'ensemble les ressources sont faibles, puisque 48 % bénéficient du Fonds National de Solidarité

- 45 % vivent avec leurs enfants à proximité de ceux-ci ; une majorité a donc besoin ou peut avoir besoin d'une aide extérieure.

A la question : VOTRE ÉTAT DE SANTÉ EST-IL BON ou MAUVAIS ?

les réponses ont été les suivantes :

- très bon	2 %
- assez bon	22 %
- ni bon ni mauvais	44 %
- plutôt mauvais	28 %
- très mauvais	5 %

Donc 5 % nécessiteraient des soins à domicile de façon régulière, un certain nombre d'autres sont susceptibles d'en recevoir en cas de maladie ou d'accident.

A la question : EN CAS DE BESOIN, AVEZ-VOUS FACILEMENT ACCES aux SOINS ?

les réponses ont été les suivantes :

médecin	OUI	63 %	NON	29 %
pharmacien	OUI	54 %	NON	39 %
opticien	OUI	29 %	NON	38 %
dentiste	OUI	35 %	NON	33 %
infirmière	OUI	49 %	NON	25 %
masseur	OUI	26 %	NON	30 %
assistante sociale	OUI	32 %	NON	21 %
travailleuse familiale	OUI	9 %	NON	27 %

Un certain nombre de personnes n'ont pas répondu, en particulier pour les services qu'elles connaissent mal, ou dont elles appréhendent mal l'intérêt.

Les pourcentages montrent à l'évidence que les personnes âgées éprouvent beaucoup de difficultés à se soigner par absence de téléphone, manque de moyens de transport, éloignement de certains services.

A la question (qui découle de la précédente) FERIEZ-VOUS APPEL à un SERVICE DE SOINS A DOMICILE ? les réponses sont les suivantes :

6,50 %	oui	souvent
80 %	oui	occasionnellement
13 %	non	

A la question : VOTRE SANTÉ REND-ELLE VOS ACTIVITÉS QUOTIDIENNES DIFFICILES ?

55 % des femmes et 38 % des hommes ont répondu oui, tant pour les travaux ménagers que pour l'approvisionnement et le jardinage.

A la question : DANS LA VIE COURANTE, QUELQU'UN VOUS AIDE-T-IL ?

45 % ont répondu OUI, 55 % NON.

A la question : SOUHAITERIEZ-VOUS FAIRE APPEL A UN SERVICE d'AIDE MÉNAGERE et A UN SERVICE DE SOINS A DOMICILE ?

50 % ont répondu OUI.

D'autres questions concernaient l'amélioration de l'habitat, qui n'est pas sans influencer l'état de santé. Les logements sont souvent anciens, sans confort, et la faiblesse des revenus ne permet pas, dans la plupart des cas, d'apporter les améliorations nécessaires quand elles sont souhaitées.

50 % des personnes interrogées considèrent qu'elles ont plus de difficulté en hiver ; l'isolement devient plus grand, l'inconfort apparaît beaucoup plus nettement, le froid est particulièrement redouté. Malgré tout, 6 % seulement envisageraient de passer l'hiver dans une maison de retraite, et 7 % seulement chez un membre de la famille.

Ces résultats semblent prouver que l'isolement en milieu rural de plaine est peu ressenti, mais si cette impression simpliste est approfondie, elle apparaît sous un jour différent :

- les campagnes sont désertes pendant la journée où la plupart sont aux champs
- la disparition progressive des artisans a supprimé l'animation du bourg
- la cohabitation des générations engendre des conflits qui sont loin de créer une ambiance heureuse
- les distances à parcourir, les problèmes de ramassage rendent difficiles la création de clubs
- la mise en place des services par les associations est hésitante pour les mêmes raisons, malgré les besoins en aide ménagère (1342 personnes) et en soins à domicile (1092 personnes)
- la généralisation du Cedex ne facilite pas les contacts avec le préposé à la distribution postale.

En milieu rural, l'inactivité permanente entraîne chez la personne âgée une morosité, certains regrets qui font que la vie du retraité est loin d'être celle de l'âge d'or.

Malgré tout, certaines communes se sont groupées pour créer des clubs actifs (dans la Valloire) avec ramassage par des volontaires bénévoles. Une étude est en cours pour utiliser les transports des ramassages scolaires.

Les services ménagers fonctionnent avec la solidarité existant encore en milieu rural, les conditions de salariat et l'assistance de personnes dévouées et bénévoles, équipement qui va être complété par la mise en place sur le plan mutualiste de services ménagers et de soins à domicile.

La généralisation de la desserte à domicile (pain, boucherie, alimentation) facilite rencontres et participation à la vie rurale des personnes âgées.

La cohabitation peut être évitée par la création de mini-foyers collectifs ou individuels, ce qui a été entrepris et sera poursuivi dans la Drôme.

Le Conseil Général de la Drôme envisage de financer les transports permettant des visites et échanges entre clubs, la création et le fonctionnement des clubs.

La Mutualité Sociale Agricole organise des conférences traitant de l'hygiène de vie et alimentaire qui sont très suivies et appréciées.

Il n'en reste pas moins vrai qu'en milieu rural, le plus isolé est sans doute le citoyen transplanté au moment de la retraite. La préparation à la retraite doit bien situer ce problème, afin que les erreurs et les regrets ne gachent la vie de cet âge d'or à laquelle tout humain aspire.

M. NURY conclue en signalant que le problème de l'isolement en milieu rural de plaine est loin d'être résolu par ses quelques indications, mais souhaite qu'elles suscitent des réflexions et des initiatives destinées à vaincre cet isolement.

* * * *
* *
*

QUE SAIT-ON EN FRANCE DE LA SANTÉ DES PERSONNES AGÉES EN MILIEU RURAL ?

Docteur JANNEL, médecin-généraliste à MONTREVEL-en-BRESSE).

Le Docteur JANNEL a accepté volontiers de participer à cette journée, car le thème choisi nécessite information et réflexion, les orientations à prendre, les actions à envisager, les éléments d'une politique en faveur des personnes âgées ne peuvent être définies qu'à partir d'une connaissance approfondie des problèmes, des besoins, des aspirations des hommes. Toutefois, il a éprouvé quelques scrupules à la lecture du programme, n'ayant aucune compétence en gériatrie, mais une expérience trop personnelle et trop localisée pour avoir valeur générale, tout autant sociale que médicale.

Son propos sera limité à l'exposé de quelques idées personnelles et à la présentation des problèmes qui, sur le plan de la santé, se posent aux personnes âgées du canton de Montrevel-en-Bresse, son canton.

Il paraît nécessaire tout d'abord d'essayer de définir ce que l'on entend par le mot "santé". Ethymologiquement, c'est l'état d'une personne dont l'organisme fonctionne bien. Cet état peut se définir par opposition au morbide, à la maladie, à l'invalidité. Il peut aussi se définir comme une aptitude à vivre, une force de vivre et même une joie de vivre ; c'est bien à la vitalité que l'on pense lorsque l'on dit : "Quelle santé" ou "il crève de santé". C'est donc sous ce double aspect organique et psychologique que le Dr JANNEL parlera des personnes âgées considérant qu'il s'agit autant d'un problème social que médical.

Le canton de Montrevel compte 1741 personnes âgées de + de 65 ans, soit 17,50 % de la population totale, taux sensiblement plus élevé que celui de la moyenne mondiale (13,50 %). Il est

A la question : ENVISAGERIEZ-VOUS DE QUITTER VOTRE MAISON ?

ont répondu :

4 % oui, pour un logement indépendant plus proche des services

3 % oui, pour un foyer logement

4 % oui, pour une maison de retraite

donc la très grande majorité veut rester chez elle, même handicapée.

D'autres questions enfin concernent les loisirs, l'animation.

10 % seulement des personnes âgées font partie d'une association locale, on peut en déduire que peu de personnes âgées restent intégrées à la vie locale.

Parmi les activités auxquelles elles aimeraient consacrer le plus de temps, les travaux manuels viennent en tête avec 47 %, les visites 28 %, la lecture 25 %, Quant aux vacances, 85 % n'en ont jamais pris, 28 % seulement souhaiteraient en prendre.

Les réponses à cette enquête indiquent donc tout d'abord que les personnes âgées du canton de Montrevel n'ont pas facilement accès aux soins, et que la plupart ne quitteraient pas leur domicile pour bénéficier de soins meilleurs.

On peut en tirer les constatations suivantes :

1^o) Si la technique fournit aujourd'hui des moyens qui permettent de changer les conditions matérielles et même biologiques de la vie humaine, si les progrès de la médecine et des techniques paramédicales, la rééducation, la gymnastique permettent aujourd'hui de limiter, de retarder le vieillissement de l'organisme, la population rurale n'y a guère recours.

2^o) L'isolement des personnes âgées est sans doute plus grand en milieu rural qu'en milieu urbain, du fait de la disposition de l'habitat et de l'insuffisance des moyens de communication mais aussi du fait de la mutation du monde agricole, de l'exode rural. Cet isolement, handicap sur le plan des soins, l'est également sur le plan de l'environnement humain "L'Homme est un animal social" disait déjà Aristote, et la vie sociale est fondée sur la communication, dont les possibilités sont, de plus, parfois limitées par le vieillissement des organes et des sens.

En milieu rural, la radio, la télévision, constituent un précieux moyen de contact avec la vie.

3^o) Les activités de loisirs, dont l'importance sur l'équilibre humain, donc sur la santé, n'a pas besoin d'être souligné, paraissent très insuffisamment développées. Les anciens agriculteurs n'ont souvent pas eu une scolarité prolongée et lisaient peu, ignoraient pour la plupart les vacances et même les jours fériés. Si la mise à la retraite, l'indemnité viagère de départ les ont obligés à quitter leur terre, ils sont désœuvrés. Les plus heureux sont ceux qui ont la chance de vivre avec leurs enfants, continuent à bricoler, s'occupent encore dans l'exploitation ou surtout gardent une ou deux bêtes, activité d'agrément qui leur est certainement précieuse. Le désœuvrement, l'ennui, le sentiment d'inutilité sont graves de conséquences sur le plan santé. Les médecins connaissent des vieillards qui meurent parce qu'ils n'ont plus envie de vivre, parce qu'ils ne servent plus à rien, et qu'ils le disent.

4^o) L'enquête fait ressortir combien les personnes âgées cessent de participer aux activités et à la vie locales.

La société technologique qui est nôtre, condamne les personnes âgées, qui s'adaptent mal à des techniques sans cesse renouvelées, à un bouleversement continu du train de vie, à l'abandon de la tradition. Elles se sentent dépassées sur le plan professionnel, sur le plan social, sur le plan familial. Les avis, les jugements, les conseils des anciens, sont devenus sans valeur. Où est l'époque où la cité était administrée par un Conseil des Anciens que l'on appelait aussi les SAGES ? Où est l'époque, pourtant récente, où le chef de famille était jusqu'à sa mort respecté, écouté, considéré ?

Il nous faut reconnaître que l'évolution de notre société est impitoyable pour les personnes âgées et que l'affaiblissement, sinon l'éclatement de la cellule familiale est particulièrement ressenti en milieu rural.

5^o) Dernière constatation bien connue, l'attachement des ruraux à leurs murs, à leurs souvenirs ils n'ont pratiquement jamais quitté le pays, quand ce n'est pas la maison natale, ils veulent y mourir.

Le Docteur JANNEL conclue : "Je suis de ceux qui respectent ce vœu et n'imposent pas une hospitalisation qui, si elle peut être parfois techniquement bénéfique est bien souvent cruelle et constitue de ce fait un facteur aggravant l'évolution de la maladie.
"Peut-être me suis-je éloigné du sujet qui m'avait été donné à traiter, mais je suis convaincu que la santé, c'est d'abord la vitalité, le goût de vivre et qu'en milieu rural plus qu'ailleurs, l'isolement, le désœuvrement, le sentiment d'inutilité, l'inadaptation à la retraite, constituent de véritables maux qu'il faut combattre, si nous voulons que les progrès de la médecine, la prolongation de la longévité, le recul du vieillissement organique, aient leur pleine signification.

"C'est pourquoi, le médecin que je suis, souscrit pleinement à la mise en place des programmes "d'action prioritaire pour le maintien à la vie sociale des personnes âgées.

"Leur objectif : lutter contre une ségrégation du 3ème âge et contribuer au développement de "l'idée fondamentale que les personnes âgées ont un rôle essentiel à jouer dans la vie de la cité toute "entière, doit être notre objectif à tous car, je le répète, la santé des personnes âgées dépend tout autant "des soins médicaux et paramédicaux, que de la place qu'elles occupent dans la vie de la cité et dans "nos cœurs.

"Et je terminerai en citant cette phrase d'Alexis Carrel que j'entendais hier à la radio : Faut-il "ajouter des années à la vie ou de la vie aux années ? Une politique de la santé digne de ce nom doit "viser ce double objectif".

- DISCUSSION -

QUESTIONS POSÉES

- Remarques de M. WEERS (UDIPA GRENOBLE)

Y a-t-il des ouvrages plus récents que ceux de PAILLAT ?

OUI, voir n° 15 de Juillet 1974 de la revue de gérontologie 74 et dans le prochain n° de 1976 figurera le témoignage d'une assistante sociale de l'Hérault sur l'animation en milieu rural, mais dans des secteurs bien particuliers.

- Une animatrice d'hospice

Est-ce que le problème de la vieillesse est à envisager sur le plan de la santé uniquement ?

- M. MORIN de TAIN L'HERMITAGE

En raison de l'exode rural, les personnes du 4ème âge étant gardées par celles du 3ème âge, il faut penser à celles du 3ème et du 4ème âge.

- Le Club des retraités est-il suffisant ?

Le Dr JANNEL cite la création à Montrevel-en-Bresse d'un centre social avec un logement foyer à Foissiat (commune du canton), un bureau d'aide sociale intercommunal, des clubs du 3ème âge.

- Y a-t-il des retraités ruraux dans la salle ?

Pourquoi ne leur donne-t-on pas la parole ?

Pourquoi toujours faire parler des personnes qualifiées au nom de ceux qui vivent cette situation de retraités ?

Réponse : Si on la leur donnait, seraient-ils à même de suivre ce genre de rencontres ?

- Que sont les consultations de gérontologie rurales dont a parlé le Docteur BOYER ?

Créées en Savoie en 1962, en réponse à une circulaire ministérielle du 24 mai 1961, à Chambéry avec 14 centres dispensaires, avec des médecins vacataires, infirmières, assistantes sociales, où sont effectuées des électro-cardiogrammes, examens médicaux, radiographies, prises de sang avec recherches de divers paramètres, examens psychologiques, ces consultations sont gratuites et prises en charge par la DASS avec 3/4 d'examen par malade.

- le Docteur DIAZ insiste sur la gymnastique adaptée aux personnes âgées, mais y a-t-il des expériences en milieu rural ?

- Ne pourrait-on obtenir de la part de la Sécurité Sociale qu'elle soit moins exigeante sur la manière dont les personnes âgées remplissent parfois leurs feuilles de maladie ?

- La vieillesse ne s'arrête pas qu'aux bien-portants, que faire de tous les grabataires qui ne peuvent rester chez eux ?

- Le maintien à domicile suppose l'intervention d'aides ménagères et de soins à domicile. Mais combien y ont droit ? Comment peut-on aider les autres et en particulier ceux du 4ème âge qui dépassent les plafonds de ressources ?

Sont alors évoqués : le problème de l'obligation alimentaire, de la différence des points de vue des caisses de mutualité sociale agricole des divers départements, de l'intervention de l'aide sociale des associations privées.

- Développer le plan d'action prioritaire au maintien des personnes âgées à la vie sociale, est-ce le plan finalisé ?
- Ne pensez-vous pas que le problème dentaire est souvent oublié quand on parle de la santé du 3ème âge ? Existe-t-il des expériences de soins dentaires à domicile ? Sinon pourquoi ?
- Est-il possible de mettre à la disposition du public les résultats chiffrés des enquêtes ? Oui, dit le Professeur PEYRE.
- A-t-on chiffré les emplois auprès des personnes âgées ?
- Quelles formations professionnelles répondent aux besoins des personnes âgées ?

* * * *
* *
*

12 heures 45, REPAS en commun à la Salle des Fêtes.

* * * *
* *
*

14 heures 30, ROLE et ACTION de la MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE

par Mademoiselle BESWICK, assistante sociale chef à la caisse de Mutualité Sociale Agricole de l'Ain.

Mademoiselle BESWICK rappelle les origines de la Mutualité Agricole avec la loi du 4 Juillet 1900 sur les Caisses Assurances Mutuelles et la loi du 11 Décembre 1928 portant création de la Caisse Centre de Secours Mutuel Agricole.

Qu'est-ce que la M.S.A. ?

La Sécurité Sociale du monde agricole, avec différentes branches : les assurances sociales (exploitants et salariés), les accidents du travail (salariés), les allocations familiales, la caisse vieillesse, le contrôle médical, la médecine du travail, la prévention des accidents du travail, régies par la législation.

Mais dans chaque M.S.A. départementale on trouve un secteur libre financé par les seules cotisations des professionnels, c'est à dire l'action sanitaire et sociale qui s'efforce d'apporter un mieux être social et a vu son champ d'action s'élargir avec le développement de ses services de travailleurs sociaux.

Il y a trois ans, le Conseil d'Administration des Caisses Centrales a défini une politique d'ensemble de l'Institution avec des objectifs nationaux qui tendent à appréhender les problèmes de la vie sociale en milieu agricole et rural et à s'insérer dans la politique sociale du pays.

La Mutualité Agricole a décidé notamment de consacrer une grande part de ses efforts aux handicapés et aux personnes âgées.

ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES AGÉES.

En France, il y a 2.500.000 retraités agricoles dont 1.750.000 exploitants et 750.000 salariés.

L'objectif prioritaire consiste à développer des actions favorisant le maintien des personnes âgées dans leur milieu habituel de vie, qui selon une enquête de l'I.N.E.D. est l'aspiration la plus profonde de la population âgée.

Le vieillissement déjà plus marqué en milieu rural qu'en milieu urbain, est aggravé par l'isolement et la solitude.

C'est pourquoi, les actions préconisées ont un triple but :

- d'une part, améliorer les conditions de vie matérielle des personnes âgées.
- d'autre part, sauvegarder la santé et prévenir la maladie
- enfin, viser à une finalité humaine plus élevée en favorisant la participation des personnes âgées à la vie sociale.

Ces actions sont menées soit dans le cadre du programme finalisé, soit en développant une action étendue à l'ensemble de la population agricole âgée avec l'aide des services des travailleurs sociaux.

A - ADAPTER LE PROGRAMME FINALISÉ.

Le texte de base (circulaire du 1er février 1972) était principalement conçu pour le milieu urbain, donc il fallait l'adapter au milieu rural avec l'accord du Ministre de la Santé, d'où la circulaire ministérielle du 6 Mars 1973

Cette adaptation porte sur 3 points :

1) le contenu du secteur : priorité accordée au développement des services à domicile et action d'animation. Rien n'a été prévu pour l'habitat pourtant capital.

2) l'implantation ou la définition du secteur : la Mutualité Agricole étant opposée à la politique du "béton" a proposé comme définition du secteur rural l'espace géographique correspondant à plusieurs communes ou même un canton sous réserve qu'il existe des possibilités d'animation.

3) les crédits : la Mutualité Agricole préférant développer les services et les activités d'animation par rapport aux équipements a demandé deux choses, la non-affectation obligatoire des crédits de fonctionnement et la possibilité de transférer les crédits d'équipement aux crédits de fonctionnement.

Elle a été à l'origine de la promotion de plusieurs programmes finalisés dans divers départements, 6 en 1973, 17 en 1974, 10 en 1975.

L'originalité de ces actions se caractérise par

- un effort de recherche pour déterminer les besoins réels et les aspirations de la population âgée
- un effort de sensibilisation du milieu avant d'implanter des actions
- un effort tendant à faire prendre en charge par les personnes âgées elles-mêmes les actions et services mis en place.

B - LES RÉALISATIONS de la MUTUALITÉ AGRICOLE

Une commission nationale d'étude "personnes âgées" a été créée à l'initiative de la Caisse Centrale chargée d'élaborer une politique globale et cohérente en faveur des personnes âgées, conformément au plan d'action sanitaire et sociale adoptée par l'Assemblée générale de la M.S.A. en novembre 1971.

Son souci a été une sensibilisation à tous les niveaux de l'Institution avec adaptation d'une politique souple aux caractéristiques locales, la concertation avec d'autres organismes ou institutions publics ou privés selon le choix de chaque conseil d'administration départemental avec le concours des travailleurs sociaux.

Deux objectifs :

- favoriser le maintien des personnes âgées dans leur cadre habituel de vie
- participer à l'amélioration de la situation des personnes âgées hébergées dans les hospices et maisons de retraite.

1er objectif - La MSA envisage de poursuivre son effort propre en dehors du programme finalisé limité dans le temps et dans l'espace, soit en implantant des secteurs d'action, soit en développant une action plus diffuse avec l'aide de ses travailleurs sociaux, avec mise en œuvre des moyens visant à

- a) améliorer les conditions de vie matérielle des personnes âgées
- b) sauvegarder la santé, prévenir la maladie et le vieillissement
- c) restaurer ou développer les raisons de vie personnelles ou communautaires.

a) développement des services à domicile (aides ménagères et soins)

- pour l'aide ménagère : passation de convention avec les caisses et associations spécialisées
- pour les soins à domicile, formule similaire ou à défaut prise en charge par la CMA d'un service d'infirmières en gestion directe en cas d'absence d'infirmières indépendantes
- développer les actions en faveur de l'habitat en accordant des prêts complémentaires pour la rénovation de l'habitat, en développant l'action éducative menée par les travailleurs sociaux en collaboration avec les organismes spécialisés. Il est possible d'aménager au bourg des logements d'hébergement pour l'hiver, d'utiliser les possibilités offertes par la réglementation des foyers logements type foyer-soleil.

b) le retardement des manifestations de la maladie et du vieillissement par une surveillance de la santé et de l'éducation sanitaire adaptée aux personnes âgées.

La surveillance de la santé consiste en conseils médicaux dans les clubs par des médecins, kinésithérapeutes, infirmières, en dépistages périodiques.

L'action sanitaire peut être réalisée en utilisant le personnel, les équipes, les structures en place avec conseils pratiques (montages audio-visuels, fiches techniques).

c) L'animation du milieu rural par la création de clubs du 3ème âge qui doivent permettre un resserrement des liens entre les générations, des rencontres, échanges d'idées, distractions. Le club en milieu rural doit être le point de départ des services à domicile, le lieu d'exercice de l'éducation sanitaire et de la surveillance médicale, un centre d'informations sociales, d'activités culturelles, artistiques, artisanales, etc...

En complément l'action vacances personnes âgées vient compléter l'objectif visant à restaurer ou développer les raisons de vivre personnelles ou communautaires des personnes âgées.

Second objectif - La Mutualité Agricole propose en vue d'améliorer la situation des personnes âgées en hospices et maisons de retraite,

- d'améliorer sa représentation (élus locaux) à l'intérieur des établissements en milieu rural avec participation plus active à leur gestion et à leur administration
- de développer l'animation à l'intérieur et à l'extérieur des établissements avec participation des personnes âgées aux travaux manuels, jeux, etc.... et l'information orale.

- ACTION DE LA MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE DE L'AIN

- La création en 1965 de la maison de retraite Ary GEOFFRAY à Villereversure (66 lits)
- L'organisation en 1973 d'une enquête sur un secteur défini avec trois documents :

- 1) Une méthodologie
- 2) Une monographie
- 3) Un questionnaire individualisé

Cette enquête portait sur 200 personnes âgées dans 12 communes, sur 2 cantons ruraux avec 68,1 % d'actifs agricoles à St-Trivier-de-Courtes, et 55,9 % à Coligny et un nombre important de personnes âgées 1/4 dans 9 communes, 1/5 dans 2 communes, 1/6 dans 1 commune.

La circulaire d'information du projet d'enquête a été adressée aux élus locaux, aux membres des bureaux d'aide sociale, aux administrateurs MSA, aux associations familiales, à la Croix-Rouge, aux Groupements Féminins de vulgarisation agricoles, aux infirmières, aux sociétés locales.

RÉSULTATS

	1) <u>St-Trivier-de-Courtes</u>		2) <u>Coligny</u>
Souhaitent des W.C.	44 %		44 %
un chauffage	34 %		32 %
des réparations	28 %		42 %
l'eau courante	21 %		15 %

A l'issue d'une rencontre entre les personnes participant à l'enquête, ont eu lieu des réunions des personnes âgées par commune ou groupe de communes pour :

- leur information sur certains droits : retraite, FNS, allocation logement
- leur information sur l'action sociale des caisses de retraite : aide aux vacances, à l'habitat, aide ménagère
- leur information sur les aides à l'habitat (avec présentation d'un WC biologique au prix de 2.500 F.)
- leur animation

Ces réunions se sont déroulées sur 2 mois, avec participation de 50 à 90 % de la population de plus de 60 ans, soit 800 à 900 personnes informées par un contrôleur MSA, un représentant de la Caisse d'Allocations Familiales et de la Caisse Primaire d'Assurance maladie, un technicien du P.A.C.T. et l'assistante sociale.

Mademoiselle BESWICK termine son exposé en rappelant au public les aides diverses pouvant être apportées par l'Union Centrale des Caisses de Mutualité Agricole :

- formation d'animateurs de clubs à condition qu'ils soient des personnes âgées eux-mêmes
- l'aide du F.A.M.E.X.A. pour les clubs ruraux animés par une personne âgée et comprenant un certain pourcentage de retraités agricoles non salariés
- un dossier "Politique de la M.S.A. en faveur des personnes âgées"
- un argumentaire récent pour l'animation des clubs à demander à la caisse départementale avec 20 diapositives (coût 200 Frs) et comportant des données démographiques, sur les retraites, sur la santé, sur les activités entreprises en faveur des personnes âgées.

* * * *
* *
*

DISCUSSION

Monsieur VERNY, Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale, expose les actions conjuguées avec le service public et les initiatives privées, la programmation de plus en plus importante, le nombre croissant de demandes (13 en attente) pour des améliorations ou des implantations d'équipements. Il rappelle l'action de l'Association Départementale d'Aide aux personnes âgées dont les comités locaux rayonnent sur le département pour l'aide ménagère, l'amélioration de l'habitat et l'aide aux vacances.

Le Docteur BOYER demande l'importance des crédits débloqués par la C.N.A. : 1.000 Frs par club en 1974 et 1975.

Le Docteur DIAZ aborde le problème du 4ème âge composé de 60 % de ruraux qui meurent dans les hospices. La C.N.A. cherche comment financer le prix de journée hébergement et le prix médical.

Le Professeur HUGONOT signale qu'est agitée en permanence la question de prise en charge par les caisses maladie, de la partie médicale dans les hospices, en raison de certains blocages au niveau des Ministères, des bureaux vieillesse, alors que ces problèmes sont résolus hors de France (Suisse, Suède, R.F.A.). En France il y a séparation du médical et du social, des lois ont décidé une participation de la Caisse Maladie avec réforme des services invalides, médicalisation des maisons de retraite, mais il existe un blocage au Ministère des Finances et rien n'aboutit.

La circulaire du 24 septembre 1971 prévoit la mise en place d'une organisation gériatrique avec des unités V1, V2 V 120 dans les départements, des maisons médicales de moyen et long séjour avec participation de la Sécurité Sociale, mais là aussi blocage par le manque de colloques entre le Ministère de la Santé, la C.N.A.M. et la Caisse Nationale Vieillesse.

Il conclue cette journée sur l'enrichissement apporté par le thème choisi qui montre que les problèmes sont plus graves en milieu rural qu'en milieu urbain, mais il est enthousiasmant de voir que la Mutualité Agricole est un moteur de la politique vieillesse avec de bonnes réalisations dans l'Ain.

Le programme finalisé sera maintenu dans le 7ème plan pour poursuivre les secteurs prévus au 6ème, avec les centres de jour à raison de 15 par an (13 dans le 6ème plan). Pour mettre au point une sectorisation gérontologique, à titre expérimentale, 100 équipes de secteur par an seront mises en place, soit 400 en 4 ans -(avec une infirmière, une aide-soignante, une aide-ménagère ou 2, une assistante sociale, l'équipe étant réduite en milieu rural à une infirmière, une aide-soignante, une assistante sociale.

Le Professeur HUGONOT lève la séance en remerciant les intervenant et les personnes chargées de l'accueil.

Il annonce la création au sein de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie, d'une Société Rhône-Alpes de médecine gériatrique avec la désignation du Docteur CHAPUY de LYON, en qualité de secrétaire général.

* * * *
* *
*

La prochaine journée régionale aura lieu le 19 OCTOBRE 1976 dans le département de l'Ardèche : PRIVAS ou VALS-les-BAINS.

—o—o—o—o—o—o—o—o—

SOCIETE RHONE-ALPES de GERONTOLOGIE

Bourg en Bresse.
mardi 4 mai 1976

Quelques remarques au sujet de deux enquêtes
de P. PAILLAT, sur "Les Agriculteurs et les
Ruraux non Agriculteurs Agés" (I)

- 1 - Les trois enquêtes faites sous l'égide de l'INSTITUT NATIONAL d'ETUDES DEMOGRAPHIQUES (I N E D) et la direction de P. PAILLAT sur les conditions de vie et besoins des Personnes Agées en France sont une source de renseignements unique par la variété et l'étendue du champ d'exploration. Elles sont consacrées à l'étude des Citadins, des Agriculteurs et des Ruraux non Agriculteurs.
- 2 - Les enquêtes battent en brèche les idées reçues sur la vie rurale d'yllique, hygiénique et communautaire. Notamment en ce qui concerne l'état de santé des ruraux qui sont supposés avoir exercé des métiers et des activités dans un environnement non pollué et loin du rythme trépidant des villes.
- 3 - Les réponses aux questions sont très nuancées en fonction de deux critères :
 - l'âge : indiqué généralement de 5 en 5 ans de 65 à 85 et plus
 - le sexe
 - la taille de la famille ou de la fratrie
- 4 - Il est vrai que le problème des ressources est le problème premier des ruraux comme des urbains mais nous avons pris le parti de ne pas le traiter directement, Paul PAILLAT étant en train de procéder sur ce sujet à une enquête spécifique (qui bénéficie des difficultés rencontrées sur ce sujet dans les trois enquêtes citées.)
- 5 - l'approche choisie par les auteurs des problèmes de santé est originale et riche. Faute de pouvoir procéder à plus de 3.000 examens médicaux, il a été choisi les " indicateurs" suivants :
 - opinion des intéressés sur leur propre santé
 - maladie ayant tenu au lit et comportant appel à médecin
 - facilité à sortir de chez soi et se déplacer
 - besoins et consommation en actes para-médicaux

Cette méthode de travail a l'avantage d'offrir en même temps des indications précieuses sur les mesures à prendre.

-
- (I) Conditions de vie et besoins des personnes âgées en France
II - Les Agriculteurs Agés. T. LOCOH et P. PAILLAT 248 p.
III- Les Ruraux Agés NON Agriculteurs . J. MASLOWSKI et P. PAILLAT 246 p.
PUF INED Cahiers N° 61 et 68

1969-72-13

6 - l'enquête a été faite sur le terrain notamment par des fonctionnaires des mutualités agricoles et des instituteurs qui connaissent le milieu rural. D'une façon plus générale, l'enquête a été pensée et conduite dans le souci d'offrir aux pouvoirs publics, aux travailleurs sociaux, au corps médical, des indications utiles et des amorces de solutions aux problèmes posés.

7 - l'enquête comporte 6 chapitres.

- . Etat Civil et composition de la famille
- . Etat de santé
- . Activité professionnelle et passé
- . Rapports avec la société
- . Besoins
- . Logement

8 - Les études ci-dessus se distinguent de celles de F. BOERLIÈRE qui, sur un nombre plus restreint de sujets (500) a procédé à des examens médicaux approfondis qui, comme celle de F. CRIBIER, abordent le problème sous un angle résolument ethnologique et géographique.

BIBLIOGRAPHIE

- H. CENDRON Etat de santé et besoins des Retraités agricoles
de la Sarthe
Fond National de Gérontologie 1972 72p
- F. CLEMENT Migration et Vieillissement (Plozevet)
Cahiers F N Q - Paris 1972 N° I
- J. VILLOT Les Problèmes de la vieillesse en milieu rural
Famille Rurale N° 227 Juin 1971.
- G. DEBRY - S. BLEYER - JM MARTIN
Comment se nourrissent les Personnes Agées
Rurales et Urbains
N° 13 - Gérontologie 73 p 7.
- ZARLA et RAYNAUD
Petits salaires, petits commerçants,
paysans et la vieillesse.
N° 13 - Gérontologie 73 p 55
- ZARCA et REYNAUD
Vieillesse et Classes Sociales
Consommation - Annales du CREDOC
N° 4 1974
- E. CENDRON et J. VALLERY - MASSON
Sexualité et fécondité d'un groupe
d'Agriculteurs Agés.
N° 14 Gérontologie p. 48
- U. LEHR et SCHMITZ-SCHNEIDER
Corrélation significative entre appréciation
personnelle et appréciation médicale de
l'état de Santé des Personnes Agées.
Gérontologie 75 n° 19 p. 17
- F. BOURLIERE - H. CENDRON et F. CLEMENT
Le Vieillissement individuel dans une
population rurale française
Etude de la commune de PLOZEVET
Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie
de Paris.
Tome 10 - XI° Série 1966 - pp 41 à 101-Masson Edit.

le 30 Avril 1976

C F D G

5 rue de la Liberté
38000 - GRENOBLE. -