

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

19

**DOSSIER**

*La vieillesse, une maladie ?*

# S O M M A I R E

**Éditorial 3**

## **Dossier** **La vieillesse, une maladie ? 5**

### **NOS COLÈRES, NOS DIFFICULTÉS**

Cachez ces vieux	6	Anne-Marie Pabois
La vie devant nous	7	Denis Labayle
Quand la maltraitance se fait institutionnelle	10	Anne Perraut Solivères
Les personnes âgées aux urgences	12	Jean-Noël Berguit
La solitude du soigneur de fond	13	Odile Quirin
Une journée ordinaire dans la vie de Jeanne	15	Dominique Tavé
Il faut tuer les vieux !	16	Stanislaw Tomkiewicz
Je ne veux pas vieillir	19	Christian Bouret
Qu'est-ce qu'elles ont toutes ?	19	Anne-Marie Pabois

### **LE PAYSAGE SOCIAL**

Nos aînés les intéressent	20	Patrick Alloux
Les inégalités sociales de santé chez les personnes âgées	21	Martine Devries
APA : Solidarité publique	23	Bernard Senet
ou privatisation de la perte d'autonomie	27	Georges Blein
Gériatrie et dépendance	33	Sylvie Lagabrielle
Revue de vieillesse	34	Marie-France Gounouf
La qualité de l'aide à domicile	37	Cécile Hilairret
Faire le sale boulot	38	Charlotte Herfray
La vieillesse en analyse	39	Catherine Jung
Migrants vieillissants	40	Christiane Vollaire
Être, mais à quel prix ?		

### **COMMENT FAIRE MIEUX ?**

Pour le jour où se sera mon tour	45	Françoise Ducos
Solidarité au Neuhof	46	Elisabeth Pénide
Alice, la vieillesse en rose	48	Dominique Tavé
Marie	49	Evelyne de Wileman
Les moyens d'être des lieux de vie ?	50	Marie Kayser
Réseau gérontologique du Pays de Retz	52	Marie Kayser
La maison de village	54	Anne-Marie Pabois
Une existence non point amoindrie mais atténuée...	56	Pierre Sansot
Je suis Mme Mills	59	Rosemarry Mills
Testament de vie	60	Rémi
Au-delà de la colère	61	Anne-Marie Pabois, Martine Devries

## **Rubriques**

Images du corps : La preuve par l'image	63	Monique Sicard
Actualité politico-médicale : La santé réduite aux soins	66	Christian Bonnaud
Non à la directive européenne du médicament	68	Marie Kayser
Prescription en DCI	70	Francis Blanc
Santé publique : Antibiotiques	72	Jean-Pierre Lellouche
Clinique : Quelques centimètres carrés de muqueuse	74	Marie-Janne Martin
Un acte révolutionnaire	75	Bertrand Riff
Génétique et liberté : La santé publique, l'Europe et la société	76	Laurent Dianoux
Coup de gueule : Mort par gâchis	80	Denis Labayle
Ailleurs, autres regards : La révolte contre la déshumanisation de la médecine	81	Alain Caillé
Histoire de la médecine : L'internat en médecine (1802-2002)	87	Anne Nardin, Françoise Salaiün
Nous avons lu pour vous	91	

# E D I T O

## Défendons notre système de protection sociale et travaillons ensemble autrement

Des infirmières libérales aux médecins urgentistes hospitaliers - en passant par la grogne des médecins généralistes et spécialistes -, c'est l'ensemble des professions soignantes salariées ou en mode d'exercice libéral qui depuis plusieurs mois expriment leurs difficultés à travailler correctement. Cette crise généralisée de notre système de soins va bien au-delà de la grave pénurie quantitative en ressources humaines et matérielles actuelle qui met à mal le fonctionnement quotidien de nombreuses structures de soin. Les dépenses de soin continuent d'échapper à toute régulation raisonnée politiquement, sans amélioration significative de la qualité du soin dispensé au patient. La juxtaposition des seules démarches corporatistes centrées à courte vue sur le « il nous faut plus d'argent » ne fait qu'enkyster un peu plus notre système de soins dans ses ornières actuelles, faisant ainsi le jeu de ceux qui ne pensent qu'en terme de logique commerciale ou administrative. Par ailleurs, des objectifs de santé publique majeurs tels que la prise en compte du vieillissement de la population, les morts et blessés par accidents et les pathologies liées aux conditions de vie et de travail sont complètement absents des nos préoccupations quotidiennes de soignants.

Les modalités de nos journées de travail, le temps du soin sont à revoir profondément. Mais aussi sont à repenser nos rapports avec nos tutelles administratives et financières, la façon de rendre compte de nos activités vis-à-vis de la population et devant la Justice. Trop souvent des contraintes réglementaires ou légales, liées aux archaïsmes de nos statuts professionnels, nous interdisent ou nous dissuadent d'aller vers ces indispensables évolutions de nos métiers qui touchent à la coordination des soins, à la santé publique et à notre formation professionnelle continue. Sur ces modifications à apporter, de nombreuses pistes existent déjà et ne demanderaient qu'à être encouragées et soutenues par une politique de santé digne de ce nom. Malheureusement le gouvernement actuel, en réduisant le montant des remboursements, qu'il s'agisse des médicaments, de la visite à domicile ou des arrêts maladie et en baissant progressivement la part des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale prend une option opposée : il ouvre grand les portes au secteur assurantiel et au développement d'une médecine à deux vitesses.

Nos journées du 9 et 10 novembre prochains à Paris, sous l'égide de la revue *Pratiques* et du Syndicat de la Médecine Générale, montreront qu'il existe des alternatives à la politique actuelle. Elles seront une contribution à la redéfinition indispensable de nos rôles et attributions respectives dans les métiers du soin, au sein d'un système de santé rénové, s'inscrivant dans le cadre d'un service public de qualité.

Patrice Muller  
médecin généraliste



# D O S S I E R

## La vieillesse, une maladie ?

**L**e vieillissement commence au premier jour de notre vie...

Ceux qui voudraient nous faire croire que la vieillesse est un monde à part ne cherchent qu'à mettre à l'écart une image d'eux-mêmes qu'ils ne peuvent affronter. Ils préparent ainsi le terrain profitable pour ceux qui feront de l'argent avec la dépendance aussi : assurances, matériel, médicaments, et qui aimeraient penser qu'ils vont sauver l'humanité. La médecine, les soins contribuent certes à repousser plus loin la frontière de la mort physique. Mais ils négligent ce qui fait l'être humain vivant, inséré dans une communauté, accepté avec son histoire, respecté, en lien avec les autres. Le niveau de vie de la personne âgée détermine directement les conditions de sa fin de vie et, sur ce plan, les inégalités sont criantes. Actuellement, seules des ressources notables permettent de maintenir la personne âgée dépendante dans des conditions matérielles dignes, préservant ainsi sa singularité.

Au domicile, où soignants et familles s'épuisent à colmater des brèches, chacun de leur côté, la cohérence et la pertinence des « soins », entendus au sens large, sont rarement assurés.

En institution lorsque, pour des raisons physiques, matérielles ou psychologiques (détérioration, isolement) la personne âgée a dû s'y résoudre, la rigidité du fonctionnement, l'organisation rationnelle se traduisent par des actes à la chaîne, davantage de rapports d'évaluation, de papiers, au détriment de la parole et de la relation.

Dans les deux cas, la situation est souvent critique, accentuant le désarroi et la dépendance de la personne qu'on voulait soutenir : la société se défait sur la médecine des questions posées par les difficultés du grand âge, elle ne fait que colmater des brèches et, du fait de la pénurie de moyens, elle le fait mal. La société ne considère actuellement la vieillesse que comme un marché rentable, et/ou un objet de rejet, sans voir les aspects positifs et les solutions non médicalisantes. De ce fait, les auxiliaires de vie, les aides à domicile, personnel non médical, restent mal reconnus, sous-payés, et sans statut véritable.

Mais il y a des lieux, des expériences pleines de dynamisme, d'imagination et de chaleur humaine, qui ne sont pas forcément plus coûteux pour la collectivité et qui permettent à ceux qui y vivent ou qui y travaillent d'être respectés et reconnus. Bien vieillir, aider l'autre à bien vieillir, c'est continuer à bien vivre, dans toutes les dimensions de la personne et garder la conception qu'ils ont de leur désir de vivre.

La fragilité de la fin de la vie et le sort fait aux personnes dépendantes nous confrontent aux conflits de valeurs de notre société, où l'individualisme triomphant et le désir de maîtrise sur les choses et les gens priment sur la bénéfique nécessité du lien tissé au travers des services et des dons échangés.

Martine Devries

# Cachez ces vieux

Anne-Marie Pabois

Médecin généraliste

Il est des seniors que notre société exhibe, affichables qu'ils sont dans les gares et agences de tourisme : ceux-là, tous en sont fiers, ils « présentent » bien. Autonomes (ils ne demandent rien à personne), ils sont consommateurs de loisirs variés (voyages, culture physique et psychique), mais aussi de coiffeurs et de médecines diverses (prévenir la maladie, être maître de son avenir). Souvent utiles comme bénévoles dans des associations, ils le sont tout autant comme nounous de leurs petits-enfants. Oui, ceux-là, ils ne nous gênent pas : ils satisfont encore pour un temps aux critères de vitalité validés par notre société, ceux d'une jeunesse idéale, virtuelle et éternelle, la beauté sans plis ni poils, sans maladie et sans problème, une image glacée pour magazine, en somme ! Jusqu'à 75 ans, ils persistent : présentables, ils le sont encore ; consommables et consommateurs, ils le sont souvent ; utiles, ils le sont toujours ; ils peuvent même avoir un rôle politique actif dans notre gérontocratie !

Il est des vieillards qui sont vieux et cette vieillesse visible, indécente, ne peut qu'être malade : osant dévoiler la mort toujours possible, elle ne peut qu'être confiée aux mains dévouées et aimantes de soignants divers aptes à toutes sortes de dévouement. A eux seuls les vieux laissent voir les atteintes dues au grand âge, les ridés poilus déformés et ceux qui se demandent si demain les verra faire encore ce geste-ci ce geste-là ; ceux qui continuent jour après jour à culpabiliser les vivants, ceux qui continuent à nous bouffer, ogres et ogresses qui n'accepteront jamais de partir, jaloux qu'ils sont de nous voir rester ; ceux qui ont toujours tout su tout vécu et mieux que nous,

ceux qui ont peur de mourir, mais s'en iront quand même, ceux qui traînent le regret d'une vie mal ficelée, ceux qui ne veulent pas se rendre compte des limites liées au vieillissement : derrière leur visage, nous savons bien qui rôde. Il y a aussi ceux qui s'ennuient tellement qu'ils ne veulent plus manger et ceux qui, faute de moyens de locomotion, restent claquemurés dans leur logis ou leur mortelle « maison de retraite » ; il y a enfin ceux qui disent qu'ils ne servent à rien, mais qu'on aimerait garder toujours tellement ils sont aimants et paisibles, un sourire malicieux éclairant les rides profondes ; ceux qui, aux petits enfants insatiables, racontent chantent et transmettent, avec les histoires de famille, la base de ces générations futures, chaude solide et rude, mais érigée contre l'oubli et les non-dits. Et tous ceux qui transmettent leur savoir de métier avant de décrocher, corps usés par le travail et la vie. Notre société *du leurre et des artifices* a peur de la mort qui nous attend derrière tout ces visages : jusqu'à quand rejettera-t-elle ses Anciens, eux qui nous relient à notre histoire passée ?



**Le scandale des conditions d'accueil des personnes âgées dans certains établissements, dénoncé par l'auteur en 1995 reste d'actualité. Les normes de fonctionnement ne sont pas au point, et de toute façon, pas respectées. Plus grave, la question de fond n'est pas abordée par le monde politique.**

# La vie devant nous

En 1995, je publiais aux éditions du Seuil une enquête sur les établissements d'accueil des personnes âgées, intitulé *La vie devant nous*. Derrière ce titre anodin, je révélais la situation désastreuse de nombreux établissements qui utilisaient « l'or gris » pour s'enrichir. Le livre fut largement commenté dans les médias puisqu'il suscita plus de cinquante articles dans la presse écrite, une quinzaine d'émissions de radio et plus d'une dizaine d'émissions télévisées dont deux numéros d'« Envoyé spécial ». Il faut dire que le sujet, à l'époque, ne préoccupait ni le monde politique ni la société civile en générale, la mort et la vieillesse étant des sujets tabous dans notre civilisation. Que ceux qui s'imaginent que les droits d'auteur furent à la hauteur de l'écho médiatique se rassurent. On n'achète pas un livre sur les maisons de retraite comme un polar, un Sulitzer ou un roman d'Amélie Notomb. Les articles furent nombreux, mais les ventes limitées. Par contre, j'eus la satisfaction d'avoir donné un coup de pied dans la fourmilière des exploiters de la vieillesse et d'avoir servi l'éthique médicale en dénonçant une situation humainement inacceptable, et ce, dans tous les secteurs, privé comme public.

Je mettais tout d'abord en cause les petits établissements artisanaux développés souvent sans contrôle sanitaire, utilisant la vieillesse comme une marchandise, exploitant le désarroi des familles et parfois leur complicité. Qu'il s'agisse de pavillons aménagés en maison de retraite, de petits hôtels transformés, de maisons de retraite anciennes devenues inadaptées à la nouvelle clientèle, autant d'établissements qui se révélaient incapables de répondre humainement à la dépendance. Ni surface minimum de vie, ni respect des rythmes physiologiques, ni structure d'hygiène, ni personnel qualifié, parfois même ni liberté. L'élevage en stabulation chez certains. Pas de règles. La jungle. Sans compter le racket des médecins généralistes, des infirmières libérales, des kinésithérapeutes, des pharmaciens et des laboratoires. Bref, une affaire juteuse qui en a enrichi plus d'un. Avec le silence coupable des instances sanitaires de tutelles. Il faut dire que les lois autorisant l'ouverture et permettant la fermeture de ces établissements dépassaient l'absurdité bureaucratique habituelle. J'en démontais les mécanismes. J'évoquais aussi dans ce livre la montée en puissance des grandes chaînes de maisons de retraite financées par les groupes

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue



financiers qui depuis des années investissent dans les structures de soins. Bien qu'attirés par l'or gris, ces établissements se révélaient en moyenne de meilleure qualité que les précédents, car soumis à des cahiers des charges plus stricts. Surtout, on pouvait remarquer une extrême diversité avec, pour certains, une recherche de qualité et, pour les autres, la recherche exclusive de la rentabilité. Dans un chapitre, j'analysais également la situation du « marché de la démence », toujours financièrement très porteur en raison du manque aigu de structures publiques.

Mais, dans le domaine des établissements d'accueil pour personnes âgées, le manichéisme simpliste entre établissements privés et établissements publics se heurtait à la réalité. Hélas, plus mon enquête avançait, plus je découvrais l'étendue de l'oubli du service public. Sur les 218 000 lits d'hospice recensés en 1975, il en persistait 45 000 lors de la rédaction du livre en 1995, alors que leur disparition définitive avait été annoncée pour 1985. Quant aux formules nouvelles du service public qu'il s'agisse des maisons de retraite publiques ou des hôpitaux de longs séjours, le constat était accablant. Pendant les quarante années qui suivirent la guerre, le service public s'attacha à développer les hôpitaux aigus, laissant dans l'abandon la majorité des établissements publics destinés aux personnes âgées. Pire, je découvrais que ces secteurs délaissés avaient alimenté les caisses des hôpitaux de soins aigus. L'exemple des hôpitaux de longs séjours, situés dans la grande couronne de Paris et dépendants de l'Assistance Publique de Paris illustre parfaitement cette politique cynique de l'oubli. On avait transféré une grande partie de la population âgée de la capitale dans des établissements vétustes issus des anciens sanatoriums, des anciens hospices ou dans des bâtiments style HLM de mauvaise qualité. Avec la complicité des instances dirigeantes, du conseil d'administration et de

l'ensemble des soignants qui fermaient les yeux sur l'inadmissible. Pour l'administration, les hôpitaux publics de longs séjours au prix de journée aussi coûteux que ceux des structures privées, se révélaient une manne pour le reste de l'institution. Bien sûr, globalement, le parc des établissements pour personnes âgées n'était pas homogène. Il existait des petits établissements privés de qualité, certaines grandes chaînes sanitaires avaient une politique de recherche et tout le service public n'était pas défaillant. Mais les insuffisances l'emportaient malheureusement trop souvent sur le respect de nos aînés. Surtout, il régnait dans ce monde professionnel une étonnante loi du silence. De nombreux directeurs de maison de retraite, au lieu de reconnaître les lacunes existant dans leur profession, s'insurgèrent contre le livre. Et je me souviens de débats publics houleux. C'était d'autant plus stupide que mon objectif dans la deuxième partie était d'attirer l'attention sur des expériences pilotes. Je rendais aussi hommage aux chercheurs solitaires et inconnus, appartenant souvent au monde associatif, qui découvraient les solutions qui permettraient de répondre aux problèmes de demain. Rappelons que le papy-boom démarre en 2005 avec, à partir de cette date, un Français sur quatre, âgé de plus de 60 ans.

Sept ans plus tard, qu'en est-il de la situation des établissements pour personnes âgées ? Le mouvement lancé à l'occasion du livre a-t-il porté des fruits ?

Tout d'abord, est-ce un hasard, j'appris ici et là, de nombreuses fermetures, en plusieurs villes de France, d'établissements jugés subitement insalubres. Certaines Directions Départementales d'Action Sanitaire et Sociale se seraient-elles réveillées à cette occasion ? Si oui, tant mieux. Espérons que le réveil ne sera pas transitoire et que les contrôles se poursuivront. J'ai soutenu la lutte de certaines employées de maison de retraite qui s'étaient insurgées contre leurs employeurs



dont un médecin propriétaire de six maisons. Elles sont passées en jugement et ont fini par gagner. Un film réalisé avec une caméra cachée par l'équipe de Jean-Marie Cavada ne fut jamais diffusé après menaces du dit médecin. La télévision a reculé.

Beaucoup d'établissements privés et publics ont été reconstruits ou rénovés au cours de ces cinq dernières années. Tant mieux, même s'il reste encore beaucoup à faire et que l'on puisse regretter que la taille de certains établissements rénovés n'ait pas été remise en cause. La vie collective obligée à 150, 200, 500 ou 800 est-elle justifiée ? Est-elle humaine ? Est-elle facteur de respect et de dignité ?

Après une période de prise de conscience, bien des chantiers publics sont restés inachevés. Des collègues qui travaillent dans un hôpital de long séjour et qui m'avaient reproché de décrire la vétusté de leur établissement sont venus, plusieurs années après, me chercher pour les aider à soutenir leur demande de travaux, éternellement toujours remis au lendemain.

En ce qui concerne le fonctionnement des établissements, il reste encore beaucoup à faire. Certes, on a écrit une charte pour le respect de la personne âgée, largement affichée, mais a-t-on véritablement vérifié son respect ? Certains fonctionnements comme les horaires des repas anti-physiologiques restent en rigueur. Plus grave, la loi n'a toujours pas précisé les normes minimales de fonctionnement d'un établissement d'accueil pour la surface de la chambre, des sanitaires, concernant l'adaptation des locaux au handicap, l'obligation d'ascenseur etc. Tout au plus le ministère a-t-il récemment énuméré des recommandations, mais sans obligation d'application. Peut-être par peur que de voir ces normes entraînaient la fermeture immédiate de nombreux établissements ? Le grand âge ne fait pas partie des préoccupations de la majorité des hommes politiques. Peu en ont parlé au cours de la campagne présidentielle. Un

seul candidat, Noël Mamère, m'a demandé de venir exposer pendant deux heures les problèmes actuels du grand âge et les solutions possibles. Une invitation imprévue, car je ne suis pas militant de parti politique. La gauche pendant cinq ans de pouvoir est restée timorée. Sa principale réalisation est l'allocation dépendance. Un réel progrès, attendu depuis plus de dix ans. Mais ce pouvoir ne s'est pas attaqué au fond du problème et n'a pas exploité les expériences réalisées avec succès ici et là. J'ai appris récemment que la seule expérience d'appartement thérapeutique transitoire réalisée dans les Yvelines a dû être interrompue par manque de soutien politique et des tutelles administratives. C'était pourtant une réalisation essentielle, humainement intéressante et économiquement rentable. Un moyen astucieux de répondre au manque de place dans les hôpitaux de moyens séjours et de faire mieux pour moins cher. La disparition de cette expérience est un véritable gâchis.

Plus grave, le monde politique n'a jamais abordé le problème de la vieillesse et de la dépendance des personnes âgées en situation de précarité. Aujourd'hui, ces personnes peuvent encore trouver refuge dans les hôpitaux de longs séjours dans les régions où le nombre de lits est suffisant. Une solution souvent humainement médiocre et très onéreuse. Avec plus de quatre millions de personnes en situation de précarité, victimes des années de crise économique, que va-t-il se passer ? Car ces personnes en précarité vieillissent aussi et les structures pour les accueillir n'existent pas ? Alors plusieurs fois j'ai posé la question : va-t-on rouvrir les hospices ? Les mondes politiques et administratifs restent muets sur ce problème ? Aucun projet, aucune proposition, aucune recherche de solutions humaines hormis celles de la médicalisation de situations essentiellement sociales ? Bref, il y a beaucoup à faire et le temps presse.

En relisant mon livre, *La vie devant nous*, je trouve que le texte reste, hélas, terriblement d'actualité.

**Il y a pénurie de personnel dans les institutions accueillant les personnes dépendantes : il s'agit de choix de société privilégiant les services de pointe et rentables. La situation des personnes soignées est souvent indigne et celle des personnels, frustrante ou exaspérante.**

# Quand la maltraitance se fait institutionnelle

Anne Perraut Solivères

*Cadre supérieur infirmier de nuit, chercheur en sciences de l'éducation*

Qui serait assez grand, assez sage, assez patient et assez talentueux pour rester attentif, à l'écoute, prévenant... après avoir « changé » quarante personnes âgées ? C'est pourtant le défi quotidien auquel sont confrontés les soignants œuvrant dans des centres de long séjour où, la nuit, une infirmière et une aide soignante assument la responsabilité de quatre-vingt personnes pour la totalité de leurs besoins. La plupart de ces personnes sont totalement dépendantes, c'est-à-dire qu'il faut les faire manger, les laver entièrement ainsi que changer régulièrement leurs couches car elles ont souvent perdu la maîtrise de leurs sphincters, comme des bébés, avec cette distinction incommensurable qu'elles ont vécu autonomes, qu'elles peuvent avoir eu du pouvoir et qu'elles savent encore ce qu'elles préfèrent si elles ne se sont pas réfugiées dans la démence... autant dire tout ce qui qualifie une vie d'adulte responsable. Comment pourrait-on aider les personnes âgées à surmonter l'écueil monumental du deuil de leur autonomie sans leur donner un minimum d'attention, c'est-à-dire passer du temps avec eux ? Autant dire que les soignants n'y parviennent que rarement et supportent la médiocrité de cette situation au prix de quelques aveuglements sur le ressenti des personnes dont ils ont la charge ainsi que sur leur propre

conscience. Il ne s'agit pas là de tenter l'exhaustivité ni de jeter l'opprobre sur des soignants qui sont déjà soumis à rude épreuve, d'autant que de grandes différences se font jour en faveur des bons vieux et bonnes vieilles dont le caractère s'est fait à la situation et qui savent encore donner une bonne parole, un sourire. De plus, il existe de grandes disparités régionales, mais il apparaît hélas peu probable que la sollicitude du soignant puisse « tenir » au-delà des trente premiers du « tour » de changes, sans compter que ces ultimes conditions de « vie » ne portent pas les personnes dépendantes à garder leur humour, leur patience ni leur conscience très aiguë... Il ne s'agit pourtant là ni de ce que l'on appelle des mauvais traitements ni des brutalités (« la maltraitance ») qui ne sont pas exclus pour autant, mais bien d'une banale et rationnelle déshumanisation par la fréquence et donc le rythme trop rapide des interventions qui ne permettent pas de faire attention au désir de celui qu'on remet au « propre ». C'est alors bien de maltraitance dont il est question, dans le sens de ne pas bien traiter, subtile distinction avec le verbe maltraiter dont la connotation sadique est plus directe et surtout plus voyante. Lorsque changer les couches d'une personne se substitue à lui « dire bonsoir », tient lieu pour l'essentiel de la relation,

nous pouvons difficilement prétendre la soigner, au sens de prendre soin d'elle. Nous nous contentons par conséquent de la nourrir, la loger, la blanchir, sans trop l'abreuver car, ainsi que le conseillent certains représentants du « juteux » marché de la couche aux soignants, il vaut mieux éviter de lui donner à boire le soir (pas de tisane... de toutes façons on n'a pas le temps) afin de ne pas déborder la couche dite « de nuit » qui prétend contenir douze heures d'incontinence « raisonnable », ce qui justifie son prix plus élevé. Ajoutons à cela que les très vieux deviennent moins rapides, un peu durs de la feuille et qu'il leur faut davantage de temps pour comprendre et se faire comprendre... Comment ne perdraient-ils pas le sens commun, désorientés par une politique sécuritaire qui les préfère encagés dans les barrières de lit, voire attachés, que chutant au travers des objets non familiers de leur chambre avec tous les inconvénients dus à leur grande fragilité. Si je me réfère à ma propre expérience, il y a trente ans, dans les mouirois de l'Assistance publique, l'avènement des couches a évidemment singulièrement allégé le travail ingrat des soignants et probablement le confort des patients devenus incontinents. Pourtant, en permettant une plus grande rapidité dans les interventions ce progrès n'a en rien contribué à humaniser leur vie quotidienne ni, a fortiori celle de ceux qui leur viennent en aide. Cette situation n'a pour autant rien d'accidentel ni ne doit rien à l'ignorance puisque, depuis plusieurs années, de nombreuses formations sont venues aider les soignants à reconsidérer leur conception du soin aux personnes très dépendantes dans les services de gériatrie. Il s'agit bien, par conséquent, d'un choix de société, même si ladite société fait l'autruche, puisque la mise en œuvre des restrictions budgétaires a abouti au « redéploiement » vers les services aigus du personnel soignant de nombreuses institutions de long séjour afin d'en diminuer les coûts. En allégeant considérablement les effectifs, parfois, comme dans un hôpital du sud de la France, sitôt la formation terminée... on a poussé la frustration des intervenants au paroxysme. Leur tentative de solliciter l'aide de l'entourage des patients afin de dénoncer les conditions

de soin et de travail s'est échouée sur la « menace » par la direction d'augmenter la part à payer revenant aux familles... Je laisse deviner qui paie une fois de plus « la facture » face à l'indigence des technocrates ayant pensé les réformes destinées à réduire le coût de ces populations devenues improductives. Là encore la discrimination est considérable entre ceux qui ont la chance d'être encore entourés, ayant des revenus suffisants et les autres... La pénurie actuelle de soignants gagnerait à être analysée d'urgence car elle ne fait que confirmer le mauvais état d'une institution de soin qui s'est considérablement dégradée. Les difficultés de recrutement actuelles de soignants et de médecins associées à la désaffection de tout temps pour ces postes difficiles et totalement dévalorisés, ne laissent rien augurer de bon, confortées par un système médical qui n'a jamais été aussi caricaturalement braqué vers la médecine de prestige qui se voit, se compte et... rapporte. Autant dire que l'embellie n'est pas pour demain malgré les quelques bonnes volontés qui tentent de colmater avec des bouts de ficelle une érosion du système de santé dont trop peu de nos concitoyens semblent se soucier. Serait-ce la culpabilité qui les en empêche ? Ou peut-on penser qu'il est difficile de rester attentifs à nos vieux quand les institutions se déshumanisent, quand le travail a perdu sa valeur symbolique, quand la personne perd sa place au profit du système marchand ? Quel humain pourrait trouver son compte dans ce monde impitoyable

pour les faibles, les petits, qu'ils le soient momentanément comme les malades ou définitivement comme les personnes âgées ? A part ceux qui en tirent profit, je ne vois pas.



# Les personnes âgées aux Urgences

Jean-Noël Berguit

*Cadre infirmier de nuit*

Les personnes âgées sont facilement repérables dans les services des urgences : bien qu'installées en position assise, c'est au fond des brancards qu'on les retrouve le plus souvent, leurs yeux dépassant à peine de leurs genoux. Fatiguées par l'attente, elles ont fini par lâcher les barres auxquelles elles s'agrippaient depuis des heures et ont glissé sur le plastique de l'alèse ! Peu d'entre elles pourtant se rebellent, empreintes de la philosophie des gens qui ont déjà beaucoup vécu et qui attendent sans empressement un sort inexorable.

Il est bien connu que les services des urgences ont de plus en plus de mal à trouver des lits pour hospitaliser leurs patients ; lorsqu'il s'agit de personnes âgées, cela relève souvent de la mission impossible.

Il n'est pas rare que ces malades présentent plusieurs pathologies associées relevant de différentes spécialités. Pourtant, il est extrêmement difficile de les faire admettre dans l'un des services adéquats, la maladie dominante n'étant jamais reconnue comme dépendant de la spécialité du médecin qui

dispose d'un lit vacant dans son service. Commence alors une série de tractations téléphoniques entre médecins urgentistes et médecins spécialistes, entre cadres de santé, entre infirmières, etc. Sans recours à des méthodes peu recommandables (mais qui ont fait leurs preuves) pour présenter la personne au service receveur telles que rajeunir la malade de 20 ans, oublier sa double incontinence, sa faible autonomie ou sa démence ; dans le meilleur des cas, la personne âgée chanceuse échouera en médecine interne, le « grand fourre-tout » de l'institution. Dans le pire des cas, elle devra attendre la nuit, à l'heure où les intermédiaires disparaissent et où le pouvoir décisionnel se concentre sur l'administrateur de garde et le cadre de nuit afin d'être « imposée » dans une unité de soins et pouvoir bénéficier de conditions d'hébergement et d'une prise en charge décentes. C'est épuisée par un long temps d'attente aux urgences, qu'elle arrivera dans sa chambre.

**Infirmière retraitée depuis plus de quinze ans, ayant pratiqué à domicile, en hôpital et comme formateur, l'auteur est actuellement bénévole dans une URIOPSS : provoquer des rencontres entre infirmières de Centres de Soins et de SSIAD, réfléchir ensemble sur la vocation de ces structures et les façons d'améliorer les soins à domicile, tel est le but de l'URIOPSS.**

# La solitude du soigneur de fond

## Quelques définitions pour commencer

L'URIOPSS, c'est l'Union Régionale Inter-fédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux, force de dialogue et de concertation afin de se faire entendre des pouvoirs publics.

Dès 1920, des Centres de soins, associations de bienfaisance employant des infirmières salariées ont été installées dans les quartiers de ville défavorisés pour servir la population de proximité. Au fil des ans, ils se sont vus peu à peu mis en concurrence, puis noyés dans le système se référant à l'exercice solitaire des infirmières libérales. La mise en place des premiers Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) date de 1975, ils ont été créés pour répondre aux besoins des personnes devenant dépendantes ; les SSIAD sont présentés dans les textes officiels comme devant offrir « une alternative à l'hospitalisation ». Créés par le conseil général sous le regard de la DDASS, les SSIAD fonctionnent au prix de journée (dans la Marne entre 120 et 175 F par jour...). Ils représentent la première ébauche d'un travail pluridisciplinaire en vue d'une prise en charge globale du patient à son domicile ; en effet, ils comportent une infirmière coordinatrice et des aides-soignants. Le SSIAD forme ainsi une véritable « équipe », encore qu'elle soit très réduite. L'infirmière coordinatrice vérifie (avec la grille AGGIR) que la

demande de prise en charge relève bien de son service, elle fait alors un diagnostic et un plan de soins. Les problèmes posés par l'aménagement de l'environnement, la présence ou l'absence de famille ou de proches font obligatoirement partie des soins qui vont alors être effectués par les aides-soignants.

Cependant, certains soins techniques prescrits ne peuvent être exécutés que par une infirmière, les SSIAD qui sont rattachés à un Centre de soins peuvent faire appel à une infirmière de ce centre ; ceux qui sont isolés font appel à une infirmière libérale qui est rétribuée par le SSIAD au tarif de l'acte.

## Paroles de soignants

Centre de soins : « On n'y arrive plus... L'autre jour, je suis appelée par un patient. L'infirmière libérale sortait de chez lui, elle lui avait fait tous les soins techniques, mais elle avait dit que pour sa toilette, il fallait qu'il téléphone au Centre de soins... ça n'était pas possible, on est déjà surbookées avec une infirmière en arrêt de travail, j'ai dû refuser, je lui ai dit que je téléphonerai à l'infirmière qui lui avait fait ses piqûres, parce qu'elle devait aussi s'occuper de sa toilette... » « Est-ce que ça s'est arrangé ? » « Eh bien non, parce que l'infirmière lui a dit qu'elle n'avait pas

Odile Quirin

*Infirmière retraitée*



le temps et qu'il demande à sa femme de ménage... »

Où sont les principes du libre choix du patient ?  
Où a disparu celui du patient mis au centre des soins ?

On fonctionne en fonction du principe de la hiérarchisation des soins en fonction de leur technicité et du paiement à l'acte. Le soin est long et très peu remboursé ; comme tous les soins de nursing, il prend beaucoup de temps et d'énergie. Une aide-soignante pourrait faire ce travail sous surveillance, mais le Centre de soins n'a pas le droit d'en embaucher ; d'ailleurs, les aides-soignantes ne peuvent pas exercer en libéral, leur diplôme n'étant pas officiellement reconnu. L'infirmière libérale est soumise à des quotas (24 000 actes par an) au-delà desquels elle rembourse le surplus à la Sécurité sociale ; le Centre de soins parvient difficilement à 14 000 ou 15 000 actes par an, se chargeant de beaucoup de soins peu rémunérés et longs à exécuter.

Cela procède du principe de la hiérarchisation des professionnels : ce type de soins, bien qu'appartenant officiellement au « rôle propre » infirmier doit être prescrit par un médecin selon une formule seule acceptée par la Sécurité sociale ; le médecin n'a pas utilisé la bonne formule, il faudra courir après. Un infirmier présent affirme « pour un patient, je suis allé réclamer jusqu'à douze fois chez le même médecin, je n'arrivais pas à le voir... et maintenant, il fait semblant de ne pas me reconnaître dans la rue... j'ai fait la toilette parce que c'était un patient du quartier dont le Centre s'occupe depuis longtemps... ». Les infirmiers des Centres de soins baisseraient-ils dans la sacro-sainte hiérarchie ?

#### Une coordinatrice de SSIAD

« Je dois faire appel à une infirmière libérale pour les soins techniques, ça marche souvent bien, parce que je peux les choisir, on se connaît et on s'entend bien ! Mais c'est vrai que c'est souvent difficile de les rencontrer pour

faire le point... » Des questions fusent, d'où il ressort que ces actes ne sont pas comptés dans les quotas de la libérale. Considéré comme pris en charge dans leur globalité par l'équipe du SSIAD, ces soins techniques sont rétribués à l'acte par le SSIAD qui a passé contrat avec cette infirmière, or le coût de certains actes techniques dépassent le montant du prix de journée...

Conséquence des hiérarchisations : la dispersion des actes.

« La grille de dépendance qu'on est obligées d'utiliser pour faire un diagnostic et un plan de soins est bien loin de correspondre toujours aux besoins du client... Parfois, elle ne signifie pas grand-chose... » Principe du contrôle administratif qui prétend tout mesurer... et prive ainsi le soignant de sa responsabilité propre, pourtant officiellement énoncée.

Longue discussion sur la dépendance... il y aurait lieu d'en tenir un compte strict dans un certain nombre de cas parce que cela fait partie intégrante des soins qui échappent totalement à la seule définition technico-médicale. Par exemple, dans le « libre choix » du patient qui porte trop souvent sur l'exigence de résultats adressée au système plus que sur la personne qui le soigne. Dans l'exercice solitaire des soignants qui leur « évite » de « perdre du temps », mais les empêche aussi de vérifier l'utilité et l'efficacité des soins globaux à la personne.

Outre les responsabilités professionnelles officielles, il existe souvent des responsabilités communes : comment les reconnaître et les assumer sans un repérage clair et respectueux des champs d'action professionnels et des limites de ces champs d'action pour et par chacun des professionnels engagés dans le service d'une même personne ?

« Le véritable humanisme », dit Marcel Mauss, « tient d'une navette perpétuelle entre soi et l'autre. » Les soins sont-ils sortis de l'humanitaire ?

# Une journée ordinaire dans la vie de Jeanne

7 heures : Réveil tambour battant pour Jeanne, elle qui aime les grasses matinées. Elle n'a pas de chance, l'aide ménagère lui apporte son petit déjeuner la première, car sa chambre est en début de couloir.

10 heures : arrivée de l'infirmière libérale pour la toilette et quelques soins infirmiers. Jeanne est impatiente qu'on lui enlève enfin la couche pleine des urines de la nuit ! Aujourd'hui, pour l'habillement, l'infirmière a choisi une jupe longue en velours que Jeanne n'aime pas du tout. Petit conflit où Jeanne n'a pas le dernier mot...

11 heures : Le kiné vient la mobiliser. Quand Jeanne est arrivée dans cette maison de retraite, elle marchait lentement, certes, mais arrivait à se déplacer et avait une certaine autonomie. Devant la lenteur de ses déplacements qui mobilisaient un accompagnant, un fauteuil roulant lui fut « proposé ». Depuis, Jeanne y passe toutes ses journées (même dans sa chambre) et ne sait plus marcher.

15 heures : Après une petite sieste digestive (qu'elle voudrait plus longue), visite hebdomadaire du médecin. C'est un moment important pour Jeanne, car elle peut sans censure, se

plaindre des réflexions parfois acerbes du personnel à propos de son poids, de sa passivité, s'indigner qu'on l'appelle « mamie » comme les autres « mamies » de la résidence, qu'on ouvre sa porte sans frapper... bref qu'elle ne soit plus qu'une vieille parmi des vieilles, une personne âgée dépendante parmi des personnes âgées dépendantes, une ridée, décrépie parmi des ridées et des décrépies. L'affection et les visites de ses enfants n'y peuvent plus rien. Son médecin, plein de commisération et surtout d'impuissance, lui propose un traitement antidépresseur pour l'aider à accepter l'insupportable ou peut-être pour ne plus entendre (lui le médecin) ces tristes vérités.

20 heures : Le dîner est fini depuis une heure, le marchand de sable doit passer ! C'est à nouveau l'infirmière libérale qui vient coucher Jeanne et qu'il fasse encore jour ou non, c'est pareil. Les contraintes horaires des soignants ne tiennent pas compte des aspirations de Jeanne à rêvasser sur son balcon au coucher de soleil.

Heureusement, il y a la pilule magique qui offre l'obscurité totale jusqu'à demain matin sept heures pétantes !

Dominique Tavé

Médecin généraliste

Sur fond de vieux conflits et de rivalités anciennes, la vieillesse et la mort peuvent faire horreur et susciter des sentiments très ambivalents. L'auteur espère que les lecteurs comprendront que l'humour grinçant de ce texte ne doit pas être pris en première intention.

# Il faut tuer les vieux !

Stanislaw Tomkiewicz

*Pédopsychiatre*

*Il a été un des pionniers de la défense des enfants polyhandicapés. Co-fondateur de l'Association des Amis de Janusz Korczak, dont il a préfacé les premiers ouvrages traduits en français, il est un de ceux qui l'ont le plus fait connaître. Il a publié notamment Aimer mal, châtier bien Seuil 1991, L'adolescence volée, Calmann-Levy, 1999, Hachette 2001 et il va publier Histoires à rêver debout, Éditions Le Pli, Orléans, dont nous publions deux extraits en avant-première.*

## Il faut tuer les vieux

[...] Il faut tuer les vieux. C'est ce que pensent les adultes. Avant d'être vieux, les vieux étaient adultes. Quand ils étaient adultes, ils faisaient chier les enfants et les jeunes. Ils avaient le pouvoir. Ils avaient l'argent. Ils étaient productifs et rentables. Ils avaient du bon sens. Ils avaient toujours raison. Ils enfermaient les enfants et les jeunes dans le réseau (dans le filet ?) de leurs désirs, de leurs plans, de leurs rêves. Ils les piégeaient dans leur langage, dans leur discours. Gentils ou méchants, avarés ou généreux, libéraux ou conservateurs, permissifs ou autoritaires, ils empoisonnaient leurs gosses. Les gosses, eux, passent leur temps à se libérer des adultes. Seuls, ou grâce aux psychocons, ou avec les nanas de leur âge, ou par la politique, ou par le travail, la fuite, la lutte, l'hypocrisie ou la haine ouverte. Ils gagnent la bataille. Toujours trop tard. Quand ils ont gagné, dès qu'ils ont gagné, ils ne sont plus ni enfants, ni jeunes. Ils ont tissé leur propre réseau (filet) de rêves, de discours, de projets. Ils auront fait des enfants qu'ils emmerdent pareillement, ou à l'inverse de ce qu'ils ont connu avec leurs propres parents. Ils ont du bon sens à leur tour. Ils ont toujours raison. Ils ne veulent plus s'en laisser compter. Ils sont raisonnables, productifs et rentables. Et au même moment, leurs

adultes de parents deviennent des vieux. Des vieux cons. Des vieilles mémères. Non productifs, non rentables, mais toujours aussi emmerdants. Les enfants et les jeunes devenus adultes sont devenus affreux. Mais les adultes devenus vieux ne sont pas redevenus des enfants. Ils n'ont pas cessé d'être affreux. Ils n'ont renoncé à rien de bon cœur. Il n'y a que les dents qui leur manquent. Alors, pour ces deux sortes d'affreux, il n'y a pas de place sous le même toit.

Il faut tuer les vieux, sinon les vieux nous tueront. Il faut se venger de nous avoir volé l'enfance, de nous avoir empoisonné la jeunesse.

On a fait semblant d'oublier. On aime sa vieille maman. Mais toutes les fessées, tous les bons conseils, tous les liens en or, en corde, en plomb, sont là, sous le front, et crient vengeance.

Il faut tuer les vieux. C'est à nous de ligoter nos gosses.

Il faut tuer les vieux, sinon les vieux nous ligoteront.

À quoi servent les vieux ? À rien ! À démoraliser nos enfants, à radoter, à vouloir encore avoir raison alors qu'ils ont toujours tort, à vouloir encore le pouvoir alors qu'ils sont faibles, à avoir encore de l'argent alors qu'ils ne sont plus rentables ni productifs.

Pourquoi les vieux vivent-ils ?



Pour ne pas être seuls. Alors qu'ils sont seuls. Pour croire qu'ils ont encore des enfants. Alors qu'ils ont des adultes.

Vous voyez qu'il faut les tuer : ils délirent, ils sont fous. Et quand ils ne sont pas fous, ils sont gâteux, détériorés, persécutés, méfiants, radoteurs, solitaires, aveugles, sourds.

À quoi bon les laisser vivre ?

Les jeunes-devenus-adultes voudraient planter de grands cocotiers autour des villes, y déposer leur papa et leur maman et le faire secouer par celle ou celui que leur cœur aime : pas de parricide ! À chacun sa belle-mère, à chacune son beau-père. Ou l'inverse, pourvu qu'ils crèvent, et vite.

Mais les jeunes-devenus-adultes sont devenus lâches : ils n'osent pas planter de cocotiers, ils n'osent pas tuer leurs vieux. Ils n'osent pas leur mettre le pied botté sur le cou ridé et décharné. Ben quoi, on n'est pas des sauvages ! On les aime, nos vieux. Tu honoreras ton Père et ta Mère...

Heureusement, le bon dieu a bien fait les choses : il a créé des maladies. Pour soigner les maladies, il a créé des médecins qui sont même capables d'en inventer : chaque vieux est un malade qui s'ignore. Pour abriter les médecins, les malades et les vieux, le bon dieu a créé l'Assistance Publique, les Hôpitaux, les salles communes et les chambres isolées, les infirmières pour les servir, les chariots pour charrier la tambouille et les vieux, les blouses blanches pour vêtir les médecins et les chemises-en-toile-qui-montrent-les-fesses pour les malades. Il a pensé à tous, le bon dieu. Même à ceux qui, mauvais sujets, ne veulent pas être malades. Ce n'est quand même pas la faute du bon dieu si les médecins qu'il a créés sont trop cons et ne trouvent pas une maladie pour chaque vieux. Le bon dieu est bon et a pensé même à ceux-là : il a créé des Hospices privés, publics, municipaux, départementaux, des Maisons de Retraite, des Maisons de Repos. Pour nos vieilles mamans, pour nos vieux papas qui ne veulent pas crever à l'hôpital. Ah oui, il a pensé à tout. [...]

### La main est longue, longue et maigre

[...] La main est longue, longue et maigre. La peau est couleur terre claire. Sur le dos de la main, il y a des taches brunes, des taches de vieux. La main est longue, l'avant-bras émacié et maigre. Quand je caresse cette main, quand je caresse cet avant-bras, je suis tout étonné : ce n'est pas la peau de satin de bébé ou de nana. Mais ce n'est pas gluant non plus, ni visqueux. Sous la caresse, la peau frémit. La peau sèche et chaude arrive à frémir sous la caresse. Les doigts jouent lentement sur le drap blanc. Le bras reste immobile, maigre, émacié.

La couverture mal tirée montre une chemise trop courte. Entre la couverture, le drap et le pan de chemise, j'aperçois un peu de peau : peau grise, peau sur l'os, os iliaque qui pointe sous la peau. Haut de cuisse, peau tendre sur le haut de cuisse. Peau de vieille.

De l'autre côté de la couverture repose l'autre bras, long, maigre, émacié, attaché. Un bras percé d'aiguilles, une aiguille collée sur la peau du bras par un sparadrap. De l'aiguille part un tuyau jaune vers un bocal lointain. C'est beau la Science ! On ne jette pas les vieux du haut des cocotiers.

Au-dessus de la couverture, un cou. Cou d'oïseau. Cou d'oïe plumée. Cou ridé, peau du cou qui tombe en plis, trop grande pour le cou qui est dedans. Peau sans couleur. Peau sans éclat. Peau sans vie. Grisâtre, brunâtre, terne. Au-dessus du cou, un visage tourné vers le plafond. Le bon dieu a créé des oreilles pour laisser aux vieux un visage humain. Mais les vieux se débrouillent toujours pour regarder plus vers le haut. On a beau leur mettre oreiller sur oreiller, ils ne regardent jamais en face. Ils ont honte d'être vieux, pas productifs et pas rentables. Les yeux sont mi-clos, on sent que les paupières sont lourdes, lourdes. D'ailleurs, vaut-il la peine d'ouvrir les paupières ? Dans les yeux il y a des cataractes comme sur le Nil, il y a des cataractes qui empêchent de voir. D'ailleurs, qu'y a-t-il à voir ? Rien. Une porte de chambre. Ou d'autres vieux. Alors, les paupières



restent lourdes avec des taches brunes dessus, des taches de vieux.

Au milieu du visage, un nez, long, pointu, émacié. Dans le nez, un gros tuyau bien attaché avec du gros sparadrap. Bien attaché au nez pointu, bien attaché à la joue osseuse. Dans le tuyau, des drôles de choses. Un liquide jaunâtre qui va et qui vient. Il disparaît dans le nez, il reflue au-dehors. Un drôle de liquide : nourriture ou dégueulis ? Il y a des questions qu'on ne pose pas.

Je caresse la peau sèche et chaude de l'avant-bras. Je caresse le dos de la main. La main de la vieille. Il paraît que maintenant les vieux ont une sexualité. Merde, alors ! Ils aiment être caressés, les vieux. Leurs enfants s'en aperçoivent lorsqu'ils sont adultes. Ça les choque, ça les dégoûte, ça les écœure. Même choc, même dégoût, même écœurement qu'eurent les parents – aujourd'hui vieux – quand ils virent que leurs enfants – aujourd'hui adultes – avaient une sexualité. Même choc, même dégoût, même écœurement qu'auront les adultes lorsqu'ils verront que leurs enfants ont une sexualité. Bah, là le bon dieu a mal fait les choses ! On devrait être tout seul à avoir une sexualité. Celle des autres, ce n'est pas

beau, surtout s'ils sont vieux. Ce n'est pas de leur âge. Heureusement qu'il y a les hôpitaux et les hospices pour cacher tout cela.

Sous le nez, sous le tuyau, les lèvres sont sèches, fendillées, entr'ouvertes. Dans la bouche, les dents sont rares et de travers. Bouche de vieux. Tête de vieux. Vieille au lit. Vieille à l'hôpital. Tuyaux. Cancer...

« Mon fils ne pourra jamais me prendre chez lui. Il n'a que deux pièces. Il est gentil. Il m'aime. Mais il ne peut pas me prendre chez lui. Il va se marier. Moi, je ne suis pas normale. J'ai besoin d'un psychiatre. J'ai besoin de médicaments. Le psychiatre m'a expliqué que je dois pouvoir vivre seule. Je ne suis plus une enfant.

Mais je ne peux pas vivre seule. Je ne vois pas clair. Et si je ne peux pas vivre seule, il faut que j'aille dans une maison de retraite. Ce n'est pas possible de vivre chez mon fils. Ce n'est pas possible de vivre seule.

J'ai besoin de médicaments. Parce que je ne veux plus vivre. Je voudrais mourir. Je ne suis pas normale. »

Oui, il faut tuer les vieux... [...]

17 août 1974

# Qu'est-ce qu'elles ont toutes ?

Elles ont peur, peur de tout, c'est tout  
Peur d'être seules, peur d'être dans le noir, peur  
de s'allonger, peur de dormir, peur d'être  
malades, peur de prendre des médicaments, peur  
qu'on les vole, peur de... peur de tout

Y compris de mourir ?

Elles sont acariâtres, pas le moral. C'est banal. C'est  
tout

Jamais contentes, elles disent non à la vie en soli-  
taire et non à la maison de retraite.

Elles veulent avoir leur famille auprès d'elle ou  
être auprès de leur famille. Elles veulent être  
prises en charge et protégées par ceux qu'elles  
aiment.

Elles ne veulent pas de maisons quelconques,  
elles veulent leur maison.

Elles ne veulent pas d'une aide quelconque qui  
fasse tout à leur place, elles veulent une aide qui

n'aide pas. Elles veulent une aide qui s'assoit et  
écoute, une aide qui, un temps, masque le vide.

Elles veulent n'importe quoi, elles veulent tout.

Y compris vivre comme avant ?

Alors, seules chez elles, elles deviennent folles. Folles  
de peur et folles de désespoir

C'est un jour, ou une nuit, un médecin quelconque  
les envoie à l'hôpital. Car elles ne veulent rien  
savoir. Car elles ne veulent rien comprendre. Et  
elles crient, elles hurlent, elles jurent. Elles n'en  
peuvent plus de dire la honte. Elles ne veulent  
plus voir, elles ne veulent plus savoir.

Y compris que, parfois, la vie, c'est dur. Même pas  
que pour les vieux. La vie, en fin, c'est trop dur.

Elles ne veulent plus rien, plus rien du tout. Même  
pas vivre comme avant

Même plus rien.

Et c'est tout.

Anne-Marie Pab

Médecin généraliste

## Je ne veux pas vieillir

Je ne veux pas vieillir comme vous, comme je  
vous vois à longueur de journée, ici ou chez  
vous.

Si vieillir c'est pour qu'à chaque fois que je te  
vois, tu me racontes la même histoire, les mêmes  
douleurs pour lesquelles je ne peux rien de plus  
(malgré ce que dit la tizié)

Si c'est pour être seul à longueur de journée, dans  
l'attente d'un coup de fil du fils qui a autre chose  
à faire

Si c'est pour se voir interdire une bonne gour-  
mandise ou un autre petit verre de bon vin, au  
nom d'un terrorisme médical d'placé

Si c'est pour prendre un tranquilisant car les  
nuits sont trop longues à subir, et en perdre la  
mémoire

Si c'est pour perdre la mémoire au point de finir

telle une poupée de chiffon au fond d'un placard  
d'une cité pour les morts-vivants

Si je ne peux plus faire le tour de mon jardin, et  
si je dois quitter ces murs que j'aime et cette vue  
changeant selon les saisons

Si c'est pour vieillir sans la compagne de ma vie,  
celle avec qui j'ai partagé tant de moments  
intenses (le premier baiser, les premières nuits, les  
enfants et ce monde qu'on refaisait sans cesse, et  
les voyages qui nous bousculaient d'automne

Si c'est pour vivre avec la hantise de ma mort  
Alors je ne veux pas vieillir pour tout perdre et  
surtout voir que je perds tout, au fil du temps.

Je veux vieillir et continuer à m'étonner, à  
apprendre, à m'émerveiller, à aimer, à me rebel-  
ler, toujours, jusqu'au bout

Christian Bour

Médecin généraliste

La dépendance représente un marché fabuleux pour les multinationales. On observe l'acquisition progressive du secteur associatif par ces multinationales et leur pénétration dans les établissements publics. Il est urgent de dévoiler ces enjeux économiques pour permettre un débat public et des choix politiques clairs.

# Nos aînés les intéressent

Patrick Alloux

Secrétaire national de  
la Fédération Sud Santé-  
sociaux

Les Baby-boomers des années 1950-1960 sont devenus les papy-boomers des années 2000. Nous entrons dans le « power-age », une ère nouvelle dominée par des seniors mieux soignés, mieux nourris, mieux informés et qui vivront plus longtemps. De plus en plus nombreux, de plus en plus actifs, ils représentent une puissance économique et sociale incontournable, et vont être amenés à revendiquer une place et des droits spécifiques. Ils étaient à la périphérie du monde, les voilà au centre. En Allemagne 56 % des propriétaires de résidence secondaire ont plus de 60 ans, 72 % des passagers des croisières de luxe, partant et arrivant des Etats-Unis ont plus de 50 ans, au Pays Bas 63 % des dépenses de santé sont imputables aux seniors, un senior italien sur deux fait des dons à des œuvres caritatives, en France un maire sur deux à plus de 60 ans...

Ces quelques lignes ne sont pas l'introduction d'un vaste rapport de l'OMS qui aurait eu à cœur de s'intéresser à une politique de santé publique pour les 540 millions de seniors, ni même de la communauté européenne, encore moins du ministère de la Santé. Non ce rapport provient, d'un observatoire mis en place par la multinationale SODEXHO pour leur permettre de s'adapter et de développer leur marché en direction des personnes âgées. Devant l'absence de politique publique dans les 11 pays les plus riches que recouvre cette enquête, elle définit elle-même dans son rapport ce qui doit être de la sphère publique ou de celle du marché.

Certes nous avons vu ces dernières années, un certain nombre de réformes : réforme du financement des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), allocation personnalisée à

l'autonomie (800 000 prestataires), pour faire face à cet enjeu démographique les pouvoirs publics ont décidé de donner un coup de pouce au secteur d'aide à domicile (3000 postes d'auxiliaires de vie d'ici 2003, un fond destiné à la modernisation du secteur (53,4 milliards d'euros), mise en place des Centres Locaux d'Information et de Coordination (réseau de la dépendance).

Mais dans le même temps, nous avons vu le développement rapide de groupes spécialisés dans la prise en charge de la dépendan-





ce. Après l'entrée en Bourse de la Générale de Santé en 2001, deux autres sociétés qui gèrent des établissements de personnes âgées sont à leur tour rentrés en Bourse (Médidep, Orpéa). Leur taux de progression est faramineux, en 2001 le chiffre d'affaire de Médidep a progressé de 81 % hors nouvelles acquisitions. Lors d'une conférence de presse en avril 2001 le P.d.g. de Médidep déclarait : « *Nous sommes en contact avec les agences régionales qui nous indiquent où sont les besoins. Nous nous sommes lancés dans l'acquisition du secteur associatif. Le groupe est en négociation avec des mutuelles qui souhaitent se séparer de leurs établissements.* » Pour le P.d.g., « *ce secteur devrait s'ouvrir puisque le secteur associatif s'est vu perdre certains avantages fiscaux.* » Ces entreprises ne se contentent pas de reprendre des établissements, d'opérer des OPA, d'en créer de nouveaux, elles ont également une stratégie de pénétration des établissements publics. Dans les 11 pays étudiés par la SODEXHO, le marché du multiservice est estimé à 72 milliards d'euros avec un taux de progression annuelle de 1,5 %. D'ailleurs, nous le constatons chaque jour dans les établissements publics et

privés non lucratif, ce n'est plus seulement la restauration qui est confiée aux entreprises privées, mais y compris tout l'environnement de la personne âgée. Ces choix de privatisation sont des choix politiques qui ont été opérés par les différents gouvernements depuis le début des années 1990.

La mise en place des CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination) lieu où les élus, le public, le privé, l'associatif, le libéral, les marchands de toutes sortes doivent se coordonner pour mettre en place une politique de prise en charge du maintien à domicile va accélérer la marchandisation. Ce n'est pas la mise en place d'une politique de santé dans le cadre d'un vrai réseau public dont il est question, mais le plus souvent en fonction des acteurs présents, d'une politique d'information et de coordination des consommations des personnes âgées et notamment du soin.

Les choses vont vite, cela nous oblige au-delà de nos différences, de nos divergences à créer des lieux de rencontre pour débattre d'une autre politique de santé et des ripostes nécessaires à cette marchandisation du monde.

# Les inégalités sociales de santé chez les personnes âgées

Actuellement, on vieillit davantage, ça veut dire, on meurt plus tard : 61 % des décès ont lieu après 70 ans, c'est un phénomène récent, au XVIII<sup>e</sup> siècle, on mourrait également à tous les âges de la vie. La première inégalité, c'est celle qui fait que certains ne deviennent pas vieux, et davantage dans les catégories socioprofessionnelles défavorisées.<sup>(1)</sup>

La vieillesse n'est pas simplement liée à l'écoulement du temps, mais un phénomène complexe

où on solde toute la trajectoire de sa vie : on vieillit comme on a vécu, il est donc prévisible qu'on retrouvera les inégalités sociales antérieures, atténuées, à partir de 65 ans par la « sélection » préalable, dont nous parlions, qui touche davantage les défavorisés.

Le revenu des personnes âgées dépend du montant de leur retraite et de leur patrimoine, ce dernier lié à la « réussite » professionnelle et au milieu d'origine. S'y ajoutent des avantages en

Martine Devries

Médecin généraliste



nature ou financiers, certains liés au niveau des revenus (allocation logement, APA dans une certaine mesure). La propriété du logement est un élément important dans l'évaluation du niveau de vie<sup>(2)</sup>. Par ailleurs, les conditions de logement sont moins bonnes à la campagne. Il y a une amélioration certaines des retraites depuis 20 ans<sup>(2)</sup>, mais le niveau de vie ne s'est pas autant amélioré qu'on le dit lorsqu'on considère les personnes âgées de plus de 75 ans, entre autres parce que nombre de femmes perçoivent une retraite de reversion ou des retraites bien plus faibles que les hommes.

En 1993, les hommes disposaient d'une retraite moyenne presque deux fois supérieure aux femmes, en 1993, un homme né en 1906 recevait 22 % de retraite en moins que celui né en 1926, un cadre percevait en moyenne une retraite près de cinq fois supérieure à celle d'un agriculteur et près de trois fois supérieure à celle d'un ouvrier ou d'un employé.<sup>(3)</sup>

La définition de la catégorie socioprofessionnelle des personnes âgées présente des difficultés : il y a des modifications au cours de la vie, en particulier chez les femmes « sans profession », qui deviennent veuves, ou chez les personnes ayant eu de longues périodes de chômage. L'autre difficulté est la mesure de l'état de santé, elle ne se fait pas par les pathologies, nombreuses, mais par leur retentissement et donc le degré d'incapacité, la difficulté à exercer les actes de la vie courante. Or, très souvent dans les enquêtes, on confond incapacité à réaliser avec non-réalisation : par exemple, sortir de chez soi, cela dépend de son état physique, mais aussi de la présence d'un ascenseur, ou d'une personne disposant d'une voiture, ou de la capaci-

té à prendre un taxi... La manière dont on compense les incapacités dépend de l'entourage, humain et matériel. Les études réalisées montrent une augmentation du taux d'individus se déclarant limités lorsqu'on descend dans la hiérarchie sociale, confirmant l'existence d'inégalités sociales face aux incapacités après l'âge de 65 ans.

Les différences d'espérance de vie persistent au-delà de 60 ans, et sont toujours fonction de la catégorie socioprofessionnelle, même si la majorité des personnes concernées n'est plus dans le monde du travail. En 1993, sur 10 anciens cadres supérieurs de 75 ans, près de deux seront encore vivants à 90 ans, au lieu de un sur 10 pour les anciens manœuvres. La mortalité dans les premières années de la retraite est d'abord dépendante de l'état de santé au moment de l'arrêt de la vie professionnelle, celui-ci étant lié aux conditions de travail. Mais pas uniquement : la place dans la structure sociale, donc le mode de vie en dehors du travail explique aussi la différence. L'espérance de vie a beaucoup augmenté entre les années 60 et 80, mais les inégalités se sont exacerbées : le gain d'espérance de vie dans cette période est de 4 années pour les ingénieurs, 2,3 années pour les professions libérales, 3 pour les salariés agricoles et 1,5 année seulement pour les manœuvres.

La population âgée est fortement consommatrice de soins : deux à trois fois plus que la moyenne, mais le recours aux soins reste profondément inégalitaire : l'indice de dépense de soins est le plus élevé chez les cadres retraités, et le plus bas chez les retraités du monde agricole, alors qu'il y a une surmortalité des catégories défavorisées. Ainsi le système de soins semble peu capable, à cet âge aussi, de réparer les injustices sociales.

1. Bernadette Puijalon, Jacqueline Trincas, *Le droit de vieillir*, Fayard, 2000.

2. Pascal Pochet, *Les Personnes âgées*, col Repères, ed La Découverte, 1997.

3. Sous la direction de Annette Leclerc, Didier Fassin et coll, « Les inégalités sociales de santé » Inserm, éd La Découverte, 2000.

La description de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est décrite dans son financement et ses conditions d'attribution. Sont analysés son intérêt, ses insuffisances mais aussi en parallèle les risques de privatisation de la prise en charge financière des personnes dépendantes.

# APA : Solidarité publique ou privatisation de la perte d'autonomie

## L'APA : Qu'est-ce donc ?

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie mériterait mieux le nom d'allocation pour perte d'autonomie. Il s'agit d'une somme d'argent versée mensuellement par le conseil général pour aider à compenser certaines dépendances ; elle se nommait auparavant PSD (Prestation Spécifique Dépendance) ce qui était plus explicite. Les sous permettent d'aménager les logements, d'acheter du matériel non remboursé par les caisses d'assurance maladie mais surtout de rémunérer le personnel nécessaire au maintien à domicile ou en maison de retraite.

## Qui en bénéficie ?

Toute personne de plus de 60 ans qui en fait la demande ou pour qui on fait la demande premièrement entrant dans les conditions imposées par une grille AGGIR (Groupe iso ressources) au jour de remplissage du questionnaire. La grille permet de « classer » de 1 à 6, les stades 5 et 6 n'ouvrant pas droit à une aide, les stades 1 à 4 permettant d'être aidé selon 3 degrés de dépendance ;

deuxièmement entrant aussi dans les critères financiers fixés nationalement, la participation du bénéficiaire dépendant de ses ressources.

## Ce qui a changé depuis la PSD

La PSD était très inégalitaire, car fixée par les départements (4 fois plus élevée dans les Hauts-de-Seine que dans les Landes) en fonction de leurs ressources et des données démographiques. L'APA est la même sur tout le territoire français.

La PSD était récupérable, c'est-à-dire que les conseils généraux pouvaient se servir sur l'héritage après le décès. Cette mesure dissuadait beaucoup de familles ou de patients de faire la demande, de peur de voir l'héritage fondre aux feux des percepteurs. Le gouvernement Jospin a supprimé cette possibilité à laquelle recouraient systématiquement les départements : nombreuses sont les personnes âgées qui ne paient pas d'impôts, mais laissent de belles successions... Sauf les plus prévoyants qui s'organisent

**Bernard Senet**

*Médecin généraliste*

## Coordonnées :

– de France Alzheimer :  
21, boulevard Montmartre,  
75002 Paris -

Tél. : 01 42 97 52 41

Fax : 01 42 96 04 70

– de l'ADMD,

50 rue de Chabrol,

75010 Paris -

Tél. : 01 48 00 04 92

Fax : 01 48 00 05 72

e-mail :

[admd@club-internet.fr](mailto:admd@club-internet.fr)

Site web :

<http://perso.club-internet.fr/admd>



avant d'être malade, handicapé ou psychodépendant.

### Qui paie ?

L'Allocation est versée par les départements après montage d'un dossier dont l'examen dure souvent plusieurs mois. Depuis la réforme, l'État aide les conseils généraux en apportant 50 % du budget supplémentaire secondaire au passage PSD en APA. Cela entraîne de toute façon une augmentation des impôts départementaux et du budget national des Affaires sociales.

### Les démarches

L'évaluation de la dépendance est faite au travers d'un questionnaire rempli par un médecin et il faut insister sur sa rédaction, car l'insuffisance de données descriptives peut en entraîner le classement sans évaluation.

L'attribution est faite dans le cadre d'un plan d'aide établi par deux membres du conseil général : un médecin et un travailleur social qui évaluent les besoins et les chiffrent.

L'analyse du versant financier est certainement plus complexe, car il exige des patients, en pratique de la famille, de produire de nombreux documents. Si les revenus sont souvent stables, il n'en est pas de même de la pathologie qui peut varier (s'aggraver le plus souvent) et donc imposer une révision du degré de dépendance... en obligeant à refaire tout un dossier... ce qui peut décourager certains.

La loi oblige les conseils généraux à prendre une décision dans les deux mois après le dépôt du dossier : à défaut il est licite de demander le versement d'une allocation forfaitaire ; c'est aussi possible en urgence.

### Les avantages de l'APA

C'est bien entendu l'aide au maintien à domicile, ce que souhaitent la majorité d'entre nous. C'est aussi pour les personnes âgées qu'une institution sécurise ou entoure, un moyen supplémentaire d'y parvenir.

C'est surtout une occasion de renforcer les liens sociaux entre les « inactifs » et les actifs. Être payé pour aider une personne dépendante à domicile, c'est reconnaître la réalité de cette fonction, c'est aussi créer un lien contractuel réel, différent du bénévolat, de la charité, de l'assistantat.

Cette solidarité avec ceux qui ne peuvent tout assumer seuls rappelle la dignité de chacun, et renforce ces rapports intergénérationnels qui tendent trop souvent à la rupture.

Nous voyons de plus en plus de petites filles, de voisins, de femmes sans emploi, reconnues et valorisées dans leur fonction d'auxiliaire de vie.

### Les sommes versées

Les ressources sont prises en compte pour le montant attribué, mais tout le monde y a droit : la participation financière du bénéficiaire est nulle jusqu'à un revenu de 914 € (6 000 F) par mois, elle croît régulièrement de 0 à 80 % du montant du plan d'aide lorsque le revenu mensuel croît de 6 000 F à 20 000 F par mois. Au-delà de 20 000 F, elle est égale à 80 % du plan d'aide.

A titre d'exemple : pour un GIR 4 avec un revenu mensuel de 2 286 € (15 000 F), si le plan d'aide établi est de 457 € (3 000 F) par mois, le montant maximum de l'APA est de 222 € (1 458 F) par mois avec un montant de participation de la personne de 235 € (1 524 F).

C'est l'augmentation du nombre de demandeurs lié à l'élargissement des critères : APA pour GIR 4, à l'élargissement des barèmes et au non-recours sur succession qui explique l'inquiétude du gouvernement et des conseils généraux sur la dépense.

### Mais il existe des insuffisances

La plus grande inégalité touche les couples : si l'un des deux devient trop dépendant et doit entrer en institution, ce qui est déjà très dur, car obligeant à la séparation, l'APA ne couvre pas tous les frais. Le conjoint bien portant voit ses revenus amputés par des frais de placement et ne peut pas toujours assurer son propre maintien à domicile, car les charges de loyer, chauffage, etc.

sont les mêmes pour un ou deux. La dépendance de l'un peut alors obliger au placement des deux... et ce n'est pas toujours le meilleur projet. L'autre insuffisance concerne les maladies évolutives (tumorales, dégénératives...) dont l'évaluation n'est pas prospective. Une personne classée GIR 5 en mai peut devenir 3 en septembre : pour la réévaluer, il faut relancer toute la procédure. La possibilité de révision de la dépendance sur simple demande devrait s'imposer.

### Quelques rares perversions

Certaines familles récupèrent l'APA, et gonflent le bas de laine sans laisser les bénéficiaires l'utiliser, en espérant un jour récupérer quelques sous. Cette dérive est facile à éviter en attribuant des chèques services au lieu d'argent : en outre de payer clairement artisans, aides à domicile et associations, cela permet de limiter le travail au noir.

### Et en institution ?

L'APA, comme la PSD n'est plus versée après 30 jours consécutifs d'hospitalisation.

Par contre en accueil gériatrique, elle participe au financement.

Depuis janvier 2002, la triple tarification est en place :

- une part de « forfait soins » payée par la sécurité sociale en cure médicale et en long séjour. En maison de retraite, c'est comme à la maison pour le docteur, les médicaments et le reste.
- Une part « hôtelière » payée par le patient, éventuellement aidé par l'aide sociale, à charge du département et des caisses complémentaires.
- Une part « dépendance » réglée par l'APA pour les revenus modestes, par les familles ou le pensionnaire pour les autres : cette troisième part taxe sévèrement les pensionnaires aux revenus moyens qui ne peuvent pas prétendre à une APA suffisamment élevée. Elle oblige les familles à augmenter leur participation.
- La plupart des maisons de retraite ont choisi un versement sous forme de dotation globale.

### Beaucoup de risques

Le financement de l'APA est principalement assuré par les départements : cela augmente leur budget donc l'imposition malgré l'aide de l'Etat. Ils sont actuellement menacés politiquement de disparaître au profit des structures d'intercommunalité et des régions qui ne vont certainement pas se battre pour récupérer cette « charge sociale ». Le transfert financier de l'APA risque donc de subir un blocage si les départements sont maintenus comme prestataires exclusifs d'aide sociale, ils vont vite perdre toute capacité politique ; comme les autres niveaux assurent d'autres fonctions (équipement, éducation, culture...), l'APA n'est pas un enjeu de pouvoir pour eux. Ce qui ouvre la voie à la privatisation.

### La menace

Si l'Etat, sous pression de la droite, supprime son aide et si les départements ne veulent ou n'osent pas en assurer la pleine charge, l'APA risque d'être très réduite, soit en dotation, soit en critère d'attribution. Les assurances privées proposent déjà des « assurances dépendance » ; plus ou moins bien suivies par les mutuelles sur ce terrain glissant compte tenu du vieillissement des assurés. En cas de désengagement de la solidarité publique, les mutuelles auront des difficultés à suivre et les assurances auraient progressivement l'exclusivité du « marché de la dépendance ». Après y avoir attiré les clients, avec des tarifs d'accroche (en proposant des paniers groupant vie/invalidité/dépendance) elles n'auront aucune difficulté à maîtriser les primes, à en faire un revenu lucratif compte tenu des effectifs, et de la peur engendrée par la perte potentielle d'autonomie.

L'Assurance maladie, qui n'a jamais accepté de prendre en charge la dépendance, et l'insuffisance constitutionnelle de la solidarité sociale, font le lit des systèmes « assurantiels » : cette privatisation de la dépendance risque d'être la réalité de demain.



Accompagner la dépendance d'un proche (logement, aides, accueil, santé, argent, famille),  
**Les guides Notre Temps, Bayard, Paris 2002**

---

Une mine de renseignements utiles, une approche pragmatique et bienveillante, des témoignages très précieux pour tous, personne âgée, famille, soignants, dans tous les domaines.

Elisabeth Maurel-Arrighi

**Pierrette Fleutiaux, *Des phrases courtes, ma chérie*, Actes Sud, Arles, août 2001**

---

Pierrette Fleutiaux est une grande écrivaine : elle sait *mettre les mots* en tension, ces mots qui, parfois, *roulent d'un bord à l'autre dans la barque* qu'elle tient ferme. *En profilant avec exactitude* les phrases, elle nous fait entrer dans un monde inconnu : celui de sa mère vieillissante et sa lutte héroïque pour garder la face dans la résidence rose, cette mère dont elle dit que *pour ce qui est du cimetière, elle y est prête*. *La mort qui lui fait peur, c'est celle qu'elle pressent dans la résidence de retraite*. Elle dit aussi sa difficulté à se déprendre d'elle et les questions sans fin persistant au delà de la mort de cette mère aux multiples visages. Elle dit son histoire avec sa mère et l'histoire de sa mère avec ses parents, et elle écrit juste, posant des touches de pudeur sur son déchirement intérieur et de l'ironie sur ses défaites. Se livrant dans la vérité de son parcours, elle nous écrit finalement nos histoires avec nos parents et grands-parents, nos histoires avec nos patients âgés et leurs enfants. Nous repartons alors, moins meurtris, plus paisibles : elle a trouvé le mot juste pour chacun de nous.

Pierrette Fleutiaux fait partie des rares écrivains qui, à travers leur histoire, atteignent à l'universel.

Anne-Marie Pabois

**Henri Danon-Boileau, *De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager*, Calmann Levy, 2000**

---

Dans son grand âge, Henri Danon-Boileau continue le travail de réflexion qu'il a mené durant sa vie professionnelle et nous invite à un cheminement d'usager qu'il est ... et que nous sommes tous à plus ou moins brève échéance « De la vieillesse à la mort ».

Le première partie du livre est consacré à « la sexualité des vieillards » qu'il traite en clinicien psychanalyste, montrant tous les aspects « sociaux » et affectifs profonds et lève le voile sur le tabou de cette sexualité, partagé par toutes les générations, qui s'appuie non seulement sur des pulsions inconscientes mais aussi sur la « honte » que ressentent les seniors devant leurs transformations physiques et qui restent muets sur le sujet.

La deuxième partie, beaucoup plus personnelle « L'Art d'accommoder les restes » est très attachante. C'est à méditer à tout âge, car cet « art » s'appuie sur le « renoncement » qui n'est pas résignation et il en montre les échecs, semi-échecs et réussites.

Françoise Lagabrielle

**L'auteur analyse les racines historiques des glissements sémantiques qui tendent à confondre les buts et intérêts de la *gérontologie*, approche large et multidisciplinaire du vieillissement, avec ceux plus étroits de la *gériatrie*, une discipline médicale issue du monde de la psychiatrie et qui a pour objet le soin des personnes âgées. De cette confusion conceptuelle naît la notion de dépendance sur laquelle se fonde et s'institutionnalise une prise en charge uniformisée de la vieillesse, là où s'avère pourtant indispensable la prise en compte de la singularité de chaque personne âgée.**

# Gériatrie et dépendance

De quoi, donc, la gériatrie s'occupe-t-elle ? De quelle(s) maladie(s) est-elle la médecine ou de quelle(s) pathologie(s) est-elle la connaissance ? De quelles actions thérapeutiques est-elle le moteur ?

Ces questions à propos de l'objet de la gériatrie, importantes pour cette pratique, le sont aussi parce qu'elles permettent de distinguer la gérontologie, ou de rappeler les caractéristiques distinctives de la gérontologie. Si, en effet, la gérontologie est l'étude du vieillissement - autre chose que la vieillesse -, il convient dès à présent de préciser ou redire que celui-ci s'ouvre à des approches diverses dont aucune n'est exclusive. Démographie, histoire, sociologie ne sont pas moins importantes qu'une approche biologique ou médicale ; surtout quand il s'agit de vieillissement humain, avons-nous envie d'ajouter. Si on ne vieillit pas aujourd'hui comme hier, si on ne vieillit pas ici comme ailleurs, c'est qu'avant tout vieillir est vivre, rien d'autre, et à ce titre ressortit aussi du social-historique.

Et ces questions, loin de se résoudre dans des réponses évidentes, s'imposent pour qui veut éviter à la gériatrie de favoriser et justifier des mises à l'écart relayant des processus d'exclusion sociale méconnus comme tels. Et nous paraissent d'autant plus importantes que les populations de ces services se sont considérablement modifiées

ces vingt dernières années, évoluent et continuent de se transformer.

Autre question conséquente - et qui n'est pas que périphérique - : que vaut la collusion de plus en plus fréquente (et peut-être même ses effets sont-ils rentrés dans les mœurs) entre gériatrie et gérontologie ? Qu'est-ce qui pousse des médecins gériatres à se prétendre gérontologue<sup>(1)</sup> ? Que devient la gérontologie ainsi absorbée par la gériatrie, et quelles représentations cette substitution des termes encourage-t-elle, par exemple dans la manière de penser les rapports du vieillissement et de la maladie ? Se désignant gérontologues, dans quel espace médical les gériatres enferment-ils le vieillissement, et conséquemment, à quel réductionnisme soumettent-ils ce qu'on peut supposer être l'objet de la gérontologie : le parcours (social) des âges de la vie ?

Nous ne pensons pas que la réflexion (gérontologique) qu'appelle l'état des pratiques institutionnelles gériatriques puisse se faire hors ces questions qui impliquent un examen attentif des pratiques gériatriques : ce que la gériatrie fait et comment, pour qui et avec qui. Dans le champ médical, la gériatrie fait sans doute partie des domaines qui sont les plus occupés tant par des interrogations subjectives qui ne peuvent être reportées, que par des questions sociales déterminantes vis-à-vis desquelles les soignants se trouvent souvent désarmés.

Georges Blein

Psychologue



Le terme de *gériatrie* déjà appelle un certain nombre de remarques. Introduit en 1912 par l'Américain Nascher<sup>(2)</sup>, il désigne une branche de la médecine dans la généalogie de laquelle d'illustres médecins se rencontrent ; et illustres surtout pour leurs travaux dans un autre domaine médical : la psychiatrie ! Si la gériatrie n'est certes pas la psychiatrie, son histoire ne peut toutefois l'ignorer et pas plus son présent. Bien avant Alzheimer (1906) dont le nom reste attaché aujourd'hui à cette maladie élevée à un rang emblématique, Ph. Pinel, J.M. Charcot ensuite soulignaient l'intérêt médical que cette population qu'ils croisaient dans ces institutions pouvait susciter. Ainsi, en 1815, Ph. Pinel souhaite voir se constituer « une étude spéciale des maladies des vieillards, qui reste à faire »<sup>(3)</sup>, et plus tard dans les années 1868, c'est J.M. Charcot qui présente « ses leçons cliniques sur les maladies des vieillards ». De Bicêtre à La Salpêtrière - espaces hospiciers d'où procède le long séjour hospitalier d'aujourd'hui - des XVI<sup>e</sup>, XVII<sup>e</sup> siècles aux XVIII<sup>e</sup>, XIX<sup>e</sup> siècles, lieux et temps qui rencontrent et enferment « le mal minuscule des vies sans

importances »<sup>(4)</sup> - là où justement naîtra la psychiatrie moderne, pauvreté, misère, dérèglement de l'esprit, folie, mais aussi vieillesse constituent un entrelacement à ce point serré que les différenciations nécessaires dans une démarche nosographique que Ph. Pinel inaugure en psychiatrie s'estompent pour ce qu'on ne nomme pas encore médecine gériatrique. Rien d'étonnant, dès lors, que dans ces lieux où s'agglomère « l'infâme » aux multiples facettes, certaines résonances prennent forme. Tout à la fois, ou successivement, vieillesse est pauvreté, folie, oubli, absence (sommes-nous loin aujourd'hui de ces schématismes quand est dit et répété que vieillesse est dépendance ou perte d'autonomie ?).

Le mot gériatrie apparaît donc un siècle après ces vœux formulés par Ph. Pinel, construit comme celui de psychiatrie, mais aussi comme celui de pédiatrie. Ici, médecine, la gériatrie le sera donc des maladies de la vieillesse (maladies causées par la vieillesse, maladies survenant durant la vieillesse ? nul ne sait), comme la psychiatrie l'est des maladies de l'âme, la pédiatrie de celles de l'enfance. Mais médecine aussi, au-

delà des pathologies réservées, qui re-saisit dans son discours et sa pratique la vieillesse, voire le vieillissement, comme la psychiatrie re-saisit le psychisme et l'esprit, la pédiatrie l'enfance, disant aussi les limites hors desquelles ces entités risquent de se dissoudre ou se disloquer, disant alors aussi (en sous-exposition) et le bien et le mal. Cependant que, comme l'âme ou le psychisme et l'enfance, la vieillesse, et bien plus encore le vieillissement plongent leurs racines dans des sols divers, dont le biologique, sur lequel se campe la médecine qui n'en constitue qu'un fragment - fragment qu'une période scientifique comme la





nôtre, faute de pouvoir toujours être rationnelle, transforme en totalité.

L'examen du terme suggère ainsi que déjà nous sommes bien loin de ces autres spécialités médicales qui s'affichent logos, théorie et connaissances d'un objet : organes, fonctions, pathologies, que le radical du mot évoque. La cardiologie ou la neurologie, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, mais aussi la cancérologie, etc. peuvent déployer leurs impressionnantes techniques d'investigation et d'intervention qui donnent à voir, permettent de mesurer, toucher du doigt la lésion à soigner et guérir.

Rien de tel en gériatrie. Et si le gériatre appelle le spécialiste parce que tel symptôme trop évocateur lui revient, et lui confie le patient, il le récupère bien vite pour un quelque-chose-en-plus - mais quoi ? - qui lui appartient, qui fait que le malade était déjà en gériatrie ; quelque-chose-en-plus qui pourrait influencer l'évolution de... la pathologie, du malade ? Ou quelque-chose-en-plus que subit la personne, le sujet ? On se perd en conjectures. Quelque-chose-en-plus ? L'étude des populations présentes dans les services de gériatrie<sup>(5)</sup> Long-Séjour, Cure Médicale, Maison de Retraite montre qu'au-delà des pathologies (très diverses), de l'âge (qui agit comme une notion écran), l'entrée et le parcours en institution révèle, et relève toujours, des défaillances sociales-sociétales. Aussi l'ensemble des questions concernant l'objet de la gériatrie ne nous semblent pas pouvoir trouver des réponses sans que soient élucidées les contradictions que le terrain révèle, contradictions qui, au cœur des pratiques gériatriques, compromettent indéniablement la qualité des soins donnés aux personnes (âgées) institutionnalisées.

La première de ces contradictions, sans doute la plus préjudiciable, est en totalité contenue dans l'usage généralisé et bien au-delà du discours gériatrique d'ailleurs - du terme de *dépendance*. Donné comme un résumé objectif de toutes les situations, la dépendance évoquée - qui devient la raison de la gériatrie - loin d'éclaircir une réflexion sur les pratiques et moyens à mettre en œuvre pour le soin de chacun, constitue un obstacle difficilement surmontable. En premier lieu,

obstacle à la nécessité d'une appréhension clinique et évolutive de la singularité de chacun. Loin de cette singularisation dont pourtant aucune médecine ne peut se passer<sup>(6)</sup>, la dépendance devient la notion sur laquelle se fonde l'opération d'homogénéisation que réalise l'institution qui fonde à son tour l'institutionnalisation et la généralisation d'établissements géronto-gériatriques (dans lesquelles le privé et l'activité libérale trouvent la justification d'investissements financiers prometteurs).

Bien loin de permettre de redéfinir une gériatrie ouverte sur des soins dynamiques, réinscrivant le sujet dans le cheminement de sa vie, plutôt que l'assigner à ce statut de vieillard à cent autres vieillards pareils, parce que vieux, la notion de dépendance, concept-écran, ne fait qu'obscurcir un peu plus, et maintenir dans l'opacité les rôles et fonctions de la gériatrie. Aussi diverses soient-elles, les pathologies qui conduisent au « placement » sont comme dissoutes par ce terme de dépendance et, avec elles, les raisons sociales qui ne manquent jamais de les accompagner, voire de les précéder.

La dépendance, c'est toutes les maladies, n'importe quelle maladie - et même les maladies à l'état virtuel - dès lors que la personne a un certain âge et ce « quelque-chose-en-plus » dont nous pensons pouvoir dire qu'il est quelque chose en moins des dimensions sociales au cœur de toute individuation. Des conditions matérielles d'existence aux vecteurs de socialisation de la vie quotidienne, des rapports sociaux aux problématiques familiales, ces raisons sociales-sociétales, psychosociales se révèlent être ce « quelque-chose-en-plus » qui conduit aux orientations gériatriques. Quand hier ces raisons sociales dominaient dans le tableau des motifs d'entrée, aujourd'hui sous d'autres formes, moins visibles, cachées parfois, ces raisons sociales ne sont pas moins présentes. Depuis dix, quinze ans, et qui s'affirment de plus en plus, les raisons médicales, quelles que soient les pathologies affichées, qui sont données comme raisons de l'entrée, que résume le terme de dépendance, s'articulent toujours à des questions sociales qui se dévoilent au fil du temps de l'institutionnalisation. Elles s'avèrent un des déterminants majeurs de



l'orientation gériatrique, sans jamais cependant être intégrées par cet exercice gériatrique. Et plutôt même que de parler de dépendance de manière inconsidérée, nous nous demandons s'il ne serait pas mieux venu de faire l'hypothèse d'une trop grande indépendance, devenue insupportable. Quand nul compte n'est à rendre à personne, parce que plus personne n'est là, c'est peut-être moins de dépendance dont on souffre que d'une indépendance devenue insupportable, qui introduit une angoisse pathogène qui s'articule à un sentiment de vide social tel, qu'il demeure ineffable ; tragiquement la parole se voit destituée.

Ce terme de dépendance conduit ainsi à considérer les situations gériatriques comme des évidences liées au fait de la vieillesse et du vieillissement, inscrites en sa nature, et annule du même coup et en conséquence la recherche de solutions autres. Ainsi employée et généralisée, du monde médical au monde politique, et de plus en plus relayée par le monde financier de l'assurance<sup>(7)</sup>, la dépendance loin de permettre d'interroger ces pratiques institutionnelles gériatriques pour les modifier, les entérinent, et avec elles un certain renoncement thérapeutique. Moins de temps médical, moins de temps infirmier, kinésithérapeutique, une reconnaissance fantaisiste de la psychologie sont la règle générale.

Sans aucun intérêt heuristique, la notion de dépendance confirme un accord implicite sur la vieillesse et le vieillissement quand il faudrait développer des regards critiques pour renouveler le soin gériatrique. Ainsi, ni l'âge, ni la maladie ramenée à de la dépendance ne suffisent pour expliquer « le placement » ; à âge égal et pour une même maladie, pour des raisons sociales, on arrivera dans tel service ou tel autre, ou encore on restera au domicile. Et si on arrive en service gériatrique, ce sera muni de l'indispensable grille de dépendance, faisant la somme des incapacités qui sera considérée comme le panorama complet, et objectif, de l'état du patient. Ces grilles qui opèrent une véritable instrumentalisation des conduites fondamentalement sont une négation du soin. Standardisation plus ou moins raffinée, elles encouragent le survol des cas et sont un obstacle certain à la reconnaissance de la singularité

de la situation sans laquelle l'équipe soignante ne peut construire son soin.

La seconde contradiction que nous voudrions relever, parfaitement articulée à la première, est liée aux exigences et contraintes qu'impose l'administration. Dès la décision d'entrer en établissement prise, c'est à l'administration que le ou les intéressé(s) s'adresse(nt). C'est alors qu'il(s) se trouve(nt) confronté(s) à une nouvelle question - souvent insoupçonnée à ce moment - relative au coût. Soudainement l'hôpital, mais est-ce encore l'hôpital ce qu'un euphémisme conduit à nommer Résidence pour Personnes Agées (?), « devient payant ». Aux frais sanitaires couverts par les caisses sociales d'assurance s'ajoutent les frais d'hébergement d'un montant qui avoisine dix mille francs mensuels, à la charge du patient-pensionnaire et/ou de ses proches - enfants, petits-enfants. Certes, si des modalités de prise en charge de ces frais existent, confiées au Département, celles-ci ne sont en rien comparables au système de couverture sociale des frais sanitaires, puisqu'on retire aux patients-pensionnaires les biens dont il dispose et qu'on s'assure - après enquête - que ses proches : époux(-se), enfant(s), petit(s)-enfant(s) n'ont pas les ressources financières suffisantes. L'Aide sociale accordée, le patient-pensionnaire recevra trois cents francs par mois pour, ainsi que cela est dit, « argent de poche » (à donc 60, 70 ou 90 ans ! L'infantilisation du « vieux » n'a aucune limite).

Si la dépendance des personnes âgées dont on parle tant demeure pour le moins énigmatique dans son acception médicalisée, la dépendance économique prend un sens bien précis et concret, elle, qui assujettit les individus - corps et biens - à l'institution. Face à de telles conditions d'entrée, l'avenir de chacun qui y est soumis ne peut que se voiler. Pour la plupart le retour à domicile n'est plus envisageable pour la seule et simple raison que de domicile, il n'y en a plus une fois les murs de l'institution franchis.

En même temps que certains pour entrer en institution doivent renoncer à ce qui fut leur environnement - « quitter le monde » (?) comme il nous est arrivé très souvent de l'entendre - d'autres, pour ces mêmes raisons économiques

doivent eux renoncer aux soins. Nous pensons là en particulier à nombre de couples dont l'un des deux est atteint de la maladie d'Alzheimer, qui ne disposent pas de revenus suffisants, ou qui ne souhaitent pas des hébergements aussi contraignants, incitant à des « placements » définitifs<sup>(8)</sup>. Dès lors, il n'est peut-être pas surprenant d'enregistrer que « trois malades sur quatre sont « traités » à domicile, le plus souvent par la famille »<sup>(9)</sup>. C'est là une autre contradiction des pratiques gériatriques.

Au-delà de ces questions financières, une troisième contradiction apparaît ainsi qui concerne les maladies neurodégénératives au rang desquelles se trouvent les états démentiels et la maladie d'Alzheimer. À l'extrême limite, s'il était une maladie pouvant prétendre au statut d'objet d'une médecine gériatrique en mal de spécificité, en rapport avec le vieillissement compris sous une certaine idée mécaniste - et méritant une prise en charge très particulière, ce serait celle-ci, même si les données épidémiologiques sont loin d'être convergentes pour relier causalement vieillesse et démence, et s'il importe de réaffirmer que maladie d'Alzheimer et autres démences sont et restent des maladies, non la norme du vieillissement<sup>(10)</sup>. Mais alors exception, leur coût est à la charge des intéressés compte tenu de ces différences introduites dans le système de soin entre ce qui ressortit au sanitaire et ce qui dépend du social, et qui recoupe une autre distinction-discrimination, administrative celle-là : État/département. Cette troisième contradiction n'est pas loin de cette autre distinction qui partage, au gré d'opportunismes locaux, l'affection démentielle entre psychiatrie, gériatrie ou neurologie, qui conduit là le patient entre les mains du psychiatre, ici entre celles du médecin généraliste, ailleurs dans le cabinet du neurologue qui chacun détermine des orientations institutionnelles différentes dont les coûts pour le malade ne sont pas les mêmes.

Un tel système, aussi peu rigoureux, dans le contexte économique que nous connaissons plus soucieux des intérêts particuliers et privés que du bien commun ne peut éviter d'avoir des effets dévastateurs. Ainsi, notons les orientations gériatriques de plus en plus fréquentes de personnes

(âgées) hospitalisées en psychiatrie, sortie donc des services spécialisés ; ainsi que, pas moins fréquentes, les décompensations psychopathologiques de personnes (âgées) sans antécédents psychiatriques, très souvent confondues avec des états neuro-dégénératifs.

Loin d'avoir épuisé toutes les contradictions qui traversent le champ gériatrique, récapitulons nous. Psychiatrisation de la gériatrie (souvent sans psychiatre) et gériatrisation de la psychiatrie<sup>(11)</sup> ; démedicalisation de la maladie et medicalisation de problèmes sociaux ; établissements inaccessibles pour certains patients ; structures hospitalières qui se présentent comme des structures hôtelières, voire résidentielles, et l'inverse... Il est intéressant dans ce contexte de nous pencher sur cette collusion que nous indiquions entre gérontologie et gériatrie. Les médecins gériatres s'affirmant gérontologues et avec eux les établissements qui les emploient devenant Centre de Gérontologie, dans quel espace médical restreint réduit-on vieillesse et vieillissement, et avec quelles ambiguïtés aborde-t-on les questions pathologiques lorsque donc la maladie survient





chez des sujets... âgés ? La gérontologie devenue branche de la médecine, quelles relégations s'autorise-t-elle ?

Pour comprendre le glissement sémantique qui s'opère dans et à travers cette pratique gériatrique, de surcroît pratique sociale -, il nous semble utile de nous retourner vers des travaux de gérontologie, justement. Ainsi A. M. Guillemard note : « Les étapes de la fin du parcours des âges se sont, en effet, multipliées dans la confusion, principalement du fait de l'instauration de la pré-retraite. [...] *Les politiques de la vieillesse*, qui ont joué un rôle fondamental dans la constitution de la vieillesse en tant que catégorie cohérente et autonome, sont en train de précipiter aujourd'hui la dilution de leur objet ». Et l'auteur poursuit et achève ainsi son texte sur deux interrogations d'un même questionnement : « La dissolution croissante de la catégorie âgée, à laquelle nous assistons, n'est-elle pas propre à favoriser d'autres formes de gestion des rapports entre vieillesse et société ? Ne peut-elle déboucher sur une gestion qui ne se limiterait plus au groupe âgé, et substituerait à une politique de la vieillesse, une politique du vieillissement. »<sup>(12)</sup>

Si d'une certaine manière, on doit se féliciter de « cette dilution » de l'objet vieillesse, quand il y a bien au contraire des vieillesse et bien plus fondamentalement encore des vieillissements, il nous semble cependant qu'il faut redouter que cet objet, parce que « dilué » justement, ne soit accaparé que par les seules pratiques médicales et les discours qui les accompagnent, stigmatisés dès lors. Laisser au seul champ médical vieillesse et vieillissement, c'est aussi ramener l'une et l'autre à la maladie, ce que ni l'une ni l'autre ne sont, faut-il le rappeler, et en conséquence dresser un obstacle à ces « autres formes de gestion des rapports entre vieillesse et société ».

Bien plus fondamentalement encore, laisser ainsi la gérontologie occupée par la gériatrie, c'est abandonner le terrain de ce qui nous semble pourtant l'objet de la gérontologie, comme anthropologie : « l'ensemble du parcours des âges », les temps sociaux de l'existence. Et la gériatrie aurait très probablement beaucoup à gagner à reconnaître ainsi cette exigence gérontologique plus large, pour

l'exercice qui est le sien : soigner... des sujets au cœur de leur propre histoire, autant qu'on peut l'habiter, jamais totalement achevée, en devenir donc. Et soigner dans des conditions dignes qui ne peuvent être ni celles de l'indifférenciation, ni celles de l'indifférence. Qui nécessitent de reconsidérer ces regroupements dans des établissements de patients-pensionnaires sur des critères aussi peu consistants que *l'âge, la dépendance*, et autrement que dans des unités d'une centaine de patients-pensionnaires pour lesquels, et ceci à valeur emblématique, il y a deux infirmières le matin, une l'après-midi.

1. Les gériatres verseraient-ils la gérontologie dans le seul camp des sciences de la nature, ignorant « la nécessité de retravailler le concept de vieillissement, et l'obligation faite à la « gérontologie humaine » de ne point choisir son camp entre les sciences de la nature et les sciences de l'homme », M. Philibert, 1988, *Divagation, Gérontologie*, n° 68
2. Bois, J.P., 1994, *L'histoire de la vieillesse*, P.U.F., Que sais-je ?
3. *ibid.*
4. Foucault, M., 1977. *La vie des hommes infâmes*, In *Dits et Écrits - Tome III (1976-1979)*, Gallimard (1994).
5. Blein, G., 2000. *Gériatrie et dépendance ; étude de l'évolution d'une population en R.P.A.*, Doc. Centre Hospitalier de Cavaillon, 23p.
6. Ricoeur, P., 1996. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*, n°227, p. 21-33
7. D. Kessler, président de la fédération française des sociétés d'assurance, vice-président délégué du MEDEF ne s'y trompe pas, qui écrit : « En deuxième lieu, il faut évoquer les changements démographiques. C'est vrai pour la retraite, mais aussi pour la maladie ou tous les risques de l'existence, comme l'illustre le débat actuel, profondément moderne (c'est nous qui soulignons), sur les risques de la dépendance ». « Anticiper et gérer les risques au XXIe siècle », in Y. Michaud, *Université de tous les savoirs 12, la société et les relations sociales*, Odile Jacob, 2002, p.9-22
8. Blein, G., 2000. « Ne dit-on pas « un » Alzheimer ? », *Prévenir*, N°39, p. 213-216.
9. Haut Comité de la Santé publique, 1995, *La santé des Français*, La découverte.
10. Richard J., Droz A., Crombecque A., 1985, *Psychologie et écologie sociale de l'âgé (ou de la dynamique de l'action gérontologique)*, *Ann. médi.-psychol.*, 143, n°6.
11. Devenoges, J.F., Blond, C., Blein, G. (à paraître). À propos de l'usage des médicaments psychotropes dans un établissement à caractère gériatrique.
12. Guillemard A.M., 1987, « La dynamique sociale des politiques de la vieillesse en France », *Prévenir*, n° 15.

**L'image de la personne âgée reflétée par les médias rend compte de la difficulté de notre société à accepter le vieillissement.**

# Revue de vieillesse

« La vieillesse est avant-tout définie par le regard des autres. » répond le Professeur Henrard, médecin-chef du service des consultations de l'hôpital gériatrique Sainte-Perrine, Paris, au journal Les Echos.

Justement. Quelle image les médias (presse, télé) donnent-ils de notre propre regard sur l'âge ? Bien sûr, deux petits mois d'auscultation sont trop courts pour tirer des conclusions, mais s'avèrent suffisants pour livrer quelques impressions. Si je devais tracer une typologie grossière des images médiatiques de la vieillesse, je dirais qu'il y a la vieillesse publique (les « politiques », les rois, les écrivains, etc.), la vieillesse « phénoménale » (le centenaire), la vieillesse « commerciale » (le senior de pub), la vieillesse de faits divers (les vieux maltraités, laissés pour comptes...).

Comiques, tragiques ou tragi-comiques, que nous disent ces images ? Pas grand-chose, si ce n'est que les personnes publiques vieillissent aussi, que l'activité politique semble avoir quelques vertus « conservatrices » (sic), que toute image est bonne à diffuser dès lors qu'elle fait vendre (quitte à la « lisser » un peu), que les êtres oubliés s'abandonnent et se désertent. Le « vieillir » y apparaît « en creux » derrière la fonction, le statut, le fait.

Sujet économique convoité, le senior « d'en bas », retraité actif, entre 58 et 70 ans (à en croire les sondages !), n'est, par exemple, guère mis en exergue dans les magazines, y compris dans ceux qui lui sont destinés. Les rubriques usuelles (mode, santé, loisirs...), les publicités (mis à part celles sur les conventions obsèques ou, privilège féminin, celles sur les serviettes hygiéniques « anti-fuites »), y sont le plus souvent illustrées par des personnes entre 35 et 50 ans.

« Il faut se souvenir que les seniors ont le droit de prendre du plaisir à vivre. Retraite ne signifie pas retrait » affirme le magazine Notre temps !!!

Alors pourquoi ne pas oser le senior de couverture ? « Les vieux n'aiment pas se voir », prétendent certains.

Vraiment ?

« C'est aussi une façon de retrouver confiance en soi, de fierté. On aime se faire photographier, on voudrait passer à la télé, on aimerait se voir dans une revue. » « Cela m'a fait énormément de bien, pour moi personnellement, pour mon ego et pour ma santé », affirment pourtant ces mannequins seniors vus sur Arte.

La gloire, sur leurs lèvres, importe moins que la reconquête du regard de l'autre et, par là, celle de sa propre dignité.

Alors, il me vient que dans cette société où la vieillesse « sociale », en tous cas dans les entreprises, vous cueille à la quarantaine et la vieillesse « administrative » à un âge qui ne correspond plus à la vieillesse « physique », il y a un temps de plus en plus long, un parcours de vie à redéfinir, à se re-présenter. Ce petit voyage en « sénioritude » me laisse à penser que nous n'y sommes pas encore prêts.

C'est un beau visage crâne et finement zébré pris légèrement de trois-quarts en couverture d'un numéro du Monde 2 sur la DHEA : Odette a 71 ans et me toise. Et moi, je m'interroge sur ce que cette photo donne à voir et sur ce qu'elle cèle dans ses ombres et ses flous.

« Et si tu étais une vieille personne ? »

« J'aimerais avoir l'air jeune » répond notre époque tétanisée.

Le portrait de Dorian Gray n'a pas, de nos jours, le droit de vieillir.

Sylvie Lagabriele

Juriste

**Les critères de qualité d'une association de services d'aide aux personnes âgées à domicile passent par les processus de recrutement, de formation, et de soutien du personnel, en fonction des valeurs de l'association : prise en charge globale, respect de la personne, importance de la relation avec la personne soignée et entre les soignants. Cela devrait aussi passer par un statut et une rémunération décente pour l'aide à domicile.**

# La qualité de l'aide à domicile

Marie-France Gounouf

Sociologue

*Marie-France Gounouf, sociologue, membre de l'équipe de recherche du CRIDA-LSCI, a réalisé depuis une vingtaine d'années des études dans le champ associatif de l'aide à domicile et a participé à l'ouvrage collectif sous la direction de Jean-Louis Laville et Marthe Nyssens, Les Services sociaux entre associations, état et marché, l'aide aux personnes âgées, Paris : La Découverte/MAUSS 2001.*

**Pratiques : Vous travaillez sur les relations entre prestataires et usagers bénéficiant d'un service d'aide à domicile par le biais d'une association. Quels seraient pour vous les critères de qualité ?**

**Marie-France Gounouf :** Deux personnes font la qualité d'un service d'aide à domicile : une personne physique, l'intervenante, une personne morale, l'association. Les associations s'appuient sur des valeurs forgées le plus souvent à l'origine de l'association. Ces valeurs reposent sur une certaine conception de l'aide à la personne âgée qui vise une prise en charge globale de ses besoins et de ses attentes. Concrètement, cela veut dire que l'intervenante reste attentive à l'ensemble des besoins de la personne âgée. Ainsi, si celle-ci a besoin de soins, elle va proposer d'appeler le médecin, si elle est en difficulté avec ses enfants, elle va l'écouter, voire la conseiller... Ce n'est pas une simple femme de ménage. C'est en tout cas dans cet objectif que les associations conçoivent leurs pratiques et leurs procédures. C'est bien la compétence, le degré de professionnalisation de l'intervenante, mais aussi celui de la

structure qui viennent optimiser ou non la qualité du service rendu.

Parlons d'abord de la qualité professionnelle de l'intervenante. Deux volets du fonctionnement d'une association en sont garants.

D'abord, la qualité des procédures de recrutement. Une personne âgée nous dira : « Je leur fais confiance dans la mesure où ils font leur boulot de recrutement, j'ai 95 chances sur 100 d'avoir quelqu'un de sérieux ». Une autre dira, « L'association c'est une sécurité car elle ne recrute pas n'importe qui ». En fait, les responsables d'association conçoivent un parcours de recrutement de leurs candidates qui permette de s'assurer de leur motivation, mais aussi de leur capacité à évaluer les réels besoins de la personne, de leur souhait de se former en situation de travail, de leur aptitude à l'écoute, à la création d'un lien de confiance, à l'initiative.

Ensuite, la volonté des associations d'inscrire leur effectif d'intervenantes dans un processus de formation qualifiant. Ce processus passe d'abord par un système de régulation qui, à l'instar des travailleuses familiales ou des aides soignantes, comporte des réunions régulières d'équipe de travail. Ces réunions offrent aux participantes un



lieu de rencontre et d'échange d'autant plus nécessaire qu'elles travaillent dans un contexte d'isolement professionnel au seul domicile des personnes. Ces réunions leur permettent de mutualiser leurs expériences mais aussi de développer un sentiment d'appartenance à un groupe professionnel. Sur ce registre de lieux d'expression et d'échanges, la mise en place dans certaines associations de groupes de parole animés par un psychologue offre une dimension supplémentaire.

Ce processus de formation passe aussi par la mise en œuvre d'un dispositif de formation qui permette à chaque intervenante d'améliorer ses connaissances : de certaines pathologies de la vieillesse, connaissance psychologique de la personne âgée, maniement du corps d'une personne malade.

Parlons maintenant de la professionnalisation de l'association elle-même.

Cette professionnalisation concerne les deux missions essentielles des responsables de l'association à savoir la gestion des services et l'encadrement des aides à domicile. Elle passe aussi par l'accompagnement des aides qui doivent pouvoir trouver auprès de leurs responsables écoute, soutien psychologique, conseil et réconfort. Enfin, il faut que se soit créé entre les intervenantes et les responsables un type de rapport dans lequel la transmission d'informations puisse se faire rapidement. Il faut qu'à tout moment, l'évolution de son état puisse être prise en compte et que soient trouvées des solutions, parfois dans l'urgence. Cela suppose que de véritables échanges s'instaurent entre les aides à domicile et leurs responsables référents.

Une autre mission essentielle des responsables de l'association, c'est la gestion des services.

C'est d'abord l'accueil de la demande dont la qualité se manifeste dans la teneur du premier contact et la capacité des associations de répondre à l'urgence. Il y a d'abord la visite à domicile d'un responsable qui s'entretient avec la personne demandeuse dans le but de l'informer

des prestations offertes par l'association, des contraintes administratives, mais aussi dans le but de créer un lien de confiance avec la personne, de lui consacrer un temps d'écoute qui permettra de comprendre ses attentes et de convenir des formes d'aide à lui apporter. Cette procédure peut être mise à mal lorsque, dans un contexte d'urgence, ou non, la demande vient de la famille : la famille est là lors de cet entretien ou, pire, l'entretien n'a pas lieu avec la personne, mais avec sa famille. Dès lors, la personne est évincée et le service d'aide a toutes les chances de mal fonctionner.

Mais reprenons le bon cas. A la suite de cet entretien, un contrat est signé. Idéalement ce contrat est signé par l'association, la personne et l'aide, mais cela se fait peu. Cette pratique souligne la volonté des associations de co-construire le service entre ses trois acteurs : la personne aidée, l'association et l'intervenante affectée sur ce nouveau service. C'est une façon de positionner l'aide à domicile comme un acteur à part entière et comme un professionnel.

L'affectation de l'intervenante constitue une autre phase de la mise en œuvre d'un service. Idéalement, elle sera choisie en fonction d'une affinité décelée avec la personne. La qualité, c'est aussi la façon dont cette intervenante sera informée des spécificités du cas de la personne (degré de perte d'autonomie, attentes particulières, etc.). C'est enfin la façon dont elle sera annoncée ou présentée à la personne.

La qualité, c'est aussi celle des modes de suivi du service. Ce peut être la visite régulière de responsables au domicile de la personne pour s'assurer de sa satisfaction sur le service rendu ou de l'éventuelle évolution de son état. Une situation délicate peut être modifiée : c'est le cas d'une personne âgée qui vit chez ses enfants, son aide à domicile ne fait que le ménage, dans une maison où vivent six personnes. L'association peut intervenir pour que l'aide ménagère fasse certes du ménage, mais aussi accompagne la personne âgée pour promenades ou sorties... Ce



peut être aussi la réactualisation régulière d'une grille d'évaluation du besoin élaboré lors de la mise en place du service. Ce peut être enfin la réalisation annuelle d'une enquête de satisfaction.

Enfin, dans de rares associations, la qualité c'est aussi la gestion d'un réseau bénévole auquel l'association fait appel pour apporter une réponse à des attentes qui ne peuvent être satisfaites par des services rémunérés mais qui ont été décelés lors de la mise en place de ce service. Ils peuvent aussi mettre la personne en contact avec les services professionnels adéquats, par exemple, portage de repas, télé-assistance.

#### **Qu'avez-vous entendu des articulations du social et du médical ?**

L'aide à domicile doit pouvoir communiquer avec les professionnels du soin intervenant auprès de la personne (...) les rapports de l'intervenante avec le médecin traitant de la personne ne semblent guère reconnus en tant que tels. Quand une aide a un échange avec le médecin, c'est fortuit parce qu'elle se trouve là quand il passe ou plus rarement parce que la personne elle-même a souhaité que son aide soit présente lors du passage de son médecin. On peut s'étonner aussi de ce que jamais l'association n'est consultée pour l'établissement de la grille AGGIR qui sert actuellement pour définir le « niveau de dépendance » de la personne âgée et, partant, le montant de l'aide financière qui sera allouée.

Certaines intervenantes en parlent et déplorent de ne pas être considérées comme un des acteurs le mieux à même dans certaines situations de communiquer des informations au médecin. Si on admet cette interaction, l'aide à domicile va se

constituer en acteur, en interlocuteur privilégié de cet autre acteur qu'est le médecin traitant. Si ce dernier détient un savoir supérieur à celui de l'intervenante, celle-ci de son côté détient une connaissance de la personne supérieure à celle du médecin. En cela, elle pourra lui fournir des informations qui l'aideront à construire son diagnostic et à proposer un traitement. La personne âgée a-t-elle une poussée de tension, une perte d'appétit, des troubles pseudo-cardiaques ? Son intervenante pourra expliquer au médecin que « sa » vieille dame ou « son » vieux monsieur a été contrarié par l'annulation d'une visite de ses enfants, ou bien qu'il/elle traverse un passage dépressif, perd actuellement le goût de vivre, etc. tous états psychologiques, sources de malaise qui seront guéris aussi bien par un traitement médical que par la capacité d'écoute et de dialogue du médecin et de l'aide. Il s'agit bien, à travers toutes ces initiatives, de création de liens autour de la personne âgée entre des professionnels du social et du médical qui, en se concertant, contribuent à une meilleure connaissance, une meilleure évaluation des problèmes rencontrés par les personnes aidées. Cette concertation peut hâter la résolution de ces problèmes, voire les anticiper. Pour conclure ces quelques réflexions, sur les éléments de qualité des formes d'aide apportées à la personne âgée, nous proposons de privilégier ceux qui favorisent la mise en liens des acteurs qui œuvrent auprès de la personne âgée sur les deux registres social et médical. C'est dans cette création de liens, dans la mise en œuvre d'instances formelles et informelles de concertation entre ces acteurs que peuvent se définir les formes d'aide les plus adéquates à dispenser auprès de la personne.

Après l'évaluation du sociologue, nous avons laissé la parole à une actrice de terrain :

# Faire le sale boulot

Créer un lien de confiance, d'amitié, c'est complètement essentiel pour les gens seuls qui ne sortent plus, mais très dangereux pour la personne âgée car lorsque l'aide part en congés, la personne n'accepte pas les remplaçantes et peut même déprimer. Pour l'aide à domicile, quand la personne part en maison de retraite, ou à l'hôpital, elle continue sur son temps perso de voir la personne âgée, mais lorsque le décès arrive, l'aide se casse la figure. J'ai vu des filles très mal après le décès de « leur cliente », c'est comme cela qu'elles les appellent. En ce moment, la direction de mon association veut que les 15 agents tournent sur toute la ville et non dans un quartier défini pour que les personnes âgées s'habituent à une équipe et non pas à une personne<sup>(1)</sup>. Au début c'était dur, mais aujourd'hui avec le recul, je peux dire que la relation est plus professionnelle avec les patients et ils s'habituent à une équipe.

(...) Notre diplôme, c'est le CAFAD, c'est un diplôme très basique, mais capital, il va devenir obligatoire et heureusement. La formation se fait sur six mois ou un an, tout en travaillant. Il y a la cuisine, le ménage, l'hygiène, la pathologie des personnes âgées, leurs comportements, la manipulation, etc. Mais il y a encore des filles qui ont vingt ans de métier et qui refusent de faire la formation pour ne pas quitter leurs clientes.

(...) Les aides à domicile doivent trouver écoute, réconfort, conseil, auprès de leur responsable. Si c'était vrai ! Les chefs, on oublie très vite qu'elles sont infirmières, elles sont devenues des bureaucrates, le terrain, elles y vont peu ou pas du tout,

c'est une autre personne souvent qui fait les enquêtes de besoins. Beaucoup de services demandent l'intervention d'un psy mais cela coûte cher. (...)

A mon avis, l'intervenante n'a pas à être choisie en fonction d'une affinité, heureusement. C'est à elle à s'adapter à la personne âgée pour que tout aille bien, cela fait partie du professionnalisme. (...)

Bien souvent, les aides à domicile ont le sentiment de faire le sale boulot, sous-payé, elles sont là car elles n'ont pas le choix (aucun diplôme), les personnes ne sont pas toujours reconnaissantes... Les médecins : trop souvent ils viennent tous les mois renouveler l'ordonnance, prendre la tension pour 30 euros. Pire, ils viennent toutes les semaines depuis des années : 30 euros le quart d'heure, chapeau ! Ils ne regardent pas sous les pansements, les infirmières pataugent. Mais il y en a des biens qui nous écoutent, rares il est vrai. Le domicile n'est pas encore un travail d'équipe pour eux, en fait, il manque le maillon du fermoir pour que la chaîne du domicile soit solide car nous travaillons avec la majorité des intervenants, mais certains médecins ont encore le statut du début du siècle et ils en sont ravis, pourquoi changer quand on a le deuxième pouvoir après Dieu ?

**1.** Accompagner des personnes, jusqu'à la mort éventuellement, c'est toujours difficile, cela est possible en s'engageant et sans forcément être mal, mais cela demande un soutien dans une équipe, ou dans un lieu de parole. Lire à ce propos le N° 11 de *Pratiques*, « Choisir sa vie, choisir sa mort ». NDLR.

Cécile Hilairet

*Aide à domicile*

L'auteur a bien voulu nous présenter son livre *La vieillesse en analyse*, Edition Desclée de Brouwer, Paris 2001, édition revue et corrigée<sup>(1)</sup>

# La vieillesse en analyse

Charlotte Herfray

*Enseignant-chercheur et  
psychanalyste praticienne*

À l'écoute des discours des vieux, l'auteur a été frappée par le fait que les plaintes et les intuitions dont leurs paroles sont le véhicule s'avèrent souvent lourdes de sens en dépit de leur incohérence apparente. Un interlocuteur familier du commerce avec l'inconscient y repérera un travail psychique comparable à celui de l'enfance et ce qu'ils disent ne cesse d'évoquer l'enfant qu'ils furent. Leurs paroles, habitées par des craintes et des espérances sur fond d'une demande éperdue, nous offre un texte ayant trait à un conflit tragique dont l'humain est le lieu et qui est réactivé au fil de l'avancée de la vieillesse : il s'agit du conflit entre un « désir indestructible » et l'amenuisement des moyens qui pourraient permettre de le soutenir. Ainsi s'avouent les avatars du désir et de la demande et cet étrange univers intérieur du sujet humain chez qui les conduites ne sont pas programmées par l'instinct et dont le règne de la raison est soumis à celui des affects. Les histoires des vieux sont des histoires d'amour... d'amour et de haine, pour qui connaît bien Freud. Ainsi les jeux de l'amour et de la haine, de la rivalité et de la jalousie envahissent-ils le sujet parlant s'acheminant, de deuils en deuils, vers la finalité de son destin.

La vieillesse est un temps de la vie où fait retour en chacun de nous l'infinie détresse de la toute petite enfance laquelle sous-tend durant toute notre vie ce « malaise » que le sujet tente de fuir au moyen de tous les « briseurs de soucis » qui s'offrent à lui et qui donnent de « l'avenir aux illusions ». Les sujets vieux trouvent dans leur quotidien des raisons d'avoir peur. La peur est sous-tendue par cette angoisse de castration dont les membres de

l'espèce humaine sont la proie et qui est réactivée à travers leurs rencontres avec leurs limites bien réelles et leur impuissance à maîtriser leur destin. Elle est aussi réactivée par les pertes dont le sujet est l'objet au fur et à mesure que la vieillesse avance. Il y a les pertes de la maîtrise des fonctions au niveau du corps et de l'esprit ; il y a celle des statuts et des rôles sociaux valorisants. Sur le plan personnel, social et familial, les vieux se voient peu à peu dépossédés de leur pouvoir d'influence.

Le sujet ne peut pas toujours se réfugier dans le déni. Il vient un temps où les pertes sont indéniables. Comment le supporter et se supporter dès lors que les choses nous quittent ? L'auteur tente de mettre en lumière la manière dont la subjectivité de chacun infléchit son rapport aux pertes. En ces temps d'épreuve c'est le refoulé de la toute petite enfance qui fait retour et les derniers « sacrifices » s'accomplissent étrangement selon ce qui s'est inscrit à l'occasion des premiers. Malraux disait fort justement que « toute vieillesse est un aveu » !

C'est de tout cela dont parle ce livre avec exemples à l'appui. Ajoutons qu'il n'est pas triste : il nous invite simplement à ne pas nous prendre pour des dieux qui seraient dotés d'immortalité. Il nous rappelle surtout que c'est à travers nos deuils que nous pouvons récupérer du désir. Et c'est le désir et lui seul qui nous permet de continuer à investir les objets du monde et d'en tirer du plaisir... ainsi la joie demeure.

**1.** Du même auteur chez le même éditeur *La psychanalyse hors les murs*, Paris 1993.

Le dilemme des travailleurs migrants vieillissant en France et de leurs familles.

# Migrants vieillissants

Les migrants ne se représentent pas la vieillesse tout à fait comme les occidentaux. Ils se sentent vieux plus tôt. Dès la ménopause pour les femmes, ou après le mariage des enfants ou à l'arrivée des petits enfants quand ils reculent d'une génération. La vieillesse a des avantages quand ils ont vécu une vie difficile. C'est le temps de se reposer quand les enfants sont élevés, et que c'est leur tour d'assurer la survie du groupe familial. C'est le temps de la sagesse aussi. Fini les travaux durs, qu'ils soient celui des hommes, le bâtiment ou les travaux publics ou celui des femmes, les tâches ménagères et le soin de la maison. Les vieux ont droit au respect et au repos. Ceci est vrai s'ils sont entourés par leurs enfants.

Mais pour d'autres, c'est dur de vieillir seul en exil parce qu'ils ont vécu dans des foyers, ou parce que la famille a éclaté sous la pression de conflits trop violents et mal réglés, signes de difficultés insurmontables à s'adapter à l'exil. La retraite et l'inactivité aggravent le sentiment de solitude. La retraite, c'est le temps des questions. Le travail justifiait leur présence en France, inactifs définitivement, ils n'ont plus de légitimité à rester. Toute leur vie, ils ont attendu le moment du retour. Ce serait le moment, et pourtant ils restent. Ils découvrent que ce n'est pas facile de rentrer. Et pour cela, ils ont beaucoup de bonnes raisons : les enfants sont ici, en rentrant, ils perdraient une partie de leur

droits et puis en France, l'offre de soins est plus performante, plus accessible et plus sûre. Alors, ils font des allers et retours jusqu'à ce que leur état de santé les oblige à se fixer ici ou là-bas. Pourtant, s'ils restent c'est qu'ils n'ont plus toujours une place là-bas. Au moment de la retraite, ils peuvent solliciter le système de soins pour anticiper la cessation de leur activité. Ils se sentent fatigués plus tôt, ils se sentent inaptes à poursuivre des travaux lourds et pénibles. Et c'est vrai qu'ils vieillissent plus vite. Il y a déjà là un malentendu. Ils demandent le respect dû à leur âge, on leur demande de travailler, ils se sentent vieux et usés, peut être surtout las, et on leur dit qu'ils sont encore jeunes. C'est le temps des questions, pourquoi sont-ils venus pourquoi ont-ils tout sacrifier pour le pays d'accueil ? Les médecins qui les accueillent, s'ils prennent la peine d'écouter, sont parfois entraînés dans des conflits avec les caisses pour les aider à trouver une solution.

Dans cette période de transition, entre le travail et la légitimité (retraite, invalidité...) à ne plus travailler, ils sont souvent malades. Ils ont des plaintes multiples, qui reflètent en partie cette interrogation, à propos de l'exil. Cette question longtemps et toujours remise à plus tard, l'espoir d'un retour définitif qui n'a pas eu lieu. Et là encore il y a souvent malentendu, nous parlons hypertension, lombalgies et diabète mais il est difficile d'aborder la question de leur place ici et là-bas.

Catherine Jung

Médecin généraliste

Pour l'auteur, philosophe, être vieux, c'est se situer dans cette zone indéterminée entre être et non-être, où l'affirmation de la vie devient aussi problématique que son renoncement. Mais cette zone n'est pas seulement indéterminée par son entre-deux. Elle l'est aussi par la mobilité de ses franges : vieillir est un devenir, un processus en cours qui commence avec la maturité et s'achève avec la mort, processus auquel on ne peut échapper que par la prématurité de la mort. Processus qui se joue dans la représentation sociale avant même de se manifester dans la réalité du corps, par le dialogue incessant entre ce qui est perçu par l'autre et ce qui est éprouvé par soi. Or, à ce processus insidieux de désadaptation qu'est la vieillesse, nos sociétés d'incessante mutabilité économique semblent ne pouvoir fournir que des réponses inadaptées.

# Être, mais à quel prix ?

Christiane Vollaire

Philosophe

Le Hamlet de Shakespeare pose dans toute sa rigueur la question existentielle par excellence : « Être ou ne pas être ? ». Question principielle de l'inadaptation, puisque c'est le mouvement même de la vie qui nous en dispense, et nous place en position de la considérer perpétuellement comme résolue. C'est cette question que la vieillesse oblige à poser, par les processus de désadaptation qu'elle induit.

## 1. Invisibilité sociale de la vieillesse

Si, en effet, le vieillissement est de l'essence même de la vie, s'il est inscrit dans le biologique comme Aristote le montre dans *Les Parties des animaux* en identifiant dans le même mouvement vital croissance et dégénérescence, il est pourtant exclu de la représentation que nous nous faisons de la vitalité. Ainsi ce devenir, qui est notre lot commun en tant qu'êtres vivants, produit-il des représentations sociales qui sont toujours celles de l'altérité, toujours renvoyées à l'extériorité. Soit que les manifestations les plus superficielles de la maturation soient combattues avec acharnement, soit que la réalité la plus crue de la dégradation soit occultée avec la même constance.

De cette volonté d'occultation procède la ghettoïsation de la vieillesse que constituent les maisons de retraite et centres de gériatrie, souvent

situés à la lisière des villes, moins pour offrir au vieillard les agréments de la campagne, que pour exclure de la visibilité urbaine une dégradation qui ne doit pas être montrée.

Or le vieillard désurbanisé est un vieillard coupé des réalités sociales, privé de ses relations autant que de ses racines. Par là, réduit à sa condition biologique, il est renvoyé à la nouvelle indétermination, culturelle celle-là, d'un non-lieu. Exclusion géographique, exclusion sociale, ne sont alors rien d'autre que les formes prises par la volonté d'occulter notre propre devenir : une forme d'exorcisme collectif.

Mais, dans le même temps où le regard se détourne de la réalité de la vieillesse, se constitue un autre discours, principalement adressé à elle : discours sécuritaire de protection (celui des campagnes électorales), discours traditionaliste de repli sur le cocon familial (celui des compagnies d'assurances). Ainsi la vieillesse, exclue de la visibilité sociale, est-elle corrélativement convoquée pour restaurer les valeurs de frilosité qui justifient une politique de surveillance et de contrôle, c'est-à-dire, précisément, de visibilité sociale. C'est précisément sur ce jeu inavoué entre visibilité et invisibilité que se fonde notre représentation de la vieillesse et c'est de lui qu'elle tire son pouvoir pernicieux.

## 2. Dénégation du biologique et réduction au biologique

Dès lors, à ce qu'on appelle « vieillir », s'appliquent des réalités si différentes, que la première représentation de la vieillesse est celle de la confusion. Entre les arguments d'une marque de cosmétiques sur la première ride, et les réalités de l'incontinence, de l'immobilisation et de la perte des fonctions de relation, la distance, qualitative autant que quantitative, est incommensurable. Et c'est pourtant sur l'angoisse des secondes que joue la pression publicitaire des premiers. Sur le présupposé de la continuité entre deux moments différents du temps, qui réfère implicitement les premières marques du vieillissement aux ultimes états de la vieillesse, pour lire dans les premiers la virtualité des seconds. La crème qui atténue les

rides les plus superficielles est ainsi métaphoriquement présentée comme une machine de guerre contre le délabrement interne, établissant un rapport analogique entre surface et profondeur, autant qu'entre maturité et sénilité.

La dénégalion du biologique par le cosmétique n'est donc pas principalement là où on pourrait l'attendre : ce n'est pas que l'artifice dénie la naturalité de l'écoulement du temps, c'est que la représentation qu'il induit identifie abusivement des moments distincts de la temporalité biologique, les rendant corrélativement indignes de la visibilité sociale. Se fonde ainsi l'image archétypale d'une normalité exclusivement réservée à la jeunesse post-pubertaire. Or la jeunesse, loin d'être la norme du temps biologique, n'en est qu'un moment. Moment qui lui-même ne correspond à aucune





norme fonctionnelle d'une société, puisque celles-ci ne sont assurées que par la maturité.

Mais un autre abus est rendu possible au contraire par la distinction entre les temps biologiques : celui qui consiste à transformer une catégorie d'âge en classe et à l'identifier dans une représentation uniformisée, niant corrélativement la singularité des individus et leur appartenance socio-économique. Ainsi la considération des classes d'âge comme déterminant produit-elle une véritable réduction des sujets au biologique. Car « les jeunes » ne constituent pas davantage une classe sociale que « les vieux », tant il est vrai que les statuts socio-économiques sont beaucoup plus fondateurs du marquage culturel d'un individu que son âge organique, puisque, acquis dès la petite enfance, ils affirment la permanence d'une identité.

### 3. Formes de la dépendance

Or c'est précisément ce statut socio-économique qui va déterminer, de façon beaucoup plus vitale que pour n'importe qui, le sort des vieillards, puisqu'il peut rendre une fin de vie acceptable ou indigne. Dès lors, en effet, que la dégradation physique, la désorganisation des fonctions, apparaissent, c'est la maîtrise du corps qui devient inassumable par la perte de son unité. Et cette désorganisation physique et mentale a pour première conséquence la perte de l'autonomie : l'incapacité physique d'assurer la régulation biologique a pour corollaire l'incapacité psychologique d'assurer la vie de relation sociale. L'incontinence, la maladresse, font perdre au vieillard ce premier acquis social de l'enfance qu'est la propreté, qui est précisément le premier critère de la visibilité sociale. Dépendant d'autrui pour être propre, il en dépend donc aussi pour sa survie publique.

Ainsi, ce qu'on peut repérer le plus constamment dans la vieillesse est une double tendance paradoxale : dans le temps même où s'accélère l'individualisation (par la diminution des fonctions relationnelles, par l'incapacité de se regrouper, par le repli sur soi et la mémoire exclusive du passé), se dissout au contraire la singularité (par la diminution des fonctions mentales, par la fin de l'autonomie physique).

Dès lors, la fragilisation physique et mentale est indissociable d'une fragilisation sociale, puisque perdre corrélativement sa singularité et sa capacité relationnelle, c'est être livré au pouvoir de l'autre. Mais cette dépendance est justement ce que les modes de vie contemporains ne permettent pas d'assumer. C'est un lieu commun de dire que dans les sociétés traditionnelles, la place du vieillard est assurée. Le mode de vie familial permet la répartition sexuée des fonctions domestiques. Le modèle patriarcal de la sagesse des anciens impose le respect dû à leur expérience et la transmission de la mémoire collective. La conception holiste des sociétés où le devenir du groupe est identifié à celui de l'individu, crée les conditions d'une substitution du groupe familial aux fonctions défaillantes de l'individu vieillissant. Mais il est clair que cette place assurée au vieillard se paie d'une forme d'immobilisme social et d'aliénation des sujets à la structure patriarcale.

### 4. Paradoxes de la modernité

Dans les sociétés modernes, et plus précisément contemporaines, au contraire, la place du vieillard est radicalement remise en cause, et ce à plusieurs niveaux, puisque la modernité se définit par sa rupture avec la tradition, par la critique des valeurs du passé, mais aussi par l'affirmation de la spécificité individuelle à l'encontre de l'identification collective.

Le vieillard subit ainsi une triple désadaptation, physique, culturelle et idéologique. Physique parce que ses fonctions ne répondent plus à ses besoins vitaux. Culturelle parce que l'accélération des mutations contemporaines le fait vivre dans un monde où il ne se repère plus. Idéologique parce qu'à la place qui lui est physiquement faite par le progrès des techniques médicales, ne répond aucune place symbolique dans l'ordre du devenir social. Ainsi, notre rapport à la vieillesse est-il symptomatique de notre rapport plus général à la tradition. A cet égard, la polémique engagée, à la charnière du XVIII<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup>, par le philosophe Herder en Allemagne, fournit de réels indices. Herder en effet, à l'encontre de l'esprit des Lumières, dénonce toute volonté d'émancipation comme une contre-nature. C'est donc l'essence de

la modernité qu'il condamne, au nom d'une naturalité de l'espèce humaine intégrée dans le cocon de l'ordre cosmique, dont la tradition familiale n'est que le prolongement culturel. Il est clair qu'une telle conception de l'humanité a des effets radicalement réactionnaires. Mais en même temps, elle manifeste une constante humaine tout à fait réelle : celle du besoin d'enracinement et du désir de protection, celle de la fondation de soi dans une origine. Elle met donc en évidence la réelle aporie à laquelle est confrontée la modernité, par les processus de déstabilisation qu'elle induit.

### 5. Héroïsation et dévalorisation du vieillard

Or le statut du vieillard dans les sociétés contemporaines en est un effet : rejeté dans la réalité de sa déchéance, il est magnifié dans la fiction patriarcale du vieux sage. C'est ce que semble montrer le renouveau de succès récent de la saga de Tolkien *Le Seigneur des Anneaux*, devenue la référence absolue d'une génération d'adolescents à la suite de son adaptation cinématographique. Fascination médiévale des vieux grimoires, résurgence d'un mythe des origines, figure tutélaire du vieillard meneur d'hommes ; on est saisi du contraste entre le caractère archaïque de

ce contenu et la surenchère technologique issue des jeux vidéos qui lui donne forme. C'est que précisément le besoin, réactif autant que régressif, d'enracinement, resurgit, tel un retour du refoulé, derrière la dynamique progressiste des effets les plus voyants de la modernité.

Mais cette héroïsation du vieillard originel semble bien contribuer à la dévalorisation du vieillard réel : le vieillard réel n'a rien d'héroïque, parce qu'il a perdu ce premier caractère du héros qu'est la fermeté, celle du discours autant que celle de l'assurance physique. Il n'y a pas de récit pour dire la réalité de la dégradation, précisément parce que le premier effet de cette dégradation est la détérioration de la fonction de langage. Ce qui fait qu'un vieillard est un vieillard, c'est d'abord ce dysfonctionnement relationnel. Dysfonctionnement au sens propre déshumanisant, puisqu'il perturbe toutes les fonctions de symbolisation.

Cette perte des fonctions de symbolisation est évidemment indissociable d'une réduction aux fonctions biologiques, et dans le temps même où celles-ci se défonctionnalisent. Absorber et éliminer finissent par occuper l'intégralité du temps, d'une part à cause des difficultés de préhension et de contrôle des mouvements, d'autre part à





cause du caractère incontrôlé de l'élimination, qui en empêche la gestion temporelle. Le vieillard n'est donc pas seulement dépendant, il court le risque d'être considéré par celui dont il dépend de manière animalisée.

### 6. Formes du parricide

Cette réduction à l'animalité n'est elle-même pas sans connotation dans le regard de l'autre. Si, en effet, la représentation archétypale de la vieillesse se positive dans celle du patriarche tutélaire, elle se négative dans celle d'une autorité pesante. A cet égard, la volonté de modernité n'est pas seulement, contrairement à ce que prétendait Herder, une volonté contre-nature. C'est une volonté naturelle d'émancipation à l'égard de la puissance ancestrale, de libération du joug de l'autorité parentale. Le rapport qu'on établit à la vieillesse est ainsi toujours le rapport à un pouvoir déchu, à un danger passé, à une rivalité abolie. Et l'on peut lire aussi, dans les comportements les plus affectueusement apitoyés, cette insidieuse jouissance de la déchéance de l'autre, cette conscience qu'un cycle est accompli, et que son tour est passé. L'appellation de « papy » et de « mamy » que lui donnent y compris des étrangers, l'infantilisation dont il peut être l'objet même dans les marques de sympathie, ne sont bien souvent que des symptômes de cette jouissance.

A cet égard, le rôle du fauteuil est peut-être l'un des plus symboliques. « Puis du lit au fauteuil, et puis du lit au lit », chante Jacques Brel dans « Les vieux ». Si le lit n'est évidemment rien d'autre que la préfiguration du cercueil, le fauteuil est beaucoup plus ambivalent. C'est toujours dans l'histoire la figure du trône et la représentation du pouvoir : le maître est celui qui est assis quand les autres sont debout et les lieux emblématiques de la royauté sont toujours des salles du trône. Mais le fauteuil est aussi l'objet de celui qui ne peut plus se tenir debout : le fauteuil du vieillard est ainsi par excellence le symbole dérisoire du pouvoir déchu.

En étudiant la question du parricide comme une question fondatrice du droit occidental, Pierre Legendre met en évidence ce qu'il appelle « la filiation bouchère », montrant ainsi, dans la ligne de la pensée freudienne, que l'accès au pouvoir, c'est-à-dire tout simplement à l'existence, passe nécessairement par le meurtre du père. Il est clair que le spectacle du vieillissement réalise ce désir symbolique. Mais il se trouve aussi que la mort de l'autre peut n'apparaître que comme une préfiguration de la nôtre, et il en est de même pour son vieillissement. C'est justement dans cette tension entre deux représentations de l'autre, celle de l'altérité et celle de l'identité, que se joue notre rapport à la vieillesse. Et c'est par la conscience de cette tension qu'on peut éviter le double écueil de la complaisance morbide et du désintéret.

La vieillesse, parce qu'elle place en position de faiblesse, ne peut qu'accentuer les rapports de pouvoir. Elle aggrave par là considérablement les différences socio-économiques, produisant de véritables discriminations entre les vieillards qui ont les moyens financiers d'assurer leur survie sociale et ceux qui n'ont que le choix de l'indignité. Mais si le rôle d'une politique de santé est de réguler ces déséquilibres, il est aussi de réfléchir à ce qui les motive. Il n'y a pas de bonne solution à la dégradation de la vieillesse, parce que toute solution n'est jamais qu'une tentative de substitution à la perte irrémédiable de l'autonomie. Mais il y a des solutions inacceptables, et ce sont celles qui sont le plus couramment mises en œuvre : ghettoïsation, infantilisation, déstructuration des repères, qui anticipant la dégradation réelle, précipitent le vieillard dans la sénilité.

Dans ce moment, précaire entre tous, où le biologique tend à reprendre le dessus sur le culturel, l'urgence la plus authentiquement vitale n'est plus celle de la survie physique. C'est, à l'encontre de tous les processus de dépersonnalisation que produit le vieillissement, celle d'une reconnaissance obstinée de la singularité.

# Pour le jour où ce sera mon tour

Mais qu'est-ce qui peut bien me pousser à aimer les vieux, oh pas encore comme dans la chanson « prenez un vieux », mais aussi longtemps que je m'en souviens, j'ai aimé les récits agrémentés de cueillettes, la répétition incantatoire de certaines histoires symboles de providence ou de générosité... J'adore lire les émotions dans les visages qui ont vécu, écouter les récits de la guerre, des batailles syndicales, que sais-je encore...

A vrai dire, ce n'est pas tellement à la mode ! Pourtant, je vois bien que tout a dérapé et que mes héros sont sur la touche en maison de retraite ou en long séjour, voire qu'ils consomment du soin comme du « voyage organisé ». N'ont-ils pas cotisé pendant toutes ces années pour être pris en charge ? La vieillesse esseulée et consentante n'est-elle pas devenue la poule aux œufs d'or d'un corps médical parfois peu scrupuleux ? Comment ne pas tomber dans les pattes des médecins avec tous ces cholestérol, diabète et autres scanners, ces petites douleurs qui empoisonnent et le cœur aussi. Moi, j'écoute Marguerite pour le jour où ce sera mon tour. Si les choses les plus graves me sont épargnées, il me restera ce que l'on m'a déjà prédit, gênes obligent !

J'en reviens à Marguerite qui n'est autre que la bonne fée de mon enfance. Actuellement, elle a 87 ans. Que me dit-elle ? Au moment de ma retraite, il vaudra mieux que j'évite de me « retraiter » dans une maison trop belle ou trop grande pour moi, ce qu'a fait Marguerite au début, « Il faut aller à la rencontre de ses amis, faire des projets et écrire ses propres émotions et centres d'intérêts ». Marguerite lit beaucoup, s'intéresse au monde et à la politique. Elle vient

de s'installer dans une maison de retraite, plus pour être à l'abri d'un souci ; que par nécessité, elle regarde les pensionnaires sans les réussir à communiquer avec eux : « Elles ne parlent que d'elles, de leurs boutons et de leur mal à la tête et après au-revoir ». Elle ajoute qu'elle est heureuse d'avoir appris *Phèdre* par cœur, de savoir chanter et de pouvoir se remémorer les nombreux concerts qu'elle a entendus plus jeune. De quoi vais-je me rappeler à son âge ? Quels auront été mes modèles les plus sûrs pour continuer ? Marguerite a puisé sa sagesse chez sa tante et sa grand-mère qui étaient respectivement chanteuse et costumière à l'opéra de Nice. Elle me dit qu'elle a toujours cherché la racine des choses et, notamment, tenter de comprendre les raisons qui ont empêché sa mère de s'occuper d'elle. C'est ainsi sans doute qu'elle a fondé une Association Départementale d'Aide à l'Enfance ! Elle songe à participer maintenant à une « Ecole de la Vieillesse » pour « apprivoiser les soucis quotidiens et continuer à rester libre et heureuse ». Elle est intarissable sur ses voyages, sur Ravenne qu'elle préfère à Venise, la « beauté » suscite pour elle « un jaillissement intérieur ». J'écoute Marguerite, j'oublie même tout ce qui m'attend : la canne ou le fauteuil, les proches qui iront m'attendre dans un ailleurs qui ressemblera qui sait à Ravenne ou aux silences habités qui suivent un concert réussi... et si en rêvant un peu, santé et sagesse trouvaient le même chemin, Marguerite en serait bien le témoignage vivant, moi en attendant, je pourrais continuer de vieillir l'esprit tranquille.

Françoise Ducos

Musicienne

# Solidarité au Neuhof

Elisabeth Pénide

Médecin généraliste

L'auteur travaille au Neuhof, quartier dit difficile de la banlieue de Strasbourg.

A. a 85 ans et toute sa tête. Malheureusement le corps, c'est autre chose : sa gibbosité lui met le nez sur ses pantoufles et tout dans son appartement est situé au maximum à hauteur de table... A. a une cataracte : il ne voit plus la flamme du gaz pour se faire sa tambouille. On a essayé le portage de repas, mais à 30 F le plat au minimum et un menu qui ne convient qu'au chien, pas à un vieil algérien habitué à ses « ragoûts »... A. n'arrive plus à faire le ménage de son studio logement où chaque bonne âme lui rapporte ce que l'on croit qu'il a besoin... Trois frigos plus ou moins en état de marche tapissés de papier journal et tous remplis. Des tas de vêtements qui s'empilent sur les trois fauteuils défoncés, trois tables qui disparaissent sous les boîtes de conserves, les croquettes et boites pour le chien... Un lit pliant pour dépanner au cas où - Bébé, toxico décédée du Sida, en a profité, du temps où tous la jetait dehors – Et sur son lit s'empilent toutes les couvertures données, pour l'isoler du froid qui vient de par en dessous, c'est bien connu, avec au-dessus un maigre drap et un dessus de lit molletonné (la princesse et le petit pois)... Presque un syndrome de Diogène, de ceux qui ne jettent rien et gardent tout...

A. ne supporte pas qu'on lui rende visite sans prévenir 24 heures à l'avance : le temps de s'habiller, de se raser ; de débarrasser un coin de table et une chaise... Aussi ne m'appelle-t-il pas lorsqu'il est malade, qu'il ne peut pas assurer ce strict minimum indispensable... Je dois compter sur le « réseau », tambouriner à sa porte et

attendre qu'il veuille bien m'ouvrir... et me faire engueuler !

Son réseau est bien fourni : entre la vieille Henriette, qui sort le chien deux fois par jour et vient faire la causette en français-alsacien-mâtiné-d'arabe tout en se sifflant à chaque fois un verre de vin. Brave femme dont A. ne dirait jamais de mal. Lui ne boit plus, mais 10 ans seulement auparavant, des rapports d'hospitalisation racontent qu'on l'avait envoyé en cure pour surseoir à son problème d'alcoolisme et de logement social...

La famille M. à qui il a donné des coups de mains jadis dans l'épicerie maghrébine. Le fils a pris en charge les papiers, la fille n'hésite pas pour de temps en temps lui faire le ménage (lorsque les limites de l'hygiène sont dépassées), la maman handicapée donne une rallonge pour les fins de mois difficiles et lui envoie des petits plats...

3 540 F pour payer loyer, téléphone, gaz, électricité et se nourrir : « Docteur, je n'ai que 50 F par jour pour vivre moi et mon chien, et tout se paie, il faut donner toujours à ceux qui rendent service. »

Le monsieur D. qui lui fait ses courses de pharmacies, mais se fait traiter de tout car riche retraité militaire, il a donc tous les défauts... La maman de « Bébé » qui vient irrégulièrement lui faire un peu de lessive... Et la jeune maîtresse du chien, qui, en cachette de ses parents trop contents de s'en débarrasser lors d'un départ en vacances il y a quatre ans, vient voir le vieil A. et son chien futé : « Je vous assure, docteur, il ne lui manque que la parole ! »



Sans oublier l'infirmière, trois fois par semaine qui lui prépare ses médicaments, mais de qui il refuse les soins d'hygiène ou autres... lui, se déshabiller devant une femme, quelle honte !

A. ne paie rien pour mes visites : tiers payant oblige et à chaque signature de feuille, j'ai droit au : « Docteur, ma mère m'a toujours dit : tu ne signes rien à une femme ! » rituel immuable... Mais même si je lui explique que je suis bien payée (195 F de visite ALD des plus de 75 ans), j'ai droit à un sachet plastique rempli en partant : la menthe fraîche « na'han'ha », le thé vert qui va avec, les mouchoirs en papiers, les citrons, les cotons-tiges... Je ne fais plus mine de refuser, et je recycle vers Madame M. qui lui donne les ralonges et sait faire le thé à la menthe...

Et je veille : sur l'anti-puce du chien, les besoins en vêtements urgents, les pieds de tomates qu'il fait pousser sur son balcon...

#### **Août 2001 :**

A. va très mal : pendant les vacances de son réseau, il s'est fait hospitaliser dans un service de médecine, déshydraté, dénutri... Le chef de service voit d'un très mauvais œil ce vieillard de 86 ans et 40 kg à peine qui lui encombre un lit : ah le déficit de la Sécu grâce à ces vieux qui refusent d'aller en maison de retraite !

L'été, la famille M. était absente, le restaurant d'insertion qui lui portait un couscous deux fois par semaine était fermé, le vieux D. fâché des mauvais commentaires sur lui et le docteur remplacé...

Bref, on somme les services sociaux de l'installer en maison de retraite, heureusement les places se font attendre, on l'envoie en cure où il maigrit – même nourriture que le portage de repas - et à chaque retour à la maison, panique et hospitalisation urgente avec toujours un état de déshydratation avancée.

Le chien a fait sa cure à la SPA...

Il a fallu beaucoup de patience, réanimer le réseau, beaucoup de chaleur pour redonner confiance, récuser l'opération de la cataracte sous anesthésie générale et trouver un ophtal-

mologue pour une opération sous anesthésie loco-régionale...

#### **Novembre 2001 :**

Le plus mauvais œil est opéré : du fait de la gibbosité, une seule clinique disposait d'une table adéquate où ils l'ont installé, pieds en l'air, œil à l'horizontale... Et A. revoit !

La famille M. a retrouvé en Algérie pendant ses vacances la jeune sœur d'A. de 83 ans : A. lui fait écrire qu'il ira peut être bien lui rendre visite...

Il a envie de poulet grillé : un turc lui en livre un à domicile tous les deux jours. « Vous comprenez, docteur, Madame M. me fait livrer de la chorba tous les jours, mais c'est un peu gras, aussi je n'en mange qu'une ou deux cuillères pour me réhabituer, le poulet rôti, c'est bien meilleur pour moi et le chien » qui est de retour... La réserve de boîtes de Renutryl fond comme neige au soleil...

Il refuse d'opérer le second œil tout de suite et veut se retaper un peu d'abord. J'annule le programme de la clinique privée et du chirurgien compréhensif.

Malheureusement, le service d'aides ménagères a refusé d'intervenir du fait du trop de meubles : j'avais réussi à lui faire abandonner un fauteuil et un frigo, mais un lit d'hospitalisation est venu et l'ancien lit en cuivre trône au milieu du studio, A. ne veut pas s'en séparer. Pour la toilette, A. est maintenant d'accord pour se faire aider « comme à l'hôpital », mais le service de soins à domicile est débordé, et A. est inscrit sur sa liste d'attente...

#### **Février 2002 :**

Malgré tous nos efforts, A. s'est de nouveau déshydraté au point d'être délirant et confus. Le week-end, la famille M. n'a pas voulu me déranger et de médecin de garde en interne de garde, A. s'est retrouvé sectorisé en Psychiatrie...

Heureusement pour lui : les infirmières peu habituées à un vieillard qui « guérit » en se réhydratant, ne manque pas de d'humour et apprécie les attentions, l'ont bichonné pendant trois semaines, ré-alimenté avec plein de bons petits



suppléments et le renvoie en bonne forme et surtout meilleur moral.

Sur la lancée, le deuxième œil : A. retrouve 8/10 ! Le chien a fait sa cure à la SPA : à 15 ans, le cœur s'essouffle... Mais retrouve son maître avec fêtes !

**Juin 2002 :**

A. a les plus belles tomates du quartier, mais on les a cachées à l'assistante sociale venue pour l'APA, 6

mois après le dépôt du dossier... Il a enfin accepté la disparition du lit en cuivre, et l'aide ménagère revient régulièrement : on peut de nouveau s'accroupir chez lui sans être choqué par les montagnes de « moutons » ou les odeurs désagréables... Il connaît et apprécie tous les feuilletons policiers et zappe avec frénésie, il espère bientôt une aide à domicile qui fera les repas à sa façon, aura une alarme et le chien soigne son cœur...

# Alice,

## la vieillesse en rose

**Dominique Tavé**

*Médecin généraliste*

Alice dépérissait lentement dans son petit village, dans sa rue désertifiée, dans sa maison trop vide. Personne à qui parler la plupart du temps, rien à faire de très captivant. Bien sûr, il y avait sa fille qui venait voir quotidiennement si tout allait bien, qui l'emmenait au supermarché le plus proche, qui la sortait quand c'était possible. L'aide ménagère, quelques rares voisins rompaient également cette solitude. Mais c'était le vide, la « désespérance ». Heureusement, il y avait l'été pendant lequel la maison se remplissait des conversations, des rires des petits et arrière-petits enfants.

Un automne, Alice accepta d'aller vivre toute l'année, sauf l'été bien-sûr, dans un foyer-logement situé dans une petite ville voisine. Après un temps d'adaptation, on la vit devenir souriante, coquette, participer à la chorale, aux conférences « connaissance du monde », faire du lèche-vitri-

ne... La socialisation, la sollicitation et le regard des autres l'avaient stimulée, lui redonnaient un rôle, une fonction parmi cette communauté, elle n'existait plus seulement en tant que « mamie cocotte » pour ses descendants. Elle avait *rajeuni*, pourtant le vieillissement du corps inéluctable, la maladie étaient là et l'angoisse de sa mort ou plus exactement d'une déchéance physique possible l'assailait encore plus qu'avant, car elle avait renoué avec le plaisir de vivre.

Très souvent les soignants, l'entourage pallient la déchéance physique des personnes âgées, il y a des gestes, des accessoires, des thérapeutiques qui aident et soulagent le corps. Mais l'impuissance est grande face à leur misère affective, solitude et ghettoïsation. Alice a eu la chance de vivre ses dernières années dans la richesse des rencontres, du lien. Sa petite fille, grâce à elle, voit un peu plus la vieillesse en rose.

# Marie

Il y aura bientôt deux ans que nous venons matin et soir prendre soin de Marie. La toilette, les préventions d'escarre, les petits pansements d'ulcères, les prises de sang et les médicaments qu'elle ne sait plus prendre seule. Marie aura bientôt 101 ans. L'année dernière, nous avons fêté son centenaire, « pas de maire, pas de photo dans le journal » ; malgré son âge, ses 38 kilos et sa dépendance, Marie a du caractère, elle sait ce qu'elle veut et surtout sait l'exprimer. Elle n'a plus pour famille qu'un cousin éloigné qui vient la voir deux ou trois fois dans l'année ; elle a vendu sa maison en viager à l'âge de soixante dix ans, trente ans déjà, et les acheteurs viennent chaque année au mois de janvier lui présenter leurs vœux de bonheur et de santé, « ils viennent voir si je tiens encore le coup » dit Marie... procès d'intention ? Mais comment l'empêcher de penser cela ! Entre ces trois ou quatre visites annuelles, le temps s'écoule tranquillement, rythmé par les allées et venues de l'équipe qui l'entoure : son aide ménagère trois heures le matin, ses infirmières : ma collègue et moi-même matin et soir, son médecin deux fois par mois, plus si nécessaire et un voisin qui deux fois par semaine se charge de remplir le frigidaire. Marie lit le journal tous les matins, regarde souvent la télévision l'après-midi et le soir, « la deuxième chaîne, s'il vous plaît, les autres je n'y comprends rien », elle a ses émissions préférées,

et, casque audio sur la tête, vous fait signe que vous pouvez partir sans inquiétude. Chez Marie, le magazine télé est toujours à la bonne page, nous découpons les jours passés, cela lui sert de calendrier ; un jour, un courrier signale la fin de l'abonnement de ce magazine, faut-il le renouveler ? « Oui, oui » dit Marie. Trois formules sont indiquées : un an, deux ans ou trois ans, « Prenons trois ans, décide Marie, nous serons tranquilles ! » Irréalisme de sa part ? Pessimisme, non exprimé, de la mienne ?

Un jour, Marie me demande de lui donner un petit carnet rangé dans un tiroir ; lorsqu'elle l'a en mains, elle en sort une vieille photo sépia sur papier cartonné et me la tend en me disant : « J'avais deux ans ». Marie a deux ans : souriante, elle est debout sur une chaise, les cheveux bouclés, un col de dentelle et une jupe qui devait bien « tourner ». A côté de moi, Marie a cent-un ans : dépendante et flétrie. « Le choc de la photo »... en quelques secondes, mon regard a changé, Marie n'était plus une personne très âgée, dépendante, mais une femme entière, unique, vivant la continuité d'une vie dont les centres d'intérêt, au fil des années, se sont progressivement rétrécis. Une vie, qui nous fait peur, « du lit au fauteuil et puis du lit au lit » comme le chante Brel.

Une vie qui, pour elle, reste une vie à part entière, un temps à vivre le mieux possible.

Evelyne de Wildeman

Infirmière libérale

La réforme de la tarification harmonise les critères de financement des maisons de retraite ; mais la dotation accordée est insuffisante, mettant en question leur fonctionnement et au-delà, l'égalité de traitement des personnes âgées.

# Les moyens d'être des lieux de vie ?

Marie Kayser

Médecin généraliste

Une réforme très attendue de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes devrait se mettre en place. En interviewant les responsables de deux maisons de retraite, j'ai voulu essayer de comprendre ce qu'on pouvait espérer de cette réforme par rapport au fonctionnement actuel :

- permettra-t-elle à toute personne âgée d'être accueillie quelle que soit sa dépendance ?
- donnera-t-elle aux maisons de retraite les moyens d'être de vrais lieux de vie ?

**Le directeur :** Actuellement le statut des établissements d'hébergement pour personnes âgées conditionne le niveau de prise en charge du soin par la DDASS ; mon établissement n'ayant malheureusement pas de section de cure médicale, je ne touche que le forfait de soins courants<sup>(1)</sup>. Mes recettes proviennent, par ailleurs, du prix de journée payé par les résidents et de l'Allocation Personnalisée Autonomie : versée en Loire-Atlantique directement aux établissements qui en ont fait le choix et ne dépendant pas du revenu, elle est fonction du degré de dépendance moyen de l'établissement évalué par le Gir Moyen

Pondéré (GMP)<sup>(2)</sup> ; elle n'a pas apporté de moyens supplémentaires par rapport à la tarification antérieure ; sa mise en place a entraîné un surcoût pour les résidents les plus valides et ayant les revenus les moins élevés. Nos résidents, valides à l'admission, sont de plus en plus âgés et dépendants et certains nécessitent des soins importants (GMP de 440).

**La directrice :** J'accueille des personnes âgées non valides et le degré moyen de dépendance de mon établissement qui comporte une section de cure médicale est assez élevé (GMP de 640).

J'ai essayé de modifier la conception de l'hébergement trop basée sur un mode hospitalier : par exemple, en échelonnant l'arrivée du personnel le matin, j'ai pu respecter l'heure de réveil des résidents et reculer l'heure du repas du soir. Tout cela doit s'accompagner de discussions et d'un changement d'état d'esprit.

Le Conseil général verrouille les postes et les innovations par peur d'augmentation des prix de journée, car c'est lui qui paye pour les résidents qui sont à l'aide sociale (il y a ensuite récupération éventuelle sur succession). Pour réaliser des changements, je « triche » : en



1995, j'ai embauché un objecteur de conscience comme animateur que j'ai budgétisé en poste permanent en 1997 alors que le conseil général n'autorisait qu'un demi-poste. J'ai embauché depuis un an à plein-temps une psychologue qui prépare son DESS, elle est actuellement en emploi jeune (ce qui m'a valu les critiques de la profession...), mais je compte rapidement créer le poste : sa présence auprès des résidents, des familles et des soignants a modifié notre prise en charge ; j'avais également besoin d'un poste d'infirmière coordinatrice que j'ai créé malgré le refus du Conseil général qui m'accordait à la place un poste d'adjoint des cadres. J'ai un médecin coordonnateur dont j'ai augmenté la rémunération cette année, car il fait un travail important : visites des personnes âgées avant leur admission, suivi du cantou<sup>(3)</sup>, réunions avec les soignants.

Par ailleurs, j'ai un volant de cinq lits supplémentaires (connus des tutelles, mais non officiels) qui me servent à mener des innovations et à vérifier si elles correspondent bien à un besoin avant de les inscrire dans des carcans budgétaires contraignants : j'ai mis en place un accueil de jour pour personnes désorientées au niveau du cantou et un accueil temporaire. J'ai un service de maintien à domicile (qui n'intervient pas dans l'établissement même) et j'essaie de faire fonctionner un maximum de passerelles entre les différentes formes de prise en charge pour répondre aux besoins des personnes âgées.

Je n'ai pas les moyens financiers suffisants et pour l'année 2002, mon budget s'annonce en déficit. La rigueur budgétaire a ses limites et la contention du prix de journée ne pourra, malheureusement pour les résidents, être poursuivie à l'avenir. Comme ailleurs, je vais devoir augmenter les tarifs 2003.

### **La réforme de la tarification qui doit se mettre en place va-t-elle vous permettre d'avoir plus de moyens ?**

**Le directeur :** J'attends beaucoup de la réforme finalisée par les décrets d'avril 1999 qui me permettra de bénéficier d'un budget DDASS corres-

pondant aux soins et à une partie de la dépendance. La convention tripartite liant établissements, conseil général et DDASS comporte des engagements sur des objectifs de qualité. Si la convention était signée, cela me permettrait d'avoir au moins 2 postes d'aides soignantes supplémentaires (sur 9,5 postes actuels) et une animatrice à temps complet (actuellement mi-temps). Cela ne réglerait pas tous les problèmes financiers, il y a actuellement une nécessaire restructuration de la résidence : mise aux normes de sécurité, d'accessibilité et rénovation des bâtiments.

Le coût total d'un hébergement de qualité pour une personne âgée est très élevé, il y a là un véritable problème de société.

**La directrice :** Avec la réforme, le budget soin serait établi par la DOMINIC : Dotation Minimale de Convergence, qui présente au moins l'avantage d'harmoniser sur toute la France la dotation des établissements en fonction du degré de dépendance calculé par le GMP ; il y a actuellement de grandes inégalités : si mon établissement est 15 % au-dessus de la DOMINIC, certains sont jusqu'à 70 % au-dessus ; cependant, nous n'avons aucune information sur la réalité des péréquations, il n'y a pas de transparence et des doutes sont permis sur une équité entre établissements et régions. Avec la DOMINIC, un établissement comme le mien recevrait environ 444 000 euros au lieu des 510 000 avec la tarification actuelle ; un dispositif dit « clapet anti-retour » doit permettre aux établissements de ne pas voir leur budget diminuer, mais ils devront accueillir des gens plus dépendants pour mettre leur activité à la hauteur du financement. Pour ma part, je ne suis pas prête à signer une convention qui diminuerait mon financement.

Dans la nouvelle convention, chaque section de budget devra être équilibrée : hôtellerie, dépendance et soins ce qui pose le problème de la définition de ce qui relève du soin et de la dépendance.

Le conseil général pousse à la signature de la convention qui responsabilisera chaque financeur pour la partie qui lui revient, le budget hôtellerie



notamment n'étant plus obligé de reprendre les déficits de la section soins ; la DDASS n'est pas pressée de signer, car elle ne semble pas avoir les lignes budgétaires pour payer. C'est non seulement le niveau de la DOMINIC, véritable SMIC des établissements d'accueil qu'il faudrait revoir à la hausse, mais son principe même, car la DOMINIC opère une ségrégation entre les établissements en fonction de leur nature juridique : les Unités de Soins de Longue Durée bénéficiant d'une DOMINIC plus favorable. Qu'en est-il encore une fois de l'égalité des personnes âgées ? Par ailleurs, les déclarations gouvernementales actuelles sur le coût trop élevé de l'APA et sur la

nécessaire rigueur budgétaire sont inquiétantes pour la prise en charge des personnes âgées.

**1.** En 2001 les valeurs maximales des forfaits étaient : Soins Courants : 3,35 €, Section de Cure Médicale : 26,97 €, Unités de Soins de Longue Durée : 42 27 €.

**2.** La grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources) vise à évaluer la perte d'autonomie à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Le GIR Moyen Pondéré est calculé à partir des GIR de chaque résident, plus il est élevé plus la dépendance moyenne de l'établissement est importante.

**3.** (nom donné autrefois à l'âtre où se tenait les personnes âgées. Nom donné aujourd'hui aux petites unités qui s'occupent de personnes démentes)

**Le réseau gérontologique permet la mise en place d'un plan d'accompagnement de la personne âgée à domicile. Les médecins sont rémunérés au forfait pour leur participation à la coordination médico-sociale et pour leurs activités de soin : c'est possible !**

# Réseau **Gérontologique** du Pays de Retz

**Marie Kayser**

*Médecin généraliste*

*Cet article fait suite à un entretien avec le dr Leroux, chef de service gériatrique à l'hôpital de Saint-Nazaire, et le dr Dubourg, médecin généraliste à Saint-Viaud qui sont les initiateurs du réseau.*

Le Réseau Gérontologique fonctionne depuis janvier 2002 sur le Pays de Retz au sud de Saint-Nazaire (Loire-Atlantique). Il s'intègre à une politique innovante de prise en charge de la personne âgée. Depuis 1985, une consultation est effectuée par un gériatre et une assistante sociale aux urgences de l'hôpital de Saint-Nazaire, pour orienter au mieux les patients âgés et éviter l'hospitalisation. Avec le même souci de maintien à domicile et de travail en collaboration avec les généralistes, est né en 1995 le « Service d'Evaluation de l'Autonomie des

Personnes âgées (SER.EV.AU) », service géré par l'« Association Gérontologique Clinique de l'Estuaire de la Loire : A.G.C.E.L » qui réunit médecins généralistes et gériatres hospitaliers. Le SER.EV.AU permet une évaluation à domicile par un des membres de l'équipe : assistante sociale, psychologue, ergothérapeute suivie d'une réunion de coordination avec le gériatre de l'équipe, le médecin généraliste et les intervenants éventuels du domicile. Ce service fonctionne sur subventions publiques et privées (Fondation de France), il permet réflexion et

concertation autour de la personne âgée dont la situation est souvent complexe : polyopathie, problèmes psychologiques s'articulant autour de la question du « mourir », maladie d'Alzheimer, perte d'autonomie faisant intervenir l'environnement social et familial.

Le bilan du SER.EV.AU a montré qu'il était sous-utilisé, en particulier par les médecins généralistes. La question d'une véritable coordination médico-sociale autour de la personne âgée s'est posée, avec la nécessité d'un mode d'intervention du médecin qui ne soit plus uniquement ponctuel et limité par le paiement à l'acte. De là est né le Réseau Gérontologique mis en place par l'A.G.C.E.L dont l'objectif est de « définir un plan d'accompagnement individualisé et personnalisé, afin de rendre cohérentes et de coordonner les interventions des divers acteurs sanitaires et sociaux avec pour objectif le maintien au domicile et l'usage à bon escient des structures et services hospitaliers ». La demande est faite par la personne âgée ou, avec son accord, par l'entourage familial ou médico-social ; des critères définis de risque de dépendance et d'institutionnalisation constituent les motifs d'entrée dans le réseau, un bilan initial est alors effectué à domicile par le médecin traitant et par un travailleur social, avec intervention éventuelle du SER.EV.AU ; puis une réunion de coordination

regroupe le médecin généraliste, le travailleur social, un gériatre hospitalier, les professionnels intervenant au domicile : aides-ménagères, gardes-malades et infirmières ; un plan d'accompagnement sur une année est établi avec un volet médical et social ; un coordonnateur qui est le médecin ou le travailleur social est responsable de la mise en œuvre du plan et de son suivi, une réunion de réévaluation a lieu annuellement. Les médecins généralistes ne sont plus rémunérés à l'acte pour les personnes âgées qu'ils suivent dans le réseau, mais reçoivent un forfait pour le suivi médical sur toute l'année (259,16 €), et un forfait pour le bilan initial et la coordination (forfait équivalent pour la première année à un jour d'hospitalisation à l'hôpital local : 269,16 €). Un autre volet important est la formation, qui se fait à raison d'une demi-journée par mois et est commune à tous les intervenants médico-sociaux, elle est rémunérée pour les médecins. Le financement est prévu avec une évaluation à 3 ans et se fait dans le cadre de la commission Soubie avec apport des différentes caisses (pour la rémunération des généralistes), de l'ARH (pour les hospitaliers), du FASQV (pour l'évaluation) et des partenaires institutionnels pour les travailleurs sociaux. Depuis la mise en route en janvier 2002, 15 malades sont entrés dans le réseau avec 15 médecins généralistes (sur les 50 du secteur).



**La Maison de village de Coulx, en offrant une diversité de services aux personnes âgées et un hébergement, réussit à privilégier le lien et le respect des personnes. L'utopie est réalisable.**

# La maison de village

Anne-Marie Pabois

*Médecin généraliste*

Commune de 248 habitants, Coulx a sa Maison de village. Petite structure d'accueil temporaire née de la cristallisation de plusieurs volontés, elle est l'un des moyens mis en place, dans ce secteur rural, pour répondre aux besoins des nombreuses personnes âgées (1 habitant sur 3). Initiatrice et coordonnatrice des projets destinés aux Anciens, Mme Guipouy assume des responsabilités à l'association de maintien à domicile en milieu rural (ADMR), à la Maison de village et au conseil municipal de Coulx, elle travaille en tant qu'infirmière cadre au centre hospitalier voisin dans les services de gériatrie et d'Alzheimer et dans le réseau gérontologique.

## Pratiques : Quel a été votre point de départ ?

**Mme Guipouy :** Un constat général fait après mon retour au pays en qualité d'infirmière à domicile : les personnes âgées désirent vivre le plus longtemps possible dans leur maison et/ou dans leurs familles, mais leur isolement, aggravé par la désertification du monde rural et le délitement des liens sociaux traditionnels, s'oppose à la réalisation de ce désir. Se révèlent ici le problème central du déficit des moyens de transport ainsi que la désaffection générale pour les maisons de retraite traditionnelles qui ne sont adaptées qu'aux personnes très déficitaires.

Permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible en bonne santé, c'est leur donner les moyens de rester dans leur milieu de vie habituel en portant une attention particulière à la resocialisation, dans le respect des personnes.

**Prévenir l'entrée en dépendance, c'est important mais quels sont les besoins exprimés par les personnes âgées ? Quels moyens pour**

**quels besoins ? Cette petite Maison n'y suffira pas avec sa capacité d'accueil réduite (cinq résidents et cinq quotidiens).**

Un réseau de multiservices centré sur les besoins des personnes âgées a été progressivement mis en place. Être efficace, c'est répondre à tous les besoins en temps réel : souplesse et adaptabilité sont permises par la diversité et l'évolutivité des moyens offerts. S'y ajoute l'accueil personnalisé dans des structures de petite taille et surtout, la coordination entre tous ces outils.

Problème de transport ? Un minibus financé par les collectivités locales vient chercher les personnes à leur domicile.

Besoin d'aide à domicile ? De garde de nuit à domicile ? L'ADMR coordonne demandes et réponses aux besoins spécifiques.

Besoin de repas apportés à domicile ? La responsable de ce service ne fait pas un dépôt anonyme de nourriture : elle commente le menu, prend le temps d'écouter, apporte nouvelles des uns et des autres, rend des services en sus. Elle permet donc à la personne âgée de rester reliée au monde.

Besoin de manger en compagnie ? Voiture et repas à la Maison de village.

Besoins d'accueil jour et nuit pour raison de santé ou pour prendre le relais des familles ? La Maison de village reçoit cinq résidents, pour une durée variant de 1 jour à 3 mois maximum grâce à un personnel présent 24 h sur 24 et sélectionné sur son désir de travailler avec des personnes âgées. Soins techniques sont prodigués par les soignants libéraux des résidents, des ateliers proposent diverses activités et le repas du soir est mitonné par les résidents au sein de l'atelier-cuisine labellisé.

Accueil sur la journée ? La Maison de village offre repas et participation aux divers ateliers  
Fêtes, anniversaires des résidents ? Les anciens sont invités au village et véhiculés de porte à porte.  
Animations organisées par des lycées voisins ? La Maison de village convie et véhicule ceux qui le désirent.

### Quels sont vos moyens ? La coordination repose sur vos seules épaules ?

Oui, c'est vrai, mais nous allons maintenant embaucher une personne pour assurer le lien. L'intercommunalité a donné une dynamique certaine dans notre secteur rural.

- le conseil municipal de Coulx a permis l'installation de la Maison de village dans l'ancien logis de l'instituteur entièrement rénové par ses soins et le loue à l'ADMR ;

- l'ADMR a gardé l'esprit associatif et s'attache à la qualité des mesures d'aide au maintien à domicile couplée à une politique de prix minimum pour permettre l'accès au plus grand nombre ainsi qu'à la resocialisation dans le respect des personnes - aidées ou aidantes, avec un objectif complémentaire de réinsertion par l'emploi. L'ADMR locale gère la logistique des transports, les repas à domicile, la Maison de village, le personnel et laisse la gestion purement comptable à l'échelon départemental. Notre principal critère d'embauche : le désir de travailler avec des personnes âgées ;

- le réseau gérontologique regroupe soignants libéraux et soignants hospitaliers du service de gériatrie du centre hospitalier local. Il bénéficie de subventions du conseil général et surtout de la Caisse nationale de la mutualité sociale agricole (CNMSA) intéressée par une expérimentation de réseau en milieu rural ;

- la secrétaire plein temps assure réception et suivi des demandes : répondre à tous (pas de notion rigide de secteur), se rendre au domicile de la personne âgée pour lui faire exprimer ses besoins, la mettre en relation avec les aides à domicile choisies en fonction des personnalités réciproques, transmettre son bilan initial pour bilan complet médico-social et moyens adaptés aux besoins, refaire régulièrement le point avec les différents aidants et recadrer.

### Pour quelles raisons ces moyens fonctionnent-ils bien ?

Vivre et mourir chez soi, c'est possible si des moyens divers et coordonnés sont organisés par des personnes aimant travailler avec des personnes âgées.

- Les personnes âgées gardent leurs repères habituels en restant dans leur environnement naturel. En plus, elles peuvent, si elles vont à la Maison de village, garder leur animal familier.

- La petitesse des structures et leur localisation dans ce même milieu de vie efface tout anonymat, les personnes âgées ne sont pas des « mamies » ou des « organes malades », elles sont des personnes avec leur histoire et si elles sont hospitalisées, elles ont la protection rassurante de ceux qu'elles connaissent. De même, aux besoins fluctuants s'adaptent souplesment des moyens diversifiés et évolutifs. La tarification est vue au plus juste afin de permettre à tous accès aux services.

- L'encadrement répond à des critères de qualité (cf. article page 34) reconnus et c'est l'envie de travailler avec des personnes âgées qui est notre principal critère d'embauche. Le respect accordé aux bénéficiaires et celui accordé au personnel permet resocialisation et estime de soi.

### En résumé, que jugez-vous le plus important ?

La coordination entre les différents intervenants est essentielle : il faut créer des liens étroits et quotidiennement réactivés entre tous les acteurs pour permettre l'expression des désirs et difficultés de chacun, pour lutter contre l'isolement et la déréliction des personnes âgées, la détresse de leurs familles et du personnel de service. Nous avons plusieurs projets destinés à prolonger nos actions actuelles : création d'un poste de secrétaire supplémentaire, ce qui démontre l'importance accordée à « faire le lien », agrandissement de la Maison de village afin d'augmenter nos capacités d'accueil et leur durée, et enfin organisation d'une garde « volante » itinérante 24 h sur 24 pour répondre aux besoins ponctuels des personnes âgées restant seules à leur domicile.

*Il faisait beau et chaud dans cette Maison de village et l'enthousiasme de mon interlocutrice, sa capacité à fédérer hommes et structures pour réaliser les désirs des personnes âgées, me redonnait espoir : pourquoi ne pas essayer ailleurs ?*

A.M.P.



L'auteur, âgé lui-même, et écrivain, décrit sa manière de vivre et d'être en relation, qui semble être l'aboutissement d'un long processus.

# Une existence non point amoindrie mais atténuée...

**Pierre Sansot**

*Philosophe, anthropologue  
et écrivain*

*Il a publié notamment Les  
gens de peu, PUF ; Du bon  
usage de la lenteur, Payot ;  
Les vieux, ça ne devrait  
jamais devenir vieux, Payot*

J'écrivais dans un livre consacré au bon usage de la lenteur « Je me suis promis de vivre lentement, religieusement, attentivement toutes les saisons et les âges de mon existence. » Ce n'était qu'une promesse. Suis-je en passe de la tenir concernant ma dernière saison ?

J'évoquerai donc ma manière d'accomplir cet ultime parcours, sachant que je suis privilégié. J'espère cependant que mon témoignage présentera quelque intérêt aux yeux de mes semblables. J'abats aussitôt cartes sur table. Ancien enseignant, je bénéficie d'une retraite confortable. En revanche, quand un homme d'un certain âge affronte la pauvreté, il ressent un sentiment d'injustice qui l'assombrit. Il a de la peine à ne pas éprouver une impression d'insécurité. « Le mien » (ce qui m'appartient) conforte « le moi » et parfois ce mien se réduit à quelques vêtements, à quelques objets qui ont survécu au naufrage. Il faudrait un caractère exceptionnel pour assumer le dénuement. Autre privilège, nos pouvoirs (phy-

siques, intellectuels, voire sociaux) ne sont plus à leur apogée (le furent-ils jamais !), mais ils suffisent à faire face au monde, aux autres, à me laisser éblouir ou à fuir et cette prise, cette emprise, même non violente, me laisse entendre que je suis un vivant, que je ne suis pas exclu du règne des vivants, que j'importe, si peu que ce soit, au cours du monde. Non plus acteur, mais témoin ou spectateur, et c'est encore beaucoup.

Avec les années, le corps se rappelle à nous avec insistance, ne fût-ce que sous la forme du désagrément. Il se montrait plus discret tout au long de notre existence antérieure. Il n'est pas question de le répudier et d'ailleurs, il n'existe pas de tribunal chargé d'accepter ou de refuser une quelconque procédure de divorce. Il nous arrive cependant de prendre nos distances, de le réprimander pour ses relâchements et de sentir battre en nous un cœur d'adolescent. Il convient de hisser haut les couleurs tant que le vaisseau n'est pas submergé.



Par bonheur, mes semblables éveillent ma sympathie et je ne me lasse pas de les observer affectueusement. En particulier, j'admire leur grandeur quand je la perçois en eux, je me félicite aussi de leur vivacité, de leur jeunesse. Tant de visage dans les bus, les gares, les cafés, les marchés, au coin des rues et aux carrefours des boulevards et dans les périmètres d'une école, d'une maison de retraite, d'un service hospitalier. A Clermont-Ferrand, au mois de juin, des bandes de jeunes gens se rassemblent aux terrasses des cafés. Ils rient, ils se lèvent, ils s'embrassent. Ils vivent dans une extrême insouciance. Demain matin, après-demain matin, ils découvriront à nouveau des aubes marines, océaniques, sylvestres, alpines, transalpines, urbaines. Ils ne se lasseront pas de célébrer soir après soir l'été.

A la grand-messe de 11 heures dans cette même ville, ce fut un spectacle auquel je n'étais pas habitué et qui, me semble-t-il, avait disparu de notre époque. Au retour de leur collation sacramentelle, j'eus cru apercevoir sur les visages des fidèles la visitation du surnaturel. Il y avait de la grandeur, de la simplicité, non seulement sur leurs visages, mais sur leurs épaules, sur leurs pas et leur manière de quitter le parvis de l'église de Notre Dame du Port.

Les visages me parlent et parce qu'ils me parlent, je les interroge, je n'hésite pas à me rapprocher d'eux. Ils ne se déroberont pas. Que pourrait-on craindre de fâcheux d'un vieux monsieur convenable ? Taquin sans être effronté, attentif sans être cajoleur ou racoleur. A mon âge, et ils semblent le pressentir, ma démarche n'est pas guidée par l'intérêt. Nous sommes courtois puisque nous n'entendons pas prendre, capturer, donner des coups et en recevoir... Nous nous émerveillons seulement que l'humanité présente une telle diversité. Nous avons appris la politesse non par surcroît de vertu, mais parce qu'il était temps d'adoucir les angles, de polir les objets et les êtres, de nous soucier des autres.

Je tache d'annuler les heures creuses au cours desquelles la morosité me guette. Durant la

nuit, il nous est malaisé d'y échapper en œuvrant. Je préfère engager le combat durant la journée. Mieux vaut entreprendre une action futile que laisser la place aux pensées sombres qui parfois nous obsèdent. C'est ainsi que je joue au tennis tous les matins. Je poursuis inlassablement une balle jaune et je fais le vide. La partie terminée, la douche prise, je m'affale et je prends plaisir à revenir à un peu plus de calme. D'autres joueront aux cartes, ou avec un enfant ou avec un chien ou prendront soin de quelques plantes ou liront ligne à ligne un journal qui ne mérite pas un tel intérêt. A chacun ses stratégies et ses rites.

Evitons les êtres malveillants quand nous en avons le pouvoir. Je me félicite de tous les actes de gentillesse que l'on me prodigue, me disant que je ne les mérite pas, que c'est une faveur du ciel, qu'elle rachète une journée maussade.

Une existence non point amoindrie, mais atténuée. Déjà enfant, alors que le monde faisait moins de tapage ; j'aimais me rendre chez telle personne âgée. Elle habitait un appartement peu éclairé. Elle se déplaçait à pas comptés. Elle posait tendrement son regard sur mon visage. Elle se taisait et, à partir de cette zone de silence, je lui confiais ce qu'en toute circonstance je n'aurais pas su avouer. Je ne renie pas les éblouissements, les éclabousses, les coups de cymbale, les jaillissements, la vie ardente et parfois violente. Mais je souhaite que nous puissions nous soustraire à la bousculade quand elle nous contrarie. C'est ce que j'ai nommé lenteur, « non point nécessairement un rythme moins rapide, mais la capacité d'échapper à la presse et aussi celle de m'attarder quand une chose, un événement le mérite. »

Une personne âgée mérite qu'on prenne en considération sa volonté d'avancer (parfois de trotter) à sa guise. Elle ne doit pas, par l'effet de son entourage, la ressentir comme un handicap, une défaillance. C'est sa manière à elle de déployer le temps et l'espace et si, de cette façon, elle entre en sympathie avec ce qui l'environne,



c'est pour elle une bonne chose. Elle observera méticuleusement une rue que d'autres traversent dans l'ignorance. Elle se délectera de marmonner (des propos parfois désagréables et qu'il vaut mieux ne pas entendre). Dans sa chambre, dans un séjour, elle déroule des chuchotis, comme des fumeurs font dans une pièce des ronds de fumée. Il existe un art de somnoler dans lequel je me complais. Ce n'est pas le sommeil qui s'emparait de nous après une journée de labeur. Ce n'est pas la vilaine insomnie. Nous sommes en plein jour, les invités ne nous ont pas quittés. Je ferme les yeux. Me parviennent des bruits incertains, des bouts de phrases, des rires. La rumeur qui ainsi bourdonne à mes oreilles n'a rien de désagréable. Quelqu'un pensera à mon mépris « C'est l'âge. Il ne peut demeurer longtemps éveillé. » L'imprudent, le malappris, le mal avisé, il n'est pas assez sagace pour entendre des accords aussi subtils !

Il y a eu, il y aura encore des lumières crues, des pleines exposées, des visages brûlés et les personnes de mon âge seront conviées à ces fêtes solaires. Pour ma part, je penche pour une lumière moins vive, pour la pénombre de fins d'après-midi et les visages de mes ami(e)s entr'aperçus m'apparaissent si proches enveloppés dans la clémence d'une soirée qui n'en finit pas. Je les aperçois mortels, mes frères partageant comme moi la condition d'être mortels, d'autant plus précieux et émouvants qu'un jour, ils me seront

ravis. Il n'y a pas lieu de céder pour autant au pathos, mais de nous serrer affectueusement les uns contre les autres, face à un ennemi dont nous ne discernons pas les traits.

Mais une telle disponibilité quelque peu rêveuse, nous ne pouvons pas l'attendre de ceux qui plongent dans la vie active et nous prodiguent leurs soins. Seulement la lenteur, c'est-à-dire le temps moins volatile, presque immobilisé ; ce peut être durant quelques secondes et ce laps de temps suffit à nous assurer que nous ne sommes pas seuls : un sourire entrebâillé qui s'adresse véritablement à nous, quelques mots prononcés du fond du cœur.

Ne tirons pas le rideau sur ce qui est en instance d'avenir (il est encore trop tôt pour le faire). Acceptons de vivre dans « l'ouvert » (l'aperture). Déployez le cours de votre durée dans le sens du tout proche, du moins proche, du lointain. Succombez à l'Espérance que rien ne démentira puisqu'elle ne se fonde pas sur le calcul et la réalisation de tel ou tel espoir singulier.

Et durant l'intervalle, les longs intervalles, c'est l'enfant que je fus qui rend visite au vieux monsieur que je suis devenu. L'enfant est prévenant. Il demande au monsieur si une lumière trop vive ne blesse pas ses yeux. Il lui conseille, à la nuit tombée, de se recouvrir d'un châle. Il se fait tard. Je conseille à l'enfant de me quitter et de revenir chez lui car s'il s'éternise, ses parents risquent de s'inquiéter.

**Tirant partie de son expérience d'infirmière en chef de plusieurs années d'activité dans un service de gériatrie, Rosemary Mills dit avec une grande force l'aspiration des patients de gériatrie à être traités comme des personnes, des individus qui ont leur fierté et le besoin de se respecter eux-mêmes.**

# Je suis Mme Mills

« Qu'on me permette avant toute chose de me présenter, car en l'an 2010, j'aurai 70 ans et il se pourrait que je sois l'un de vos patients. Comme je risque d'être incapable de vous communiquer alors mes désirs, je profite de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de le faire et vous dire comment j'aimerais que l'on me soigne... si je devais faire un séjour prolongé en gériatrie...

Tout d'abord, je voudrais conserver mon identité : je suis Madame Mills et c'est ainsi que je souhaite que l'on m'appelle.

Je ne veux pas devenir « mémé », ou « Rose » ou « la dame du lit numéro neuf »... mais garder le nom auquel j'ai toujours été habituée : rester Mme Rosemary Mills.

Une des choses les plus importantes pour moi est l'indépendance. Pourrais-je bénéficier d'une chambre individuelle ? Probablement pas... mais alors, infirmière, voudrez-vous bien veiller à ce que les rideaux soient tirés autour de mon lit lorsqu'on procède à ma toilette ou à mon habillage ?

Si l'on doit me laver, voudrez-vous bien vous assurer que l'eau est assez chaude, et non pas tiède ? Je ne supporte pas de faire ma toilette à l'eau froide et je le supporterai encore moins lorsque je serai âgée. Veuillez, s'il vous plaît, à bien m'essuyer, car il n'y a rien de plus désagréable qu'être à moitié sec. Si l'on me baigne, que l'on ménage mon intimité et ma dignité dans la mesure du possible... Soyez assez gentilles pour chauffer ma serviette de toilette, je vous en serai très reconnaissante... En tant qu'infirmière, j'ai toujours fait très attention à mes ongles, aussi j'espère qu'on les gardera courts et propres... D'autre part, j'aurais pro-

bablement besoin de soins de pédicure toutes les deux ou trois semaines...

Si je ne suis plus capable de m'habiller moi-même, j'espère que l'infirmière qui s'en occupera s'efforcera de soigner mon apparence. J'aimerais qu'elle veille à harmoniser mes tricots et mes blouses à ma jupe... mes cardigans à mes robes... Qu'on ne m'attife pas de vieux bas ou collants filés... qu'on ne laisse pas mon jupon dépasser du bas de ma robe et, de grâce, qu'on ne noue pas mes bas juste au-dessus du genou ! Et puis, pourrai-je avoir les cheveux coiffés une fois que je serai habillée ? Ah, bien sûr, j'espère que vous n'oublierez pas de me laver les dents ! J'aimerais être coiffée une fois par semaine, mais qu'on ne s'avise pas de me mettre des barrettes ou des rubans dans les cheveux...

Quelquefois, j'irai au salon : si seulement nous pouvions y être au calme ! Je suis sûre qu'il n'est pas nécessaire de laisser la télévision allumée toute la journée, sans même se soucier de savoir si quelqu'un la regarde...

S'il y a des livres près de moi, assurez-vous, je vous prie, que j'ai bien mes lunettes, sinon je serai dans l'impossibilité de lire.

Si lors des repas, je suis incapable de couper mes aliments, j'espère que vous voudrez bien le faire pour moi. S'il le faut, je ne vois pas d'inconvénient à manger avec une cuillère, pourvu qu'on me serve dans un plat creux, et non pas une assiette plate où je serais condamnée à chasser sans fin mes aliments. Pourrais-je avoir une serviette (une en papier fera parfaitement l'affaire), pourvu qu'on ne me mette pas une bavette... Ne manifestez pas

**Rosemary Mills**

*Infirmière en chef*

*L'appel passionné adressé par Rosemary Mills à l'infirmière qui pourrait avoir à la soigner dans un service de gériatrie en l'an 2010 a remporté le prix de rédaction de la « Society of Geriatric Nursing » du « Royal College of Nursing ».*



d'agacement ou de réprobation si je recrache mon thé, ou d'impatience parce que je suis lente, et n'entreprenez pas de me donner la « becquée » avant de s'être assurée que je n'ai vraiment plus la force de m'alimenter moi-même...

Si je devais devenir incontinente, pourrait-on continuer à me traiter comme un être humain ? Abstenez-vous de froncer le nez de dégoût lorsque vous découvrirez un lit mouillé en retirant les draps... Ne me traitez jamais de « dégoûtante », ne me réprimandez pas et ne me mettez pas dans l'embarras... si vous pensez que « je le fais exprès »...

Je souhaite que l'on me fournisse des tampons ou des culottes spéciales et qu'on s'abstienne de me poser une sonde pour des raisons purement pratiques... Je ne veux pas me promener avec un sac à urine qui constituerait un objet de curiosité pour mes petits-enfants et une gêne pour moi. J'aimerais que l'on m'amène aux toilettes régulièrement, qu'on me change et qu'on ne me laisse pas clouée sur une chaise toute la journée sous prétexte qu'il est inutile de s'occuper d'une personne incontinente...

Ce serait gentil de votre part de manifester de l'intérêt pour ma famille, pour les photos exposées sur ma table de nuit ou pour mes petits-enfants lorsqu'ils me rendent visite, mais peu charitable de me demander pourquoi ma fille ne s'occupe pas de moi, ou pourquoi mon fils et sa famille ne m'ont pas accueillie chez eux... Peut-être suis-je trop handicapée pour qu'ils puissent prendre soin de moi, ou ils ne sont pas prêts à faire l'effort... mais quelle que soit la raison, je ne désire pas que l'on soulève ces questions.

Je serais heureuse de pouvoir faire, de temps à autres, une sortie, une excursion en minibus pour voir les arbres en fleurs et les agneaux au printemps... la mer en été... ou tout simplement m'installer dans le parc lorsque le temps le permet.

Si je suis un peu « gâteuse » et ne comprends pas bien vos souhaits, ne criez pas, je vous en prie, vous ne feriez que m'agiter et me troubler davantage. Je risquerais même de devenir agressive... mais si vous me traitez avec douceur, tout ira pour le mieux.

Moi

# Testament de Vie

Rémi

Un patient

« Cette lettre s'adresse à tout représentant du corps médical pouvant être amené à me soigner en cas de maladie grave, d'accident ou d'hospitalisation me mettant hors d'état d'exprimer ma volonté.

Elle doit être considérée comme l'expression de ma volonté que je formule ici en toute lucidité, de crainte de ne pouvoir le faire le moment venu, en raison d'une détérioration de mes facultés physiques et/ou intellectuelles, inhérentes à la vieillesse ou consécutives à une maladie, à un accident. Dans le cas où cette déclaration serait telle que je n'aurai aucune chance de recouvrer à bref délai l'ensemble de ces facultés, je demande de façon expresse :

- que l'on s'abstienne de tout acharnement thérapeutique pour prolonger abusivement ma vie,
- que l'on use de tous les remèdes pour calmer mes douleurs, même dans le cas où les seuls remèdes restant efficaces risqueraient d'abrèger ma vie,

– qu'en dernier recours, on me procure une « mort douce » afin de mettre fin à une vie qui aurait perdu tout sens pour moi-même et pour les miens, m'évitant ainsi une agonie inutile et une déchéance insupportable.

Dans l'état actuel de la législation française, j'ai conscience de poser là, aux représentants du corps médical, un problème qui n'a pas encore reçu de solution juridique, contrairement à ce qui existe dans d'autres pays. Mais je ne veux pas d'une vie au rabais, d'une vie dans laquelle toute conscience, toute intelligence, toute activité autonome, toute possibilité de communication aurait disparu. Et je fais confiance aux médecins et à leurs assistants pour qu'ils respectent avant tout ma propre volonté, pour qu'ils m'aident à préserver ma dignité.

Je les en remercie d'avance. »

*Propos recueillis par Bernard Senet*

**ADMD**  
50, rue de Chabrol  
75010 Paris  
Tél : 01 48 00 04 92  
Fax : 01 48 00 05 72  
e-mail : [admd@club-internet.fr](mailto:admd@club-internet.fr)  
site : <http://perso.club-internet.fr/admd>

# Au-delà

## de la

# colère

Jour après jour ce qu'on rencontre, trop souvent, ce sont des personnes âgées malades d'être infantilisées et transformées en marionnettes, des adultes malheureux, culpabilisés, ou en colère devant la situation de leurs vieux parents, des aides à domicile ou auxiliaires de vie blessées d'être les boucs émissaires de conflits qu'elles ne comprennent pas, des infirmières qui quittent le libéral pour cause d'épuisement, des médecins généralistes surmenés...

Et pourtant que de bonne volonté, que d'énergie dispensée au service de la personne âgée, que de retours bénéfiques quand la famille assume son rôle, quand les professionnels peuvent travailler dans la cohérence et être reconnus, quand le lien est souple et solide.

Comment faire comprendre que les auxiliaires de vie sociale ne font pas que du ménage, que ce n'est pas l'abolition des odeurs, le récurage dans tous les coins qui comptent prioritairement ? C'est le temps passé à écouter, la présence éloignant l'angoissante solitude, les minutes volées au spectre de la dépendance. Exister encore un peu dans le regard de l'autre. Ne pas être niée puis effacée sous un flot de javel, c'est du confort ? Non, c'est de la prévention et ça remplace nombre d'anxiolytiques !

Tous, nous attendons des réponses, mais il ne faut pas se leurrer : seule une rémunération globale sera adaptée à ce travail global et le chômage ne sera pas résolu par des sous-salaires.

C'est probablement pire encore dans les institutions qui accueillent les personnes âgées : les sous-effectifs, délibérés, aggravés par les 35 heures, les congés maladie, les vacances, ne permettent pas de « bien » s'occuper d'elles, au sens humain du terme. Par contre, les examens, les radios, les procédures de sécurité, tout cela est appliqué à la lettre, et le personnel passe parfois davantage de temps à remplir papiers, grilles et évaluation qu'à établir ou maintenir des relations « humaines ». D'ailleurs il n'est pas censé passer du temps à cela, l'organisation et la hiérarchisation des soins ne le prévoient pas.

Les personnes âgées ont des besoins de santé (au sens donné par l'OMS) : comment les aider à rester en lien avec ce qui fait partie de leur vie, à rester acteurs dans leur propre environnement ? La vieillesse n'est pas une nouvelle maladie ni une nouvelle base de spécialité médicale : ni à gérialiser ni à psychiatriser, la vieillesse fait partie de la vie comme la jeunesse, et la définition en est socioculturelle et politique, donc variable. Sphères collective et privée étant étroitement intriquées, les problèmes afférents au maintien à domicile des personnes âgées exigent un regard global avec décloisonnement des différents acteurs, simplification des procédures, information et formations et, clef de voûte conditionnant la qualité des prestations, des moyens financiers adaptés aux besoins locaux.

Anne-Marie Pabois  
et Martine Devries

*Médecins généralistes*



1533 Hans Holbein *Les Ambassadeurs*

Au premier plan, l'anamorphose d'un crâne déformé ; elle fut réalisée par Holbein en faisant basculer la surface sur laquelle l'image était projetée. A l'aide d'un traitement numérique, il est possible de redonner au dessin du crâne sa forme primitive, de rendre manifeste son grand réalisme, son extrême précision ; ils témoigneraient, pour Hockney, de l'utilisation d'instruments d'optique.

**L'analyse du livre du peintre-photographe David Hockney sur la peinture de la Renaissance constitue ici le point de départ d'une double réflexion sur l'importance de l'œil et du regard comme outils de connaissance, sur le rôle tenu par la techné dans nos sociétés contemporaines.**

Les images fixes sont outils privilégiés de la vision. Autorisant les lents décryptages, elles offrent accès au regard de leurs auteurs. Pour peu que l'on dispose de grands murs pour juxtaposer les reproductions de tableaux célèbres du <sup>xiv</sup><sup>e</sup> au <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, elles ouvrent la voie d'une passionnante étude comparative. David Hockney, peintre et photographe anglais vivant à Los Angeles, en vient ainsi à formuler des hypothèses audacieuses : l'utilisation de lentilles optiques en peinture (prémises de l'appareil photographique) aurait eu lieu dès le début du <sup>xv</sup><sup>e</sup> siècle. L'ouvrage magnifiquement illustré qu'il publie aux éditions du Seuil témoigne d'une construction progressive et originale de la preuve. C'est à une histoire de l'art expérimentale qu'il nous convie.

Un appareil photographique classique (non numérique) n'est rien d'autre qu'une chambre noire percée d'un trou (le diaphragme) muni d'une lentille (l'objectif). À l'intérieur est disposé un support (verre, papier, celluloïd) couvert d'une substance sensible. Si l'utilisation d'une chambre noire et d'une lentille a bien eu lieu dès 1430 comme l'affirme Hockney, cela signifie que le dispositif de prise de vue de type « photographique » existait dès cette époque. La photographie, elle, - utilisation d'une substance se modifiant sous l'effet de la lumière et conservant la mémoire d'une telle transformation - a bien été inventée par Niepce dans les années 1820, soit près de quatre siècles plus tard.

Sur le grand mur de David Hockney, les ruptures apparaissent au milieu du <sup>xv</sup><sup>e</sup> siècle. Brutalement le traitement des visages prend une allure photographique, les modelés s'affinent. Ce que les historiens d'art considèrent comme une évolution vers un naturalisme grandissant, du <sup>xv</sup><sup>e</sup> au <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, est remis en question. Les signes d'un usage de l'optique semblent avoir surgi soudainement, de manière cohérente et achevée. Une telle rupture est symptomatique d'une innovation technique.

Dans les portraits de petit format, mais « incroyablement précis » réalisés au <sup>xvi</sup><sup>e</sup>, dans la subtilité des nuances du métal des armures de Van Dyck (<sup>xvii</sup><sup>e</sup> siècle), David Hockney reconnaît l'utilisation d'une chambre noire et d'un miroir concave formant lentille convergente. Van Eyck (1436) et Robert Campin (1438) connaissaient les miroirs bombés : ils figurent dans leurs tableaux. Du convexe au concave, le pas est vite franchi : garnir la face creuse d'une couche brillante suffit à réaliser une lentille-miroir convergente. Les dégradés très réalistes des portraits réalisés par les deux peintres en 1436 et

Monique Sicard

*Chercheur au CNRS en histoire et esthétique de l'image et du regard*

# La preuve par l'image

*David Hockney, Savoirs secrets, Les techniques perdues des maîtres anciens, Seuil, Paris, 2001 (traduction de Pierre Saint-Jean), 290 pages.*

1438 témoigneraient ainsi, pour Hockney, de l'utilisation de systèmes optiques.

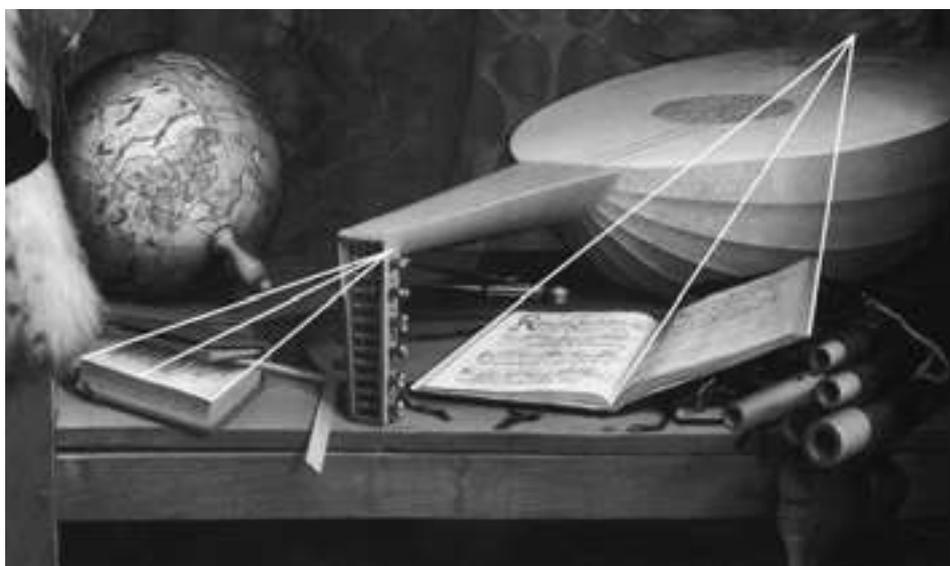
L'auteur va plus loin par la mise en œuvre du dispositif qu'il décrit.

Installé au sein d'une *camera obscura* de la taille d'une pièce, il reçoit la lumière émanant de l'extérieur par un trou percé dans le mur. L'image d'un personnage assis dans le jardin, réfléchi sur un miroir concave, est projetée sur sa toile. Petite, certes, mais extraordinairement nette, elle est renversée (haut et bas), mais non inversée (droite - gauche) comme le serait une image obtenue

sont pas obtenus à partir d'un même point de vue. Les exemples cités et montrés par Hockney forment un contraste saisissant avec les peintures du tout début du XV<sup>e</sup> siècle. L'arrivée de la perspective autorisait alors un traitement mathématique de l'espace, l'« exactitude » des objets représentés, toujours observés d'un point de vue unique.

Les analyses de David Hockney ont leurs mérites et leurs limites. L'exercice affiné de l'œil, la pratique expérimentale, la mise en œuvre d'une preuve par l'image sont, certes, susceptibles de

bousculer l'histoire de l'art. Pourtant le propos de l'auteur n'est pas toujours facile à suivre : les relations d'usage entre *camera obscura* et *camera lucida* restent confuses. Plus artiste qu'historien, Hockney se fait volontiers spéculatif (« Pour moi, c'est la seule explication possible. ») ; il est, dès lors, moins convaincant. S'agit-il pour lui de faire œuvre d'historien ou d'insérer son œuvre dans une histoire de l'art ? Cela n'est pas la même chose. Reconstituant l'un après l'autre des paysages par collages d'une



1533 Holbein *Les Ambassadeurs*

Les deux livres possèdent des points de fuite différents : ils n'auraient pas été vus et dessinés au même moment. La modification du point de vue entre les deux dessins témoignerait, pour Hockney, de l'utilisation de systèmes optiques. Le globe terrestre, au dessin extrêmement précis, pourrait avoir été réalisé à l'aide d'une *camera obscura* et d'une lentille-miroir.

sans chambre noire, par simple réflexion dans un miroir. Le peintre, après avoir pris quelques repères sur sa toile, la retourne et poursuit le travail d'après nature, face à son modèle, à l'endroit et sans difficulté (pas d'inversion droite-gauche). Pour Hockney, observateur attentif, les défauts mêmes des tableaux seraient signes de l'usage de systèmes optiques. La chambre noire et sa lentille-miroir, ne produisant que des images de petit format, obligent à juxtaposer sur une seule toile des éléments réalisés un par un. Dès lors, l'exactitude du détail prévaut, au détriment de celle de l'espace. Ainsi les deux livres posés sur la table basse des *Ambassadeurs* de Hans Holbein ne

multitude de photographies aux points de vue légèrement différents, l'artiste contemporain Hockney se joue du contraste entre la précision de détail et l'inexactitude d'une géométrie d'ensemble. Il semble ainsi tirer inconsciemment parti de ce que nous considérons comme des erreurs dans les peintures des xv<sup>e</sup> ou xvi<sup>e</sup> siècles. L'intérêt de l'ouvrage réside plus dans la démarche stimulante ici proposée, dans les lectures d'images auxquelles il convie le lecteur, que dans les résultats obtenus. Il reste à ces derniers d'être confrontés aux sources écrites.

Mais *Savoirs secrets* le démontre : ce que nous voyons dépend de nos instruments de vision. A la

traditionnelle question des historiens d'art « Quel est le sens d'une telle peinture ? », il substitue le « Que voyait le peintre ? » et mieux encore, le « Comment voyait-il ? », soulevant dès lors la question des relations entre technique et productions symboliques. Hockney possède une connaissance pratique du dessin et de la peinture réaliste. C'est en professionnel, en homme de ter-

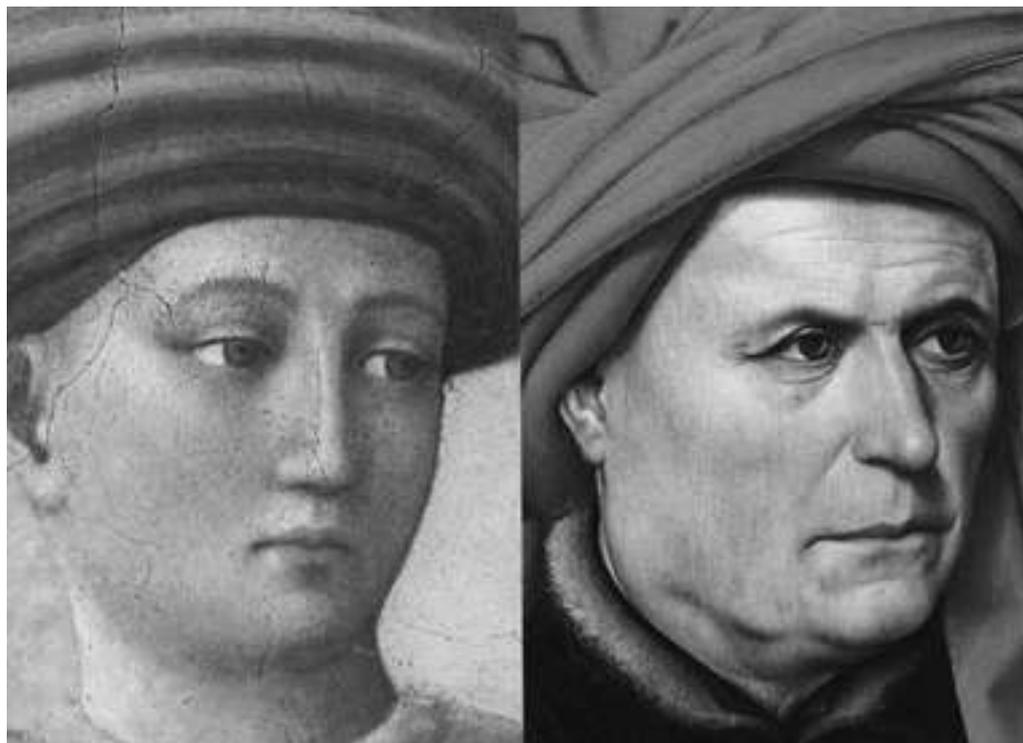
rain, qu'il répond et s'autorise à jeter les bases d'une histoire expérimentale de l'art. Une remarque presque anodine de l'un de ses correspondants dont la lettre figure en fin d'ouvrage donne en retour à réfléchir : les régimes totalitaires ont fait grand usage de la peinture réaliste. Les systèmes techniques optiques pourraient avoir été systématiquement utilisés pour la production d'affiches de grand format « parlant » aux masses. Goebbels, on le sait, développa une politique élaborée de l'image. Chacun, disait-il, doit faire usage d'un appareil photographique : les foules tendant le bras, les grands calicots ornés de croix gammées n'en seront que mieux multipliés.

*Savoirs secrets* montre que l'utilisation – tenue secrète ? – des techniques optiques à

la Renaissance répond déjà à la nécessité d'agir vite : il faut saisir les plis mouvants d'une robe de soie, l'image fugitive d'un visage. Le livre bouscule de fait l'opposition radicale entre œuvre d'art et reproductibilité technique, entre peinture et photographie, entre création et technique.

Il y eut des médecins, on le sait, qui pratiquèrent pour les nazis, une médecine expérimentale. La question des relations entre technique (mise en œuvre d'un savoir) et éthique (action en vue du bien) fut ainsi brutalement posée. De là à assimi-

ler technique et totalitarisme, il n'y a qu'un pas que nous ne franchirons pas ; en rendant visible l'usage des chambres noires et des lentilles-miroirs dans la « belle » peinture de la Renaissance, Hockney abonde dans ce sens. Il invite à réhabiliter les savoir-faire, la techné, (mise en œuvre d'un savoir) dans la double maîtrise des intentions et du geste.



Vers 1425 Masolino da Panicale

vers 1430 Robert Campin

Pour David Hockney, l'évolution du seul regard du peintre ou de la maîtrise de la technique à l'huile, ne suffit pas à expliquer la différence entre ces deux portraits réalisés à cinq ans d'intervalle.

La qualité du modèle, la finesse des ombres, la complexité et le réalisme des plis du turban témoignent ici, dès 1430, de l'utilisation de dispositifs optiques de projection. Ces chambres noires munies d'une lentille-miroir – véritables appareils photographiques avant la lettre – auraient fourni, quatre siècles avant l'invention de la photographie, les bases d'une maîtrise de la représentation réaliste.

Cet éloge de la technique au sens premier du terme (ajustement efficace des moyens à la fin visée) n'est pas incompatible avec la conscience aiguë des risques présentés par son autonomisation. Sa force d'inertie et ses progressions inévitables (il est impossible de stopper l'évolution technique), la constituent de fait, dans le monde contemporain, en milieu englobant, en emprise totale, susceptibles d'entraîner les praticiens de toutes professions dans des directions qu'ils n'auraient pas suffisamment définies par avance.

Christian Bonnaud

*Médecin généraliste, président du Syndicat de la Médecine Générale*

# La santé réduite aux soins, voire aux médicaments

**R**evoilà le déficit et voilà les mesures « drastiques » d'économies qui pointent leur nez avec le déremboursement des médicaments, la promotion du générique à tout prix. Nous allons diminuer les dépenses de quelques millions d'euros, nous aurons peut-être moins d'effets iatrogènes liés à nos thérapeutiques, c'est bien, et tout va aller dans le meilleur des mondes économique possible.

Mais, car il y a un mais, les gens que nous soignons, qu'ont-ils compris ? Qu'on ne veut plus rembourser leurs médicaments, parce qu'ils sont pauvres et que de toute façon, ils n'ont pas voix au chapitre ? Alors, nous, les prescripteurs, nous allons leur dire que leur magnésium, ou leur « veinotonique », que nous avons écrit pendant des années sur leur ordonnance, ne sont sûrement pas des médicaments majeurs, mais que si nous leur donnions, c'était pour améliorer leur confort de vie. Nous avons l'air fin, nous les prescripteurs, car nous en prescrivons de ces médicaments, sûrement moins que d'autres, et nous avons remarqué que lorsque nous voulions ne pas les mettre sur l'ordonnance, on nous les réclamait.

Et cela ne nous paraît pas le plus grave, car, à travers ces « restrictions » de remboursement, ce qui est perçu par les gens, c'est une atteinte, un rationnement concernant leurs possibilités de se soigner. Pourquoi, tout simplement du fait de l'absence de toute information publique concernant le médicament en France, et que, de ce fait le « bon soin » est trop souvent synonyme de prise de médicament. Veut-on vraiment dire aux gens que, pour se passer de psychotropes, de somnifères, il faudrait un mode de vie moins stressant, des conditions de travail plus humaines, en fait qu'on les considère vraiment comme des êtres humains ? A ce

moment-là, on verrait certainement une réduction de la prise médicamenteuse.

Quel effort pédagogique va être fait pour expliquer à la population, qu'au-delà des mesures budgétaires, le fait de prendre moins de médicaments peut améliorer leur état de santé ? Va-t-on demander

aux soignants, dans le cadre de leur travail, quel que soit l'endroit où ils exercent, de passer du temps à expliquer cela, à dire ce qu'est la santé, ce qu'est la maladie et ce qu'est le soin, et comment prévenir les situations de maladies nécessitant une prise médicamenteuse ? Non, pas plus aujourd'hui, qu'on ne l'a fait hier, et les gens ne comprendront que le rationnement.

C'est là que prend toute la place de notre de travail qui en dehors du soin curatif doit comprendre de la santé publique de l'information et de la formation indispensable pour entretenir les connaissances et les confronter entre soignants, et avec d'autres intervenants. Si nous, médecins du Syndicat de la Médecine Générale, étions reçus par les autorités, c'est ainsi que nous proposerions une réforme du travail de soignant, afin de mettre en place un système à la fois respectueux du soignant et de la personne. A priori, on peut penser que ce n'est pas dans l'air du temps. Et nos collègues libéraux, qui veulent à tout prix pour un certain nombre d'entre eux, le retour à la liberté tarifaire, ne se posent pas trop le problème du remboursement ou non des médicaments, comme de celui des honoraires « libres » qu'ils prendront.

Le vrai courage de nos gouvernants aurait été de demander la non-mise sur le marché de médicaments dont le « service médical rendu » n'est pas prouvé, au lieu de les dérembourser, puisque ces médicaments pourront certainement continuer à être vendus à grand renfort de publicité. A quand une vraie politique du médicament en France et en Europe, ainsi qu'une réelle politique de santé publique, qui, seule permettra la réduction de la prise médicamenteuse, voire d'examen coûteux et pas toujours nécessaires ?

C'est là que prend toute la place de notre de travail qui en dehors du soin curatif doit comprendre de la santé publique de l'information et de la formation indispensable pour entretenir les connaissances et les confronter entre soignants, et avec d'autres intervenants. Si nous, médecins du Syndicat de la Médecine Générale, étions reçus par les autorités, c'est ainsi que nous proposerions une réforme du travail de soignant, afin de mettre en place un système à la fois respectueux du soignant et de la personne. A priori, on peut penser que ce n'est pas dans l'air du temps. Et nos collègues libéraux, qui veulent à tout prix pour un certain nombre d'entre eux, le retour à la liberté tarifaire, ne se posent pas trop

le problème du remboursement ou non des médicaments, comme de celui des honoraires « libres » qu'ils prendront.

Le vrai courage de nos gouvernants aurait été de demander la non-mise sur le marché de médicaments dont le « service médical rendu » n'est pas prouvé, au lieu de les dé-rembourser, puisque ces médicaments pourront certainement continuer à être vendus à grand renfort de publicité. A quand une vraie politique du médicament en France et en Europe, ainsi qu'une réelle politique de santé publique, qui, seule permettra la réduction de la prise médicamenteuse, voire d'exams coûteux et pas toujours nécessaires ?

## Ne nous laissons pas berner !

**L**e plan de baisse des dépenses de l'Assurance maladie, tel qu'il est annoncé par la presse, ne comporte que des mesures ponctuelles : déremboursement de certains médicaments jugés non essentiels et baisse de la base des remboursements qui sera ajustée sur le prix des génériques ; mesures qui sont toutes à la charge des ménages.

Personne ne peut croire que le plan annoncé par le ministre de la santé permettra de résoudre le problème de l'augmentation des dépenses de l'Assurance Maladie. Lui-même n'y croit pas, puisqu'il met en chantier trois groupes de travail dont l'un va étudier « les champs de compétence de l'assurance de base et de l'assurance com-

plémentaire », afin « d'évaluer la place de la solidarité nationale » (*Le Monde* du 25/09/02).

Le véritable danger est bien cette remise en cause du système public de sécurité sociale : les dépenses de soins pourront dériver pour le plus grand profit des entreprises pharmaceutiques et de services, ce sont les remboursements qui seront limités ; les patients qui en auront les moyens se paieront des assurances privées, les autres auront un accès aux soins réduit.

Une mobilisation importante des citoyens, de leurs organisations syndicales et associatives et des acteurs de santé est indispensable pour défendre cet acquis de solidarité nationale qu'est la Sécurité sociale.

Marie Kayser

Médecin généraliste

**Lettre ouverte : cette lettre a été lancée par les membres du comité de rédaction de la revue *Pratiques* ; elle reprend notre analyse et a pour but d'appeler à signer la pétition initiée par la revue *Prescrire*. Nous avons reçu de nombreux soutiens.**

**L**es caisses d'Assurance maladie viennent de négocier avec les médecins généralistes la prescription des médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) pour compenser l'augmentation du tarif de la consultation. Stimuler la prescription en DCI est positif, mais nous pensons que ce débat est l'un des arbres qui cachent la forêt de la politique actuelle du médicament ; toute la chaîne de décision subit l'influence majeure de l'industrie pharmaceutique : depuis l'expert qui se prononce sur l'autorisation de mise

sur le marché (AMM), jusqu'au consommateur en passant par le prescripteur et le pharmacien libéral ou hospitalier, la formation des professionnels du soin initiale et continue, la presse professionnelle ou non.

L'exemple récent d'un nouvel anti-inflammatoire, le célécoxib Célébrex® présenté à tort par le fabricant comme moins nocif pour l'estomac, illustre cette chaîne sous influence : ce médicament, environ cinq fois plus cher que les anti-inflammatoires plus anciens, a fait l'objet d'une promotion intense auprès des professionnels et d'une présentation erronée dans la presse grand public ; il est ainsi arrivé en deux ans à la troisième place du classement en valeur des médicaments prescrits sur ordonnance (*Le*

# Non

## à la Directive européenne du médicament

*Monde* du 20/06/02) et a représenté en 2001 un montant remboursé par l'Assurance maladie de plus de 125 millions d'euros (soit la moitié de la somme que les caisses espèrent économiser en demandant aux médecins de prescrire en DCI !!!).

Les données sont connues mais il n'est pas inutile de les rappeler :

- La recherche en matière de thérapeutique est presque totalement dépendante de l'industrie pharmaceutique qui l'axe sur le médicament et ceci pour des pathologies qu'elle présume rentables, c'est à dire fréquentes et touchant des populations solvables.
- Les Agences nationales et l'Agence européenne du médicament, qui autorisent les mises sur le marché sont de plus en plus financées par l'industrie pharmaceutique : à 69 % en 2001 pour l'Agence européenne. Elles n'ont ni les

moyens financiers ni l'indépendance nécessaire pour mener une véritable expertise ; l'industrie n'est pas tenue de fournir des dossiers comparant les nouveaux produits aux médicaments de référence ; il y a un manque total de transparence dans les prises de décision.

– Dans son rapport pour l'année 2000, la Cour des comptes a critiqué une formation thérapeutique des médecins laissée au bon vouloir des industriels et la forte activité des visiteurs médicaux auprès des professionnels de santé (un visiteur médical pour trois médecins généralistes en activité libérale). Si les laboratoires n'ont théoriquement plus le droit de faire des cadeaux aux médecins, ce sont eux qui en ville et à l'hôpital financent : rencontres, congrès, formation continue, réunions de tour de gardes... Seuls certains secteurs de la formation continue des généralistes échappent à leur présence.

– En France à l'exception des revues *Prescrire* et *Pratiques*, toute la presse médicale est subventionnée par l'industrie pharmaceutique (directement ou par l'intermédiaire de la publicité).

– L'industrie pharmaceutique influence les journalistes médicaux de la presse grand public et intervient auprès des associations de malades pour qu'ils fassent pression sur les prescripteurs. Le lobbying de l'industrie pharmaceutique s'intensifie actuellement auprès de l'Agence européenne du médicament, rattachée, fait significatif à la Direction Générale « Entreprises » de la Commission européenne et non à celle dite « Santé et Protection des consommateurs ». Un projet de directive est en cours de discussion au Parlement européen ; il vise à réduire le contrôle sur le médicament et à augmenter les ventes : pas de réévaluation systématique au bout de 5 ans pour les AMM, raccourcissement du délai d'examen du médicament par les experts, autorisation de la publicité pour les médicaments auprès du grand public dans certaines pathologies, publicité actuellement interdite en France quand il s'agit de médicaments pris en charge par l'Assurance maladie.

Les grands perdants de cette politique sont les citoyens qui financent directement et par le biais de leurs cotisations sociales le coût de prescriptions médicamenteuses n'apportant pas obligatoirement une amélioration thérapeutique. Cette politique risque d'entraîner une nouvelle baisse du remboursement du médicament par la Sécurité sociale et de concourir à la mise en place du

« panier de soins », panier restrictif qui seul serait pris en charge par l'Assurance maladie et dont le medef s'est fait en France l'ardent défenseur.

Les grands gagnants sont les industries pharmaceutiques qui augmenteront ventes et profits ainsi que les assurances privées vers lesquelles se tourneront les citoyens qui auront les moyens de se payer une assurance complémentaire.

La démocratie est aussi perdante car le débat sur la politique du médicament est totalement court-circuité par des décisions prises au niveau européen sous la pression des industriels, avec l'aval de nos gouvernements.

Un collectif « Europe et médicament » s'est mobilisé pour présenter des amendements à cette directive auprès du parlement ; il regroupe au niveau européen des associations et organisations familiales et de consommateurs, des associations de malades, des organismes d'assurance mutualiste dont la Mutualité Française, des associations et organisations de professionnels de santé dont la revue *Prescrire*. Nous soutenons cette initiative et appelons les soignants et les citoyens à signer les pétitions s'opposant à la publicité auprès du grand public pour les médicaments remboursables et à relayer auprès des députés européens la pétition initiée par la revue *Prescrire* pour une politique du médicament au service de la santé des populations.

BP 459 75527  
Paris Cedex 11  
[www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)



Francis Blanc

Médecin généraliste

**M**onsieur le Président du Conseil National de l'Ordre des médecins. Dans votre bulletin numéro 7 de septembre 2002, vous consacrez un dossier à la prescription en DCI (Dénomination Commune internationale). Dans ce dossier, page 12, vous citez le Pr Jean Langlois qui dit : « La DCI posera cependant des problèmes d'application au quotidien. Passe encore pour les praticiens les plus jeunes, frais émoulus de l'université, qui auront encore en tête le nom des molécules. Mais pour les autres, l'effort de mémorisation sera plus difficile. Il demandera un travail considérable de recyclage des connaissances dans le cadre de la formation médicale continue. »

# Prescription en DCI

Je voudrais simplement apporter un témoignage personnel qui ne va pas dans ce sens là. Il y a plus de quinze ans, l'amoxicilline est tombée dans le domaine public. Du jour au lendemain, une quinzaine de marques différentes sont venues nous solliciter. À ce moment là, pour ne pas effectuer « un effort de mémorisation difficile » (dixit Pr Langlois), j'ai réalisé qu'il était plus simple de ne retenir qu'un nom, amoxicilline, que celui-ci était aussi simple à écrire que Clamoxyl (par exemple), et qu'en fait les pharmaciens de mon quartier préféraient cette façon de prescrire qui ne bloquait pas inutilement des stocks.

Bien entendu, une fois commencé, j'ai élargi cette pratique au paracétamol, puis à de plus en plus de molécules. C'est pourquoi je peux présenter une expérience de quinze ans de prescription en DCI. Mes patients se sont très bien habitués à cette façon de prescrire, ma patientèle s'est développée normalement, et je n'ai pas encombré ma mémoire de noms de fantaisie totalement inutiles.

Bref, pour moi, c'est la prescription en « non-DCI » qui pose un réel problème. En effet, en prescrivant sous un nom de fantaisie, on oublie tout naturellement ce que l'on prescrit. Par contre, en prescrivant en DCI, on prend conscience de la réalité de notre prescription. Les « soupes », non prescrivables en DCI, se trouvent peu à peu chassées des habitudes de prescription. Les soi-disant nouveaux médicaments se trouvent

rattachés à leur famille, au point que parfois les fabricants essaient de faire changer la DCI (voir l'exemple du Zyban® = bupropion (2<sup>e</sup> DCI)=amfébutamone (1<sup>re</sup> DCI), c'est-à-dire amphétamine. (Revue Prescrire, n° 202, p. 191).

La prescription en DCI est facile, elle évite de surcharger sa mémoire, elle évite les doublons inutiles, elle entraîne obligatoirement un « toilettage » des prescriptions. Je crains que ce soit ce dernier point qui gêne réellement le plus d'intérêts, et qui explique les polémiques, peu compréhensibles pour le praticien de base que je suis.



**Vous êtes fatigués par le travail au quotidien.**  
**Vous êtes en colère du fait de la période politique actuelle.**  
**Vous croyez dans l'intelligence collective, dans l'importance de l'échange.**

Trois bonnes raisons pour nous retrouver et réfléchir ensemble  
les 9, 10 et 11 novembre prochains à Paris.

## 28<sup>e</sup> congrès du Syndicat de la Médecine Générale

**samedi 9 novembre : travailler autrement ensemble, le concret du métier**

La crise de notre système de soins va bien au-delà de la très grave pénurie quantitative en ressources humaines et matérielles actuelle qui met à mal le fonctionnement quotidien de nombreuses structures de soin.

C'est le contenu qualitatif des métiers du soin, les conditions d'exercice des uns et des autres de plus en plus inadaptées - qu'ils soient salariés ou libéraux - qui se sont dégradés et nous empêchent de soigner au mieux de nos capacités et compétences.

**dimanche 10 novembre : les perspectives du SMG,  
les moyens politiques du changement**

Face au malaise du monde des soins, le Syndicat de la Médecine Générale fait entendre une voix différente : le SMG ne s'est pas associé aux grèves de l'an dernier. Loin des dérives ultralibérales ou technocratiques actuelles, il veut promouvoir une réflexion pour une politique de soins différente qui privilégie une coopération transcatégorielle entre soignants, un accès aux soins pour tous, avec des rémunérations qui dépassent le paiement à l'acte.

C'est cette démarche que nous voulons relancer aujourd'hui avec toutes les énergies qu'elles soient individuelles ou déjà organisées. Comment ? Avec qui ? Sur quelles bases propositionnelles ?

C'est avec ces horizons que le SMG veut réfléchir, avec le plus de monde possible, adhérents et sympathisants, à son avenir.

**Pour tous renseignements concernant  
la participation aux débats et les possibilités  
d'hébergement, contacter :**

**Jocelyne Deville ou Marie-Odile Herter**  
Tél. : 01.46.57.85.85 - Fax : 01.46.57.08.60  
e-mail : [SyndMedGen@aol.com](mailto:SyndMedGen@aol.com)  
site : <http://www.smg-pratiques.info>



**Les antibiotiques peuvent être une arme thérapeutique formidable à condition d'être prescrits quand il faut et comme il faut. Quand on voit les extraordinaires différences de prescriptions dans les pays européens, on ne peut croire que le Danemark et La Grèce qui utilisent l'un 500 fois plus et l'autre 500 fois moins de céphalosporines que l'autre utilisent rationnellement cette classe d'antibiotiques. Si, comme cela est probable, la publicité induit des comportements imparfaits, doit-on tolérer toutes les publicités ? N'y a-t-il pas un code minimum de conduites acceptables ?**

Jean-Pierre Lellouche

Médecin pédiatre

# Antibiotiques

La France est détentrice depuis de nombreuses années d'un record dont on parle peu. Nous sommes les plus grands consommateurs d'antibiotiques. De plus, alors que dans de nombreux pays on assiste à une diminution de la consommation, la France, elle, a connu une augmentation entre 1994 et 1997. S. Mölsted et coll. ont comparé les prescriptions d'antibiotiques dans 13 pays européens et il est difficile de refuser leur constat qui est le titre de leur article « Antibiotic Prescription rates vary markedly between 13 European Countries »<sup>(1)</sup>. Dire que les prescriptions varient selon les pays est un euphémisme. L'exemple le plus net est celui des céphalosporines. Elles sont très largement utilisées en Grèce (501 prescriptions pour 1000 habitants), un peu moins en France (249) et en Italie (232) et beaucoup moins en Hollande (4) et au Danemark (1). On observe de nettes différences de prescriptions pour toutes les classes d'antibiotiques. Les macrolides sont beaucoup plus prescrits en Espagne, Grèce, Italie et France qu'en Grande-Bretagne, Suède, Hollande et Danemark.

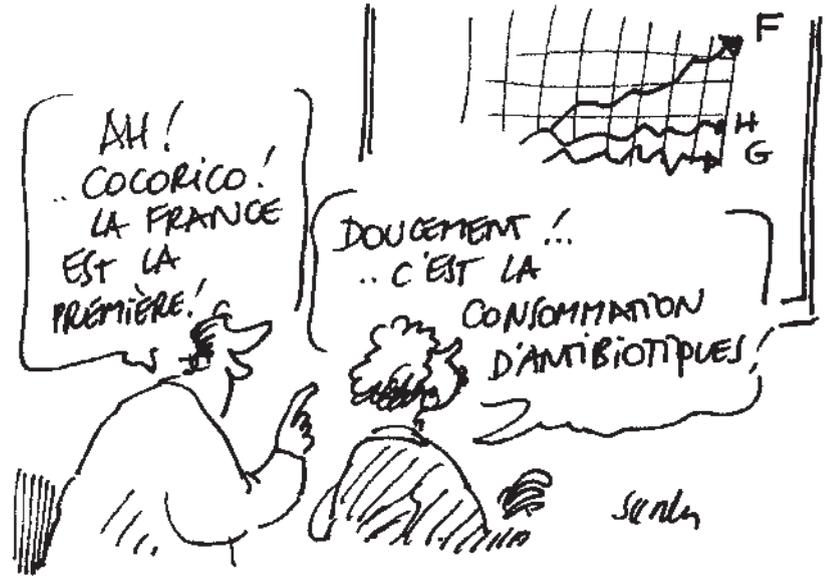
Par ailleurs, ce ne sont pas les mêmes macrolides ou les mêmes céphalosporines qui sont les plus prescrites dans chaque pays. L'azithromycine par exemple n'est à peu près jamais utilisée en Suède et aux Pays-Bas, alors qu'elle représente plus de la moitié des prescriptions de macrolides en Finlande. Les auteurs s'interrogent sur les raisons de ces différences de prescriptions. Ils rappellent que les antibiotiques sont principalement utilisés dans les infections respiratoires, dont la majorité, notent-ils perfidement, sont d'origine virale. Et ils suggèrent trois facteurs pour expliquer les variations importantes : a) variations des recommandations nationales b) traditions thérapeutiques c) les conséquences de l'activité publicitaire des laboratoires pharmaceutiques. Dans la mesure où les otites représentent une proportion importante des prescriptions d'antibiotiques, on peut se demander s'il ne serait pas possible de prescrire mieux ce qui, dans certains pays, dont le nôtre, serait synonyme de prescrire moins. Russell Steele et coll. dans leur article : « Patient, Physician, and nurse satisfaction with antibiotics »<sup>(2)</sup>, nous apportent quelques éléments complémentaires. Aux USA, la prescription d'antibiotiques lors d'une otite avoisine les 100 % alors qu'elle n'est que de 31 % aux Pays-Bas. Selon eux, outre les Pays-Bas, le Royaume-Uni et l'Allemagne sont en train d'adopter de plus en plus une politique d'utilisation sélective des antibiotiques. Ils rappellent les bases de cette politique sélective (abstention plus facile chez le grand enfant, nécessité d'un suivi au moins téléphonique, antibiothérapies moins prolongées, notamment chez le grand enfant...).

Il est intéressant de se reporter à l'article précédent et de constater que les trois pays qui privilégient l'antibiothérapie sélective (Pays-Bas, Royaume-Uni, Allemagne) comptent parmi ceux qui consomment le moins d'antibiotiques.

S Mollstad et coll. évoquent l'effet des publicités pour expliquer une partie des différences de prescription. Ces différences ne sont, en effet, pas expliquables par des considérations sanitaires : rien ne justifie que les céphalosporines soient 500 fois plus souvent utilisées en Grèce qu'en Hollande. Ces différences signifient que dans certains pays, les otites sont mal traitées, que les antibiotiques ne sont pas utilisés au mieux et que des résistances se développent beaucoup plus que si les antibiotiques étaient utilisés de façon rationnelle et prudente.

On pourrait citer à peu près toutes les publicités pour montrer qu'elles ne contribuent pas à une approche rigoureuse et responsable de la question de l'utilisation des antibiotiques. Zithromax®, par exemple, nous montre un enfant qui sort la langue et cela s'accompagne d'un « c'est moi le plus fort » dont on ne sait pas bien s'il concerne l'enfant ou le produit. Augmentin® met en scène deux personnages dont l'un dit « un antibiotique sans talon d'Achille ? » à quoi l'autre répond « restons modeste ! » Mais c'est la publicité d'Orelox® qui semble s'éloigner encore plus du terrain du rationnel. On voit un homme qui porte un bébé. L'enfant est nu contre le torse nu de son père et le slogan publicitaire est « force et tendresse ». On imaginerait que pour un antibiotique, il soit intéressant de connaître son spectre d'activité ou son métabolisme ou sa durée d'action. Non, on nous parle de sa force et de sa tendresse. Qu'est ce que la tendresse d'un antibiotique ? Le jour où les médecins découvriront qu'ils ont le droit d'exiger qu'on leur parle sérieusement, le jour où ils découvriront qu'ils ont le droit (et même le devoir) de se poser des questions et de poser des questions, il y aura selon toute vraisemblance moins d'anarchie. Les otites seront-elles mieux traitées ? Selon toute probabilité, oui. Les résistances aux antibiotiques seront-elles moins fréquentes ? Là encore, vraisemblablement oui. Notre pays y perdrait la médaille d'or de la consommation d'antibiotiques, les publicitaires seraient davantage surveillés et moins libres de s'adonner au n'importe quoi cynique et surtout nous, médecins, pourrions chercher à aborder sérieusement les problèmes de santé.

Chaque fois que je lis un article à propos des antibiotiques, il me revient en mémoire deux phrases



du professeur Worms dans la *Revue du Praticien* du 7 décembre 1970 : « Mais le grand tort a été de présenter l'antibiothérapie, tout en dissimulant ses dangers éventuels, comme une thérapeutique à la fois omnipotente et routinière. De là, tant de prescriptions abusives et d'erreurs de prescription. La faute en revient assurément à la mauvaise information, que dans ce domaine, le praticien reçoit. Celle-ci se transforme trop souvent en une propagande dont les outrances et les omissions ont de bien fâcheuses conséquences » et il écrit aussi « Loin de tolérer la diffusion la plus large et la plus hâtive à laquelle, sous la poussée publicitaire, tout nouvel antibiotique est soumis, il conviendrait, surtout si celui-ci possède un large spectre, de le soustraire à la compétition, pour en réserver le bénéfice aux cas les plus graves. À ce prix, son pouvoir gagnerait en durée. » Il y a 32 ans, on savait que les antibiotiques n'étaient pas utilisés de façon rationnelle, au mieux des intérêts de la santé. On savait que la publicité était souvent une propagande dont les outrances et les omissions ont de fâcheuses conséquences. Faudra-t-il attendre 32 ans encore avant de commencer à prendre des mesures ? Je propose que l'on se donne comme objectif minimum d'interdire en 2034 de vanter la tendresse d'un antibiotique. Mais rien ne nous oblige à attendre 2034 !

1. *Scand Journal of infectious diseases* 34;366-371;2002.

2. *Clinical Pediatrics* June 2002 285-299.

Marie-Jeanne Martin

Médecin généraliste

# Quelques centimètres carrés de muqueuse

La demande de réfection d'hymen me semble devenir plus fréquente ou redevenir plus fréquente.

J'ai l'impression que cette demande qui ne me paraissait plus qu'épisodique, devient plus régulière et courante.

Actuellement, elle concerne des jeunes femmes d'origine maghrébine, le plus souvent nées en France et/ou y ayant toujours vécu.

La demande peut venir de la famille qui prend conscience du mode de vie de leurs jeunes filles, mode de vie adapté à leur environnement et non à la tradition brutale qui ne sait se remettre en cause. Cette prise de conscience se fait à l'occasion de la découverte d'une plaquette de pilule, d'une grossesse, d'une IVG. Ces familles « libérales » en viennent alors à excuser une erreur de jeunesse que l'on doit réparer et qui ne doit pas se reproduire.

La demande peut venir du jeune couple qui prévoit de se marier. Là encore, ils ont vécu en accord avec la société, mais la tradition les rattrape.

Cela peut-être la jeune femme qui, devant satisfaire à une demande de mariage, fait cette démarche.

De quelqu'endroit que vienne la demande, cela me plonge dans un abîme de contradictions, cela me met dans le paradoxe le plus total.

D'une part, je ne peux me voiler la face, décidément non, devant le danger dans lequel se trouvent ces jeunes femmes, car il y a réel danger, dans certaines circonstances, dans certains lieux, pour ces femmes, à ne pas satisfaire à la tradition.

D'autre part, entrer dans cette demande me met en situation de caution pour ces sociétés tyranniques, machistes, aliénant les femmes. Alors, bien sûr à l'échelon individuel, la question ne se pose pas, je ne suis pas en droit de laisser ces femmes dans le danger s'il est en ma compétence de l'éloigner. De même qu'il fallait faire des faux papiers aux juifs et aux gitans, qu'il fallait épouser les homos, de même il faut accéder à cette requête. Et toutes mes tentatives à mettre des mots là-dessus avec ces jeunes couples, à donner sens, me semblent n'être que du vent.

Quand je jette un œil juste derrière, décidément les choses ne bougent pas comme cela semblait s'orienter.

Mon inquiétude est grande, quand, à l'heure de la vague bleue, quelque ministre ou secrétaire d'Etat fricote avec des arguments hygiénistes pour la réouverture de lieux de prostitution, quand, au XXI<sup>e</sup> siècle, l'Etat pense à réinstitutionnaliser l'exploitation des femmes dans ce qu'elle a de plus destructeur. On le sait, toutes les atteintes à la démocratie et à la liberté commencent par l'aliénation des femmes.

Et c'est bien là que nous sommes, nous démocrates, tolérants des usages divers, défenseurs du respect de la différence de l'autre. Nous sommes là, à taire et à cautionner l'inadmissible.

Voilà où j'en suis de mes réflexions, pas bien loin, pas bien construit, pas bien fière. Cela m'inquiète terriblement. En effet, ces discussions tabous autour de quelques centimètres carrés de muqueuse sont emblématiques de la situation actuelle de notre société.

Mon interrogation sur mon devoir de femme et de citoyenne d'une république démocratique reste entière.

Comment faire avec ça, ou plutôt contre ça ? Comment se mettre en lutte, par quels moyens, j'allais dire avec quelles armes ? N'en sommes-nous pas là ?

Bertrand Riff

*Médecin généraliste*

J'ai bien lu et relu ton texte.

Il me laisse un arrière goût de... perplexité.

Ou j'ai vieilli et les années m'ont abrasé, arrondi, adouci, ou tu as gardé ta fougue et ta jeunesse, ou les deux ? Bref, quand une femme me demande une réfection d'hymen, moi qui ai refusé de les faire en Algérie et accepté de les faire en France, voilà ce que je me dis :

Cette femme a fait l'amour, a fait exploser son hymen comme un acte révolutionnaire, peut-être, c'est cela aussi faire la révolution.

Je ne peux que lui dire mon admiration et lui demander si elle en garde un bon souvenir.

Elle me dit qu'elle a fait la révolution, qu'elle a mis une rupture dans l'histoire, mais que là, elle a un peu peur, ou elle a envie de souffler, ou elle a envie de minimiser les risques.

Moi, je lui dis qu'elle a raison, si elle ne se sent plus suffisamment forte pour la guerre, il vaut mieux entrer en résistance et ressembler à l'ennemi. Les héros ont une vie plutôt brève et ascétique ! Cela n'enlèvera jamais le fait que cette femme ait fait un acte révolutionnaire.

Qu'en fera-t-elle dans son histoire ? Comment

le dira-t-elle à ses filles, à ses fils ? De toutes les façons, cet acte de transformation de la société ne pourra jamais être effacé de l'inconscient de cette femme ni de la société dans laquelle elle vit.

Je me dis aussi : qu'est-ce que l'Occident donne à voir à ces pères, un regard occidental sur le corps des femmes, libéré en loft, marchandisé comme on dit maintenant. Bref la libération des corps a profité à tous et aussi au fric.

Enfin je m'égare.

Je voyais ce matin au cabinet une femme de 25 ans française, de père marocain qui, à l'âge de 21 ans, avait eu le courage de dire non au mariage forcé au pays décidé par le père et arrangé par la mère. Elle avait fui la séquestration. Bref, elle avait posé un acte révolutionnaire. Elle ne voyait plus sa famille, était exploitée au boulot par un petit chef beur, déprimée, malade mais libre. Je lui ai fait part de mon admiration pour son courage. Peut-être que j'étais le premier à lui présenter l'histoire de cette façon là. On a parlé de la guerre, car elle était entrée en guerre sans l'avoir conceptualisé et ne comprenait pas la violence dans laquelle elle vivait.

Bref j'ai fait de la politique médecine, penseur de plaie, penseur de révolte.

# Un acte révolutionnaire

## réponse à

# Marie-Jeanne Martin

**L'auteur décrypte le contenu du programme de santé publique décidé par la Communauté européenne pour la période 2003-2008. Il en critique les modalités très technocratiques de mises en application sans réelle consultation démocratique. Dans ce jeu très complexe et opaque pour le citoyen européen, seuls les lobbies puissants et bien organisés tels ceux existant en Grande Bretagne arrivent à peser d'un certain poids sur la prise de décision politique. La France est à la traîne de ce point de vue. Par ailleurs, 70 % des molécules nouvelles dans le domaine du médicament sont issues de la biotechnologie. Elles constituent le fer de lance d'une médecine prédictive qui monte en puissance avec la question du contrôle social augmenté qui en découle.**

Laurent Dianoux

*Biologiste, membre du GEL*

# La santé publique, l'Europe et la société civile

**Un Programme européen d'action communautaire en santé publique.** Le domaine de la santé publique relève de la compétence des Etats membres en vertu du principe de subsidiarité, le système médical et de protection sociale est donc propre à chaque pays. Le niveau communautaire est venu en complément des politiques nationales et s'est imposé à l'occasion des crises sani-

taires et la résurgence de maladies contagieuses. Le traité d'Amsterdam signé le 2 octobre 1997 et entré en vigueur le 1er mai 1999 comporte un Titre XIII sur la santé publique décrivant en son article 152 le rôle de la Communauté : « Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté ». Ces actions sont menées dans le cadre d'un programme d'action communautaire qui repose sur trois volets, l'améliora-

tion des connaissances, l'adoption de mesures législatives et la prévention de certaines maladies. La recherche sur les causes des grands fléaux, leur transmission, leur prévention ainsi que l'information et l'éducation en matière de santé font partie de ces actions. La recherche et le développement technologique sont définis par le Titre XVIII du traité d'Amsterdam. L'objectif est de renforcer les bases scientifiques et technologiques de l'industrie et de favoriser le développement de sa compétitivité internationale et de promouvoir les actions de recherche jugées nécessaires au titre des autres chapitres du traité. Cette recherche est organisée dans le cadre d'un programme-cadre pluriannuel qui reprend l'ensemble des actions de la Communauté et qui est arrêté par le Conseil après consultation du Conseil économique et social. La mise en

**Génétique et Liberté**

45 rue d'Ulm

75005 Paris

Tél. : 01 43 72 40 96

Fax : 01 43 72 40 90

e-mail : [gel@genetique-et-liberte.asso.fr](mailto:gel@genetique-et-liberte.asso.fr)

[www.genetique-et-liberte.asso.fr](http://www.genetique-et-liberte.asso.fr)

œuvre de ce programme-cadre est réalisée au moyen de programmes spécifiques développés à l'intérieur de chacune des actions, qui sont arrêtés par le Conseil sur proposition de la Commission et après consultation du Parlement européen et du Comité économique et social. Le 6e PCRD (programme cadre de recherche et développement), qui va couvrir la période 2003-2006, a été élaboré de façon plus large, la sélection des thèmes est maintenant terminée. Le thème citoyenneté et gouvernance a eu beaucoup de mal à mobiliser, la participation des élus y a été très déficitaire, alors même que le droit à la santé y était inclus.

**Une absence de mise en démocratie.** Dans ce domaine comme dans d'autres, l'élaboration de ces programmes, leur mise en place et leur évaluation ne sont pas l'occasion d'une mise en démocratie qui permettrait à la société civile organisée et active d'exercer un pouvoir consultatif. Faute de cette possibilité, on reste devoir tout attendre des partis, des instances européennes (Conseil, Commission, Parlement) et faire confiance à nos dirigeants. Cette intervention de la société civile est un enjeu en terme de formation des citoyens petits et grands, et comporte une dimension éducative et culturelle pour faire face à la technicité des procédures et des argumentations. Quand on observe la place relative des différents pays dans la Communauté, celle de notre pays est inférieure à celle des Pays-Bas, la Grande-Bretagne est en tête largement, preuve de notre absence de stratégie pour peser sur les décisions. A l'heure où la Communauté élabore d'ici à mai 2003 une Convention européenne qui s'imposera à tous sans que les citoyens aient eu à en débattre, sans que cette constitution ne puisse être le reflet d'un mouvement social et civique fort, leur préoccupation devrait être la construction dans l'espace national d'organisations de la société civile. L'enjeu est la démocratisation des instances européennes, le Conseil, la Commission comme le Parlement, la formation de citoyens actifs et formés et le développement des capacités d'expertise. L'absence d'agenda politique, de contrôle de l'exécutif,

d'affirmation de principes non marchands qui puissent équilibrer les logiques prédominantes, devrait pousser à l'émergence de mouvements à l'échelon de la nation (l'Etat fait écran entre les citoyens et l'Europe) qui aient une visée européenne. Il ne s'agit pas de vouloir imposer des régulations, mot dont la définition est creuse, mais de véritables contrôles dans les phases d'élaboration et des évaluations ex-post des politiques.

**Le programme d'action communautaire pour la santé publique 2003-2008.** Le Parlement européen vient de se prononcer en troisième lecture en date du 3 juillet et de façon unanime sur un rapport concernant le programme d'action communautaire pour la santé publique 2003-2008 en attribuant 312 millions d'euros. Le retrouver dans le site du Parlement n'est pas complètement trivial et sa seule version anglaise n'arrange rien<sup>(1)</sup>. Sans entrer dans les détails des différentes phases d'élaboration qui ont suivi nombre d'étapes, ce programme fait suite à la période 1996-2000 prolongée et la reconduction par financement rallongé par le Parlement. La DG SANCO (direction de la santé de la Commission Européenne) publie actuellement des bilans des actions financées dans les huit programmes précédents comme l'éducation à la santé, la nutrition, les maladies cardiovasculaires, qui comportent des recommandations aux autorités. Ce document accepté par le Parlement devient donc définitif après que le contenu aura été baptisé de futur possible, vraisemblable, presque définitif. Les considérants sont bien compréhensibles : assurer un haut niveau de protection de la santé pour tous, prendre en compte les besoins de cohésion sociale, assurer une meilleure coordination, disposer de meilleures capacités d'analyse, rendre les bases de données compatibles pour autoriser les comparaisons, échanger les informations sur la surveillance épidémiologique, les actions de prévention et de contrôle, et améliorer les réactions face aux menaces pour la santé. Les objectifs principaux sont le développement d'une stratégie de santé entre secteurs pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques

communautaires, et l'amélioration de la qualité de vie pour tous par la réduction des impacts sociaux et économiques du mauvais état de santé et des inégalités face à la maladie. Les moyens pour y parvenir : la nécessité de la coopération d'un maximum de partenaires, la prise en compte des facteurs principaux de risque pour la santé comme les maladies infectieuses, les pollutions, les contaminations alimentaires. L'ambition est de faire raisonner sur 15 pays au moins, impliquer des organisations de sommet et de terrain, proposer des projets innovateurs et pilotes extensibles aux différents pays. Là comme dans d'autres domaines, l'accent porte sur l'informatisation des données dans l'UE pour permettre les systèmes d'échange d'information, d'alerte, de signalements, d'actions, et sur la coopération entre institutions comme l'OMS, le Conseil de l'Europe, l'OCDE, la FAO, pour limiter les redondances, accroître l'efficacité d'ensemble et créer les synergies possibles. Ce programme démarrera début 2003 et se fixe comme stratégie d'améliorer l'information et les connaissances nécessaires au développement de la politique de santé publique, d'accroître les capacités de réponse rapide et coordonnée face aux menaces envers la santé, la promotion de la santé et la prévention des affections en agissant sur les déterminants de santé.

Les dispositions réglementaires et organisationnelles sont prévues et leur mise en œuvre se fera par le programme annuel de travail qui précisera les instruments financiers, le financement, le mode d'évaluation, la mise sur pied d'un comité ad hoc. En dehors des pays de l'UE, ce programme concerne les pays de l'Association Européenne de Libre Echange, les pays associés de l'Europe centrale et orientale, Chypre, Malte et la Turquie. Rien de neuf en UE, les programmes seront subventionnés après une évaluation par des experts, les priorités seront affichées de manière cadencée, seuls les candidats au fait des documents existants pourront répondre (livres blancs, verts, sur les sujets comme la sécurité alimentaire, les produits chimiques, la bio-sécurité, les politiques vaccinales). Les pays candidats à l'UE seront sûrement à joindre et la conjonction

d'épidémiologistes, méthodologistes et spécialistes de l'action publique sera favorisée. Sur le papier l'ambition est affirmée et l'essentiel de ce programme de santé publique teint en peu de mots : élargir au maximum le partenariat et se préoccuper des actions. Puisque la libre circulation des personnes est une réalité des citoyens de la Communauté, l'accès aux soins de qualité partout est devenu l'enjeu. Ce programme concerne toutes les personnes travaillant en santé publique, sur les analyses de risques, les systèmes de réaction sanitaire, les aspects juridiques et sociologiques, la gestion des crises, la modélisation des diffusions de pathogènes. Puisque l'ambition des acteurs de la revue *Pratiques* est de développer une certaine radicalité dans leur vision des questions liées à la santé, celle-ci ne peut plus se passer d'une ambition à l'échelle de l'Europe. Ce qui impose de réfléchir à des modes d'intervention qui puissent permettre de peser sur les décisions mais aussi de développer une expertise collective qui autorise une participation à ces programmes. A titre d'exemples sur les oppositions qui se manifestent, en voici deux :

**1° L'opposition anglaise sur les qualifications professionnelles.** Au même moment l'ensemble des professionnels de la santé britannique s'oppose à la mise en place d'une nouvelle législation en discussion à Bruxelles sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Elle vise à faciliter la mobilité professionnelle au sein de l'UE en fusionnant en un seul texte différentes directives existantes et en y incorporant des nouveautés et des simplifications. Une nouvelle association, l'AURE<sup>(2)</sup> (Alliance of UK Health Regulators on Europe), réunit dix associations et autorités de régulation de différents corps de métiers de la santé (médecins, pharmaciens, infirmières...) pour faire du lobbying d'opposition. Elle considère que cette législation entraîne des risques pour la protection du public et la sécurité des patients, en particulier à cause des points suivants :

- l'autorisation pour un professionnel d'un pays donné de travailler dans un autre pays pendant quatre mois avant de devoir s'inscrire auprès des autorités locales comme le conseil de l'ordre.

Cette mesure réduit les possibilités de recours du public en cas de problème et offre un débouché à l'étranger à des personnes moins qualifiées ou en délicatesse avec les autorités de leur pays.

- la suppression des comités consultatifs (« Advisory Committee on Training ») spécifiques pour chaque profession et du « Committee of Senior Officials on Public Health » (CSOPH) au profit d'un unique comité, commun à toutes les professions. Selon l'AURE, un tel comité ne pourrait pas disposer des compétences et de l'expertise nécessaires pour superviser les problèmes spécifiques aux métiers de la santé.

- la reconnaissance des équivalences de diplôme entre les différents pays, avec la menace d'un nivellement par le bas du minimum requis.

- les exigences en matière de langue, sur lesquelles la réglementation n'est pas suffisamment claire. En particulier, l'AURE souhaite que le pays hôte puisse exiger le passage d'un test de langue avant d'autoriser la pratique de la profession.

## 2° La pétition contre la politique européenne

sur les médicaments. Au même moment les propositions de Directive et de Règlement relatifs au Médicament préparées par la Direction générale Entreprises de la Commission Européenne font l'objet d'une pétition initiée par l'Association *Mieux Prescrire*<sup>(3)</sup>, auprès des députés européens pour essayer d'imposer de nouvelles orientations à la politique du médicament. Dans l'UE, le médicament est rattaché à la Direction de l'industrie ce qui ne privilégie ni l'indépendance ni la transparence. L'Agence européenne du médicament<sup>(4)</sup> (l'EMA), dépend entièrement de l'industrie pour son financement. Les mesures mises en avant par cette pétition affirment que la logique de santé publique doit placer la santé publique avant la politique industrielle, en respectant des règles de fonctionnement sur l'indépendance financière, le libre accès aux données financières, la centralisation des procédures, l'information correspondant au bon usage, et la transparence des coûts.

**Les industries de la biotechnologie.** Elles constituent à la fois un secteur emblématique des promesses que l'industrie moderne peut faire à la

collectivité et, en même temps une loupe grossissante des problèmes français. Ces promesses dans le domaine de la santé qui permettront à la collectivité de bénéficier de médicaments nouveaux, susceptibles en particulier de soigner de nombreuses maladies encore incurables, se réalisent déjà pour partie puisque 70 % des molécules nouvelles sont maintenant issues du secteur biotechnologique. Ce secteur est l'avenir de la pharmacie, il mobilise une importante recherche et développement, il constitue un champ d'expérimentation sur l'imbrication entre recherche fondamentale publique, création d'entreprises, investissement public et capital-risque, et les retombées en termes de santé publique pourront légitimer l'aide publique. Voilà pour le discours officiel. Mais les questions liées à la généralisation des biotechnologies médicales ne sont pas discutées dans l'espace public en termes d'enjeux d'ordre socio-économique et politique. La primauté de l'Europe reste la compétitivité des entreprises et les logiques industrielles prévalent aux choix. Dans le domaine de la santé, l'option biotechnologique est privilégiée au nom de la création d'emplois, les grands programmes de recherche centrés autour des pôles d'excellence et de réseaux en faible nombre favorisent l'industrialisation des procédures et le choix de la généralisation de la médecine prédictive comme mode de gestion des susceptibilités individuelles s'inscrit dans le cadre d'un nouveau régime général de gouvernement des populations comme moyen d'un contrôle social plus affiné.

---

1. voir à l'adresse :

[http://www.db.europarl.eu.int/oeil/oeil\\_ViewDNL.ProcedureView?lang=1&procid=4233](http://www.db.europarl.eu.int/oeil/oeil_ViewDNL.ProcedureView?lang=1&procid=4233)

Arrivé à cette page, cliquer sur C5-0204/2002 à la ligne Projet Commun. Vous pourrez alors le télécharger...

2. voir à l'adresse : [www.aure.org.uk](http://www.aure.org.uk)

3. cf. article p. 68

4. voir : [www.emea.org.uk](http://www.emea.org.uk)

Denis Labayle

Médecin gastro-entérologue

# Mort par gâchis

Lui était israélien, bêtement accidenté, amené en ambulance à l'hôpital de Génine, peu de temps avant que la ville ne soit investie par les militaires de son pays. L'autre était palestinien, médecin chef à l'hôpital de Génine, appelé pour prendre ce blessé en urgence. Il répond : bien sûr. Question d'éthique, question d'humanité. On ne laisse pas sur le bord de la route un homme accidenté quelle que soit sa couleur ou sa nationalité. Je ne doute pas une seconde que la situation inverse aurait pu se dérouler de la même façon dans l'hôpital israélien qui est situé à quelques kilomètres de Génine. Du reste, autrefois, avant les événements récents, avant la deuxième Intifada, on se connaissait entre médecins et chirurgiens des deux pays, on échangeait compétences, conseils et même à l'occasion médicaments. On savait qui faisait quoi, avec sa spécialité et ses compétences. J'ai un gamin à opérer, tu pourrais me donner un coup de main. Et on faisait la distance entre les deux hôpitaux pour rencontrer les collègues. Sans angélisme, les rivalités étaient toujours là, l'histoire brûlante et les blessures ouvertes mais on se parlait entre professionnels, on échangeait, avec l'arrière-pensée qu'en dialoguant, on apprendrait à se comprendre et qu'un jour, peut-être... Tout cela, c'était avant... Le blessé israélien arrive donc mal en point, avec une hémorragie active. On l'emmène au bloc opératoire. Lui, le chirurgien palestinien commence à l'opérer, fait l'hémostase. Pendant qu'il est au bloc opératoire, les autorités militaires israéliennes l'appellent : Arrêtez tout. Vous n'êtes pas habilités à le soigner. Nos médecins vont le prendre en charge. Amenez le blessé à cinq kilomètres de là, un hélicoptère le dirigera vers un hôpital de la capitale. A Génine, on obéit aux hommes en treillis. Le blessé, perfusé, ventilé est mis dans une ambulance. On l'emmène au carrefour où des médecins militaires israéliens sont censés l'attendre. Mais... rien, personne, pas de médecin, pas d'hélicoptère. Du côté palestinien, on s'inquiète, on téléphone, on appelle la hiérarchie adverse, on parlemente, on attend. Et pendant ce temps on ventile le blessé. Devant la gravité du patient, le médecin chef palestinien propose de le ramener à l'hôpital de Génine. Pas question, les ordres sont formels. Arrive enfin un Israélien envoyé par la hiérarchie militaire. Vous êtes médecin lui demande le Palestinien ? Non, répond l'autre, on m'a demandé de venir. J'ai obéi. Que puis-je faire ? Tenez. Prenez le ballon de ventilation, je vais rappeler vos autorités. Les heures passent. En fin de journée, arrive l'hélicoptère, emmène le blessé qui... meurt à l'arrivée. Si le Palestinien l'avait opéré, l'Israélien serait en vie.

Celui qui me rapporte l'anecdote est le médecin chef de l'hôpital de Génine, de passage par Paris. Quel gâchis, me dit-il. Avec nos collègues de l'hôpital israélien voisin, on ne se parle plus. Il faut dire que depuis, sa ville a été détruite et des fous se sont fait exploser de l'autre côté. La destruction de sa ville, il nous l'a racontée : l'interdiction d'aller chercher les blessés, l'hôpital bloqué sans ressources, l'impossibilité d'enterrer les morts, surtout, surtout... l'absurde. Car au-delà de la violence alimentée de part et d'autres par des frustrés, il y a la bêtise, la destruction brutale de relations tissées lentement, patiemment. Et quand l'absurde gère le quotidien, le pire n'est pas encore arrivé. Le chirurgien avait réussi à filmer en cachette toute l'occupation de sa ville. Un document unique mais il n'a pas trouvé preneur auprès des médias. Il est vrai qu'on était au mois d'août, fatigués par deux élections, un tour de France médiocre et un mondial de foot minable. Ça fait beaucoup à encaisser. Et la météo exécrable. Alors, Génine...

**A l'occasion de la préface de *La révolte contre la déshumanisation de la médecine*, Paulo Henrique Martin, éditions Vozes, paru au Brésil, l'auteur remet en cause la croyance de l'institution médicale en sa scientificité inquestionnable, et affirme, à la suite de Marcel Mauss, l'articulation intime du biologique et du social, toujours médiatisée par le psychique et le symbolique. Il aborde la question de la déshumanisation de la médecine en la reliant à la question du don : la logique du don et de la réciprocité peut reconstruire l'alliage aujourd'hui défait entre l'expertise scientifique, le don de guérir et le don de soi qui caractérisait le médecin.**

**D**ans une communication présentée devant la société de psychologie, et par laquelle Marcel Mauss entendait en somme apporter aux psychologues une sorte de don de connaissance destiné à sceller l'alliance qu'il avait appelée de ses vœux entre psychologues et anthropologues-sociologues, il rassemble une masse impressionnante de faits, tirés de l'ethnologie de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Tous, conformément au titre de cette communication, illustrent ce que Mauss appelle *l'Effet physique chez l'individu de l'idée de mort suggérée par la collectivité*. [1926, Extrait du *Journal de Psychologie normale et pathologique*, 1926. Repris in Marcel Mauss, *Sociologie et Anthropologie*, 1ère édition, 1950, PUF. Édition utilisée, 1966] Il ne s'agit pas des faits de suicide, par ailleurs fréquents dans les sociétés archaïques, mais de « ces cas de mort, autrement frappants, nous dit M. Mauss, causés brutalement chez de nombreux individus... tout simplement parce qu'ils savent ou croient (ce qui est la même chose) qu'ils vont mourir. Le sujet ne se croit en rien malade mais, pour des causes collectives précises, en état proche de la mort » (p. 313). « Cet état, ajoute Mauss, « coïncide généralement avec une rupture de communion, soit par magie, soit par pêché, avec les puissances et choses sacrées dont la présence, normalement, le soutient » (p. 314). Lorsque des médecins occidentaux ont l'occasion d'examiner ces sujets, qui à la suite d'une infraction ou d'un sort se croient condamnés, ils ne constatent aucune lésion organique ou anatomique d'aucune sorte. Les sujets meurent pourtant très systématiquement, dans un délai d'environ un mois ou deux, ou parfois même deux ou trois jours. « Un homme qui se croit enchan-

Alain Caillé

*Professeur de sociologie  
à l'université de Nanterre  
directeur de la revue du MAUSS  
(Mouvement anti-utilitariste dans  
les sciences-sociales).*

# La révolte contre la déshumanisation de la médecine

**MAUSS**  
3 avenue du Maine  
75015 Paris  
Tél. 01 42 84 17 03  
Fax. 01 42 84 24 17  
e-mail : [Mauss1981@aol.com](mailto:Mauss1981@aol.com)

té meurt, voilà le fait brutal, et innombrable » (p. 319), résume Mauss qui rappelle par ailleurs, et en contraste de cette faiblesse psychique, l'extraordinaire résistance physique des aborigènes, des papous ou des Maoris. Tous, pourtant, sont tout aussi extraordinairement sujets et prompts à mourir de « péché mortel » (p. 325). Méditons sur le sens de cette expression. Ce n'est pas dans l'au-delà, bien plus tard, mais ici bas et presque immédiatement, que le péché, l'infraction contre la loi non écrite, qu'elle soit volontaire ou involontaire, se révèle mortelle. Des multiples exemples rapportés par Mauss, retenons seulement celui-ci :

Conquis en 1835 par les Maoris, les Morioris de l'île Chatham virent leur nombre rapidement réduit de 2 000 à 25. Leurs vainqueurs, les Maoris, expliquent : « Ce n'est pas le nombre que nous en avons tué qui les réduisit ainsi. Mais, après les avoir pris comme esclaves, nous les trouvions très souvent morts le matin dans leurs maisons. C'était l'infraction à leur propre *tapu* qui les tuait (l'obligation de faire des actes qui desséchaient leur *tapu*). Ils étaient un peuple très *tapu*. » (p. 328). Serait-il excessif de dire, en un langage plus moderne : « Ils étaient un peuple très symbolisateur, très immergé dans le symbolisme ? »

### La médecine scientifique est-elle scientifique ?

Comprenons-nous les faits de cet ordre, dont Mauss écrit qu'ils sont « de ceux où la nature sociale rejoint très directement la nature biologique de l'homme » (p. 329) ? Mais comprenons-nous mieux qu'aujourd'hui encore, dans un pays moderne et « rationnel », la France par exemple, la majorité des maladies examinées par les médecins généralistes soient considérées comme « fonctionnelles », c'est-à-dire inassignables à une cause organique objective ? Nous sentons bien qu'il existe une relation étroite entre cette dimension inobjectivable de nombre des maladies et l'explosion, en France aussi, des médecines douces et/ou alternatives. Mais au-delà du

constat empirique, comment penser cet ensemble de phénomènes ? Sommes-nous même bien sûrs de savoir ce que signifie « être malade » ou « guérir » ? Pour faire ressortir tout l'enjeu de ces doutes et de ces incertitudes, il nous faut comprendre à quel point ils rendent problématique l'image que la médecine moderne, « scientifique », ce que Paulo Henrique Martins appelle à juste titre la biomédecine, aime à avoir et à donner d'elle-même. Elle ne disconvient pas, au contraire, qu'il existe des effets placebo, des troubles qui relèvent de la psychiatrie. Voire, à la rigueur, des maladies dites psychosomatiques. Mais c'est, en quelque sorte, pour le regretter et s'en scandaliser. Oui, il y a des malades qui guérissent sous l'effet de la croyance qu'ils vont ou qu'ils devraient guérir — comme ces Australiens ou ces Maoris dont nous parlions à l'instant mouraient sous l'effet de la croyance qu'ils allaient mourir —, mais ça ne devrait pas exister. La science va porter remède à tout cela. Ces sujets tombent malades ou guérissent parce qu'ils sont irrationnels. Quand la science médicale aura suffisamment progressé, elle pourra extirper définitivement dans les faits ces maladies ou ces guérisons irrationnelles qu'elle a déjà fortement condamnées en droit.

Mais est-il si sûr que la médecine moderne, la biochimie, soit en effet « scientifique » ? Telle est la question iconoclaste et radicale que pose avec aplomb et fermeté Isabelle Stengers, une des principales épistémologues et historienne des sciences contemporaine. Elle relève tout d'abord combien il est étrange, pour une discipline qui prétend à la scientificité au titre de sa dimension expérimentaliste, de considérer avec un mépris souverain, les résultats obtenus par ceux qu'elle qualifie avec dégoût d'« empiristes », homéopathes, guérisseurs, acupuncteurs, ostéopathes, étioopathes ou autres sorciers et chamanes. Isabelle Stengers fixe admirablement le postulat central et paradoxal de la médecine qui se proclame scientifique : « La guérison ne prouve rien » [Stengers, « Le médecin et le charlatan », in Tobie

Nathan et Isabelle Stengers, *Médecins et sorciers*, Editions Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 1999 p. 121]. Non seulement, insiste-t-elle, la médecine moderne réitère systématiquement cette affirmation mais c'est celle-ci qui la constitue et qui la définit comme médecine moderne et « scientifique », en mettant en scène son opposition imaginaire constitutive aux charlatans et à l'irrationalité, qu'elle façonne et institue du même coup en retour. Or, poursuit I. Stengers, le régime de scientificité de la médecine expérimentaliste est tout à fait problématique. Il n'est possible en effet de la rapporter à aucune de ces expériences cruciales, à aucun de ces événements fondateurs — telle l'expérience de Galilée —, qui fait la différence décisive entre les sciences théorico-expérimentales effectives et les pseudosciences expérimentales (comme la psychologie expérimentale) [p. 131]. Contrairement à ce que le biomédecine aimerait croire, l'écart considérable entre les croyances que l'expérimentation permet de démonter, négativement, et la capacité à expliquer de manière positive les situations rencontrées, « n'a rien d'anecdotique », conclut I. Stengers ; « La question de l'imagination est le symptôme d'une contradiction pratique entre les exigences qui définissent le laboratoire et les exigences qui définissent le mode d'existence des êtres qui y sont interrogés. » [p. 140].

Quelle portée précise devons-nous attribuer à cette remise en cause surprenante mais aussi potentiellement salutaire de la croyance de l'institution médicale en sa scientificité inquestionnable ? Devons-nous suivre jusqu'au bout l'offensive bien plus vigoureuse encore menée contre elle par le co-auteur principal du livre où paraît la contribution d'I. Stengers, l'ethnopsychiatre Tobie

Nathan ? Ce dernier, spécialiste des troubles psychiques des populations immigrées du Maghreb et de l'Afrique noire, et qui dans tout un ensemble d'ouvrages qui ont fait du bruit, défend l'idée qu'ils ne peuvent être soignés que par les médecines qui font sens pour leurs cultures — et notamment la sorcellerie —, mène une attaque en règle non seulement contre la biomédecine, la médecine techniciste et objectivante, mais aussi contre la psychiatrie et la psychanalyse. La psychopathologie occidentale partage en effet avec la médecine scientiste, montre-t-il dans un texte récent [Tobie Nathan, « Manifeste pour une psychopathologie scientifique », in Nathan et Stengers, op. cit.] un même présupposé central et constitutif, celui que la maladie et le symptôme sont étroitement liés à la personne malade et à elle seule. En quelque sorte, elle lui appartient et vient de l'intérieur d'elle-même. La maladie, par ailleurs, résulte de l'action d'agents en princi-



pe visibles ou qui, comme les microbes, ou les gènes, sont susceptibles de le devenir pour peu qu'on dispose d'instruments d'observation suffisamment puissants et efficaces. La conséquence du traitement, écrit T. Nathan, qu'il s'agisse de biomédecine ou de psychanalyse, « est toujours de souder le symptôme à la personne » [p. 51]. Ce faisant, « on désolidarise la personne de ses semblables. Agglomérée à son symptôme, elle devient différente de ses proches... elle perd ipso facto ses appartenances familiales, ethniques, de langue. Elle devient « objet d'expert » (p. 52) Les thérapies non occidentales, au contraire, « radicalement hétérogènes à celles des blancs » (p. 46), aboutissent toujours à « dissocier le symptôme de la personne. Et afin de parvenir à ce but - rompre tout lien qui pourrait unir le symptôme et la personne — toutes les pensées sauvages que je (T.N.) connais recourent à un même grand principe : l'attribution d'une intentionnalité à l'invisible » (p. 56).

On peut être séduit par l'intérêt de cette opposition typologique et reconnaître à T. Nathan le mérite d'apporter de réels éléments d'intelligibilité au système de la sorcellerie africaine sans nécessairement devoir le suivre jusqu'au bout de ce qu'il semble suggérer. Montrer que ce système de la sorcellerie et des thérapies traditionnelles africaines fait sens et qu'il est parfois (souvent ? toujours ?) justifié d'y recourir pour soigner des populations originaires de ces cultures est une chose. Mais c'en est une toute autre que de laisser entendre que seule serait authentiquement scientifique une psychopathologie et une médecine qui s'inspireraient centralement de ces principes « radicalement hétérogènes à ceux des blancs », et que donc, même les blancs devraient être soignés conformément à ces canons. Observons qu'à suivre cette ligne de raisonnement même l'homéopathie, l'acupuncture, l'étiopathie ou l'art des rebouteux ne trouveraient pas grâce aux yeux de Nathan. Toutes ces thérapies localisent bien le mal chez le sujet malade, et non en dehors de lui. Devons-nous pour autant les

condamner ? Et quant à l'idée que la médecine objectivante, la biomédecine, n'a nullement fait la preuve de sa scientificité, elle est tout à fait exacte si on la considère dans sa globalité et en référence à son idéologie centrale. Mais, si la manière dont elle les assemble et les bricole est en effet problématique, cela ne l'empêche pas d'emprunter à la physique, à la chimie ou à la biologie moléculaire des éléments issus de discours qui sont, eux, incontestablement scientifiques. Gardons donc une prudence nécessaire face au discours sociologiste et constructiviste radical, toujours trop prompt à dissoudre les dimensions de la naturalité, de la réalité ou de la matérialité dans des effets de discours. Après tout, ce n'est pas le discours médical occidental qui a décimé les populations amérindiennes ou mélanésiennes, mais bel et bien le virus de la grippe ou de la vérole. Et face à ce virus, les remèdes des sorciers doivent le plus souvent confesser leur impuissance. De même, pour soigner un mal de crâne, un simple cachet d'aspirine est souvent plus efficace que de longues incantations.

### La médecine à l'intersection du biologique et du social

Au terme de ces rapides remarques, le résultat que nous voyons s'esquisser nous ramène aux formulations de M. Mauss, à condition qu'on s'autorise à généraliser ce qu'il établissait à propos de la seule efficacité de l'idée de mort. A des degrés extrêmement divers selon les cas, toutes les pathologies nous renvoient à l'articulation intime du biologique et du social, toujours médiatisée par le psychique et le symbolique. Les thérapeutiques qui guérissent agissent par le rétablissement d'un équilibre multidimensionnel, anatomique, électromagnétique, chimique, psychique, symbolique, sociologique qui permet au patient de retrouver une certaine forme de coïncidence à la fois avec son corps propre, avec sa biographie particulière et avec son monde social propre. Chaque type de médecine accorde un

certain primat hiérarchique à telle ou telle de ces entrées et accumule à partir de cette entrée privilégiée une expertise technique cumulative particulière. Risquons une hypothèse : pour être efficace, il est nécessaire que le registre particulier mobilisé par telle thérapeutique particulière fasse écho, comporte des harmoniques pertinentes dans tous les autres registres. Qu'elle soit, en d'autres termes, traduisible dans l'ensemble des autres langages particuliers.

C'est dans le cadre de ces formulations générales, pour peu qu'on les juge à peu près fondées, qu'on appréciera toute la portée du présent livre de Paulo Henrique Martins qu'il place sous l'égide de ce que j'appelle le paradigme du don et qu'il m'a fait l'amitié de me demander de préfacier. On ne trouvera pas dans son ouvrage un plaidoyer en faveur de telle ou telle thérapeutique particulière mais une tentative de dresser le tableau sociologique de l'ensemble des systèmes médicaux existants dans une société mondiale en voie de globalisation ; ces systèmes sont appréciés par lui sous l'angle notamment du rapport qu'ils entretiennent au don et sans accorder de privilège de principe à la biomédecine. Mais sans la stigmatiser non plus en principe, sauf pour ses tendances croissantes à une certaine déshumanisation. Voilà deux points qui méritent une rapide explication pour finir. Pourquoi lier la médecine à la question du don ? Au nom de quoi diagnostiquer une déshumanisation de la biomédecine ? Ces deux questions, nous allons le voir, sont intimement liées.

### **Le don, la médecine et sa déshumanisation**

Tout système thérapeutique peut être compris comme une forme d'articulation entre une intervention biologique (physique, chimique etc.) et une intervention sociologique (psychique, symbolique). Chaque type d'intervention doit à la fois rétablir une bonne alliance, équilibrée, entre les éléments propres au plan biologique d'une part et les éléments psychiques et sociologiques de l'autre. Et entre ces deux plans, enfin. Dans le

paradigme du don, le don apparaît comme l'opérateur par excellence de l'alliance. C'est lui qui transforme les rivaux et les ennemis en parents et en alliés. Le médecin, soit à l'origine et étymologiquement le médiateur, celui qui se tient en quelque sorte entre les deux camps opposés en vue de favoriser leur alliance et leur pacification, peut être perçu comme un spécialiste de la manipulation des dons. L'étymologie le révèle. C'est en dosant justement les doses qu'il transforme les doses de poisons en doses de remèdes. Le grec ancien témoignait de cette ambivalence profonde. Le même mot *dosis* désignait à la fois la dose de poison, le remède et le don. Cette ambivalence se retrouve dans l'étymologie du *pharmakos*, d'où vient notre pharmacien. Ou dans le double sens du mot *gift* dans les langues germaniques anciennes qui, selon les cas, là encore, désigne le don ou le poison.

Ne parlons pas ici des doses et de l'alliance (ou de l'alliage) entre les éléments physiques du système biologique. Et bornons-nous à relever que le médecin ou la guérisseur, médiateur entre la maladie et la santé, entre la vie et la mort, quelle que soit la forme sociologique et culturelle qu'il revêt, ne se voit reconnaître une force thérapeutique que pour autant qu'il incarne une forme ou une autre de donateur, ou de médiateur de dons. La chose est évidente pour la figure du guérisseur propre aux cultures populaires. Celui qui sait guérir les blessures ou lever les ver-rues, ne le peut que pour autant qu'un « don », justement lui a été transmis, souvent sur le lit de mort de l'ancien détenteur du don. Il ne fait jamais payer ses services. Tout au plus acceptait-il un don en nature qu'il ne sollicite pas. Observons ici un troisième sens du mot don, non plus le présent ou son contraire le poison, mais la capacité non apprise à faire telle ou telle chose, comme le don des mathématiques, de la musique ou du foot. Le « don » du chamane sibérien est d'un autre ordre. Il lui permet d'aller visiter les esprits et d'en revenir indemne en simulant un coït et un mariage —

l'alliance par excellence —, avec les esprits féminins.

La figure du médecin moderne, celle qu'analysait par exemple un Talcott Parsons dans ce qui reste une des meilleures analyses typologiques sociologiques disponibles sur le sujet, était structurée par la combinaison d'une image de savant, de celui qui maîtrise une compétence proprement technique, sanctionnée par des diplômes, mais aussi d'humaniste, capable de faire don de son temps et de sa personne à ses patients. Le prestige social et ses émoluments même importants étaient justifiés par cette combinaison d'expertise scientifique, de don de guérir et de don de soi. Ce rapide historique typologique permet de comprendre en quel sens il est permis de parler avec Paulo Henrique Martins de déshumanisation de la médecine. L'alliage s'est défait. Avec la libéralisation croissante de la médecine et la multiplication des médecins qui placent la perspective de leurs gains financiers avant le sens de ce qu'ils doivent à leurs patients et qui ne justifient plus leurs gains par le don qu'ils leur font mais uniquement par leur compétence technique et scientifique, avec la décomposition croissante d'un système de santé publique qui ne suffit plus à assurer aux plus démunis le droit pourtant imprescriptible à la santé, c'est toute la compo-

sante humaniste de la médecine moderne qui se délite. Mi par nécessité mi par vertu, le champ s'ouvre alors à une pluralisation inouïe et inimaginable jusqu'à il y a peu de temps des systèmes thérapeutiques.

On assiste en ce domaine au même processus d'hybridation que dans le secteur de l'économie. Puisque ni le marché ni le secteur public ne suffisent, tant s'en faut, à assurer à tous emploi et revenu, il faut bien, là aussi mi par nécessité et mi par aspiration autonome, placer ces espoirs dans une économie solidaire qui sache hybrider les ressources propres à diverses logiques, celle du marché et de l'échange, celle de l'État et de la redistribution, mais aussi celles du don et de la réciprocité.

Les perspectives qui s'ouvrent à l'économie solidaire à l'échelle mondiale commencent à être bien connues. De multiples analyses commencent à nous informer sur ces réalités complexes et multiformes. En revanche sur le développement de ce qu'on pourrait appeler une médecine solidaire, une médecine qui hybride les diverses logiques thérapeutiques, il n'existait à peu près rien de synthétique et d'organisé avant ce beau livre que nous offre Paulo Henrique Martins. Souhaitons à ses lecteurs de faire en sa compagnie un agréable trajet.

**Les deux auteures, commissaires de l'exposition : *Ordre et désordre à l'hôpital : l'internat en médecine (1802-2002)* qui se déroule au musée de l'AP-HP à Paris du 15 novembre 2002 au 25 mai 2003, présentent l'histoire de cette fabrique du « corps d'élite » de la médecine et les différents éclairages au cours du temps de cette « école supérieure d'instruction pratique » qui voit sa fin programmée pour 2004-2005, date de la suppression du concours au profit d'un examen classant.**

L'internat en médecine des hôpitaux de Paris fête ses 200 ans. Depuis sa création en 1802, l'internat constitue cette « école supérieure d'instruction pratique », dont l'hôpital fournit le cadre et la matière. C'est là que se forme et se fabrique un « corps d'élite », d'où sont issus les maîtres qui ont fait la gloire et la renommée de la médecine française. A cette image de sérieux et de respectabilité, si enviée, si prestigieuse, s'oppose celle d'une jeunesse frondeuse, agitée, irrévérencieuse et parfois libertine. Les deux cohabitent en fait dans la figure de l'interne. Côté pile : le savoir, le talent, l'excellence ; côté face : la dérision, la fête, l'insolence. Une polarité qui étonne et détonne entre les murs de l'hôpital...

Voici une exposition qui restitue cette double dimension de l'internat, pour l'interroger, la comprendre, la situer. Tableaux, photographies, archives, gravures, objets médicaux, témoignages, c'est toute la mémoire de l'internat qui est réunie dans cette exposition pour rappeler ce qu'ont été, ce que sont la vie et le rôle des internes.

Leur position dans l'hôpital est prise depuis deux cents ans dans une autre polarité, celle qui oppose le statut de professionnel à celui d'étudiant. Dans une même journée en effet, l'interne endosse tour à tour les rôles de sentinelle, de médecin, de chercheur et d'élève. Cette cote mal taillée a été conçue à une époque où les médecins des hôpitaux, encore peu nombreux, étaient libres de consacrer une grande partie de leur temps à leur clientèle privée. Dans ce contexte, ce sont les jeunes internes qui assuraient seuls la continuité du regard et du geste médical auprès des patients. Le grand programme de médicalisation de l'hôpital, pensé et rêvé dès la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, a donc longtemps reposé sur une population temporaire et en formation.

Anne Nardin

*Conservatrice en chef du musée de l'AP-HP*

Françoise Salaün

*Conservatrice en chef du musée de l'AP-HP*

# Ordre et désordre à l'hôpital : L'internat en médecine (1802-2002)

Et voilà les internes pris dans une autre tension qui, au gré des situations, les fait basculer du statut d'élève à celui de personnel, « le personnel des élèves » comme le dit encore l'Administration non sans quelque paradoxe. A cette alternance correspond enfin un double régime d'autorité pour les internes : celle du chef de service, qui cohabite plus ou moins heureusement avec celle du directeur de l'hôpital.



La salle de garde des internes à l'hôpital de la Charité, gravure sur bois d'après un dessin de Gustave Doré, 1860, musée de l'AP-HP

L'internat des hôpitaux de Paris, si prestigieux soit-il, s'est à l'origine édifié sur des bases instables, incomplètes, et en partie inadaptées. Pourquoi ? Comment cette situation a-t-elle pu perdurer pendant 150 ans, jusqu'en 1958 très exactement, date de création du plein-temps qui permet alors le développement de véritables équipes médicales ? Dans quelle mesure l'agitation et les débordements tapageurs des internes entre les murs de l'hôpital sont-ils l'expression, gaie, mais féroce, des contradictions qu'ils subissent ? En quoi et jusqu'où la rude condition des internes a-t-elle joué dans la formation du mythe qui entoure et auréole l'internat, et dont se revendiquent toujours les « anciens internes » ? Dans un contexte de commémoration, cette exposition reste placée sous le sceau de l'histoire.

Car le mythe s'est érodé sous le coup des réformes des vingt dernières années. Et le climat actuel d'inquiétude et de revendication, parmi les internes, appelle une relecture du passé, pour mieux situer la valeur et le sens d'une « exception française ».

### L'internat en médecine (1802-2002)

#### Un contexte de réformes

La création de l'internat de Paris, en 1802, s'inscrit dans un contexte de réformes qui, à la faveur des bouleversements de la période révolutionnaire, redéfinissent l'enseignement de la médecine et réorganisent l'institution hospitalière. La remise en cause du savoir médical traditionnel et de son enseignement s'appuie sur un mouvement de pensée qui renouvelle l'approche de la maladie. La médecine des Lumières, ou médecine pratique, élabore une méthodologie inédite fondée sur le principe de l'observation. Forts de cette méthode, les médecins de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle se lancent dans une vaste entreprise d'identification et de classification des pathologies. Or, dans cette façon nouvelle d'étudier la maladie, l'hôpital a un rôle essentiel à tenir car lui seul permet de multiplier et de confronter les observations pathologiques.

L'orientation nouvelle donnée à la science médicale remet en cause ses modes traditionnels d'enseignement. La refonte des études médicales est pensée à une époque où il s'agit de consolider l'identité républicaine en créant des écoles d'enseignement supérieur (École polytechnique, Conservatoire national des arts et métiers). Les objectifs pédagogiques fondateurs des Écoles de santé (créées le 4 décembre 1794 à Paris, Strasbourg et Montpellier) sont définis par Antoine Fourcroy : « Dans l'École de Santé, la pratique, la manipulation, seront joints aux préceptes théoriques [...]. Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire, telle sera la base du nouvel enseignement ». C'est tout l'esprit de l'Encyclopédie qui souffle-là, avec ses valeurs d'utilité, de pratique, d'enseignement appliqué.

Félix Vicq d'Azyr, rédacteur pour la Société Royale de Médecine d'un « Nouveau Plan de constitution pour la médecine en France », fait valoir lui aussi, dès 1788, l'idée que les hôpitaux doivent devenir des écoles de perfectionnement pour « les élèves les plus méritants du Royaume », admis « à titres d'élèves internes ». Tous les fondements de l'internat sont ici posés, qui n'attendent que des structures hospitalières capables de leur donner vie. La capacité de l'hôpital à s'organiser semble en effet constituer l'une des clés de la réforme de l'internat. A Paris, tous les hôpitaux sont centralisés en janvier 1801 par le Conseil général des hospices. Dès le 23 février 1802, le Règlement sur le service de santé les dote de principes de fonctionnement communs. Il s'agit de la première organisation médicale hospitalière : la création de places d'élèves internes, nommés par voie de concours, en constitue un des aspects majeurs.

### L'interne, outil de la médecine clinique

Dans un contexte d'exercice libéral de la médecine, le recrutement d'élèves internes (c'est-à-dire logés à l'hôpital) permet d'assurer la permanence des secours aux malades. Placés sous la responsabilité des médecins et chirurgiens en chef, les internes sont chargés du service de la garde et de la rédaction de deux types de documents. Ils assurent la tenue des cahiers de visite et le suivi des prescriptions médicales, concourant ainsi au bon fonctionnement des services. Par ailleurs, en consignait sur les registres d'observations toutes les informations sur la nature et l'évolution des maladies, ils remplissent une fonction d'utilité scientifique. A une époque où le savoir médical progresse par l'analyse des connaissances anatomopathologiques, les internes participent pleinement aux grandes conquêtes de la médecine clinique parisienne.

Dès ses premières années d'existence, l'internat est défini comme « la plus belle et la plus utile » institution hospitalière (1829) et est perçu

comme la voie royale, celle qui ouvre les portes de la carrière hospitalière, mais aussi universitaire, les concours hospitaliers servant de critères pour le recrutement des enseignants de la faculté. Ce système élitiste, qui valorise la démarche clinique et marque la suprématie de l'hôpital sur la faculté, se perpétue au siècle suivant, même s'il correspond moins justement aux orientations plus biologiques de la science médicale.



Consultation de chirurgie à l'Hôtel Dieu, vers 1910, archives de l'AP-HP

### L'impossible réforme

Comment l'internat, symbole de la médecine clinique, s'adapte-t-il à la mutation de l'hôpital après la réforme de 1958 ? Cette réforme, pourtant fondée sur le principe de la fusion entre l'hôpital et l'université, ne redéfinit pas l'institution de l'internat. Selon Robert Debré, l'internat est préservé « par manque de courage » (1969). Maintenu, l'internat évolue cependant avec l'instauration du plein-temps hospitalier. De nouvelles fonctions apparaissent (celle du chef de clinique notamment) qui viennent progressivement remplir l'espace entre l'interne et le chef de service, rompant « l'intimité de collaboration » dont parle encore Henri Mondor au début des années 1950 et qui constituait l'essence même de l'apprentissage médical. L'interne n'est plus, pour le chef de service, « son aide, son suppléant, son alter ego » (1873).

Par ailleurs, tout en se revendiquant d'une formation généraliste, les internes suivent le mouvement de spécialisation de la médecine. L'équivalence entre formation universitaire (Certificats d'Études spécialisées) et formation qualifiante (stages d'internat) leur permet d'utiliser le système des stages dans les services comme une stratégie de spécialisation. Au début des années 1980, près de 80 % des internes préparent une spécialité. En quelques années, l'internat est devenu la voie royale pour la formation des spécialistes. Entérinant cette évolution, la réforme du 6 juillet 1979 (dite loi Veil) met en place l'internat qualifiant (seule voie d'accès aux spécialités) et crée le résidanat pour la formation des généralistes. Avec la loi du 23 décembre 1982, qui supprime le résidanat, l'internat pour tous les spécialistes évolue vers « l'internat pour tous », mouvement confirmé

par la réforme prévue pour 2004-2005. Cette loi, votée le 17 janvier 2002 dans le cadre du projet de modernisation sociale, prévoit de remplacer le concours par un examen classant, supprimant ainsi le mode de sélection dont l'internat tenait une grande part de son prestige.

---

Ordre et désordre à l'hôpital : L'internat en médecine (1802-2002)

Exposition : 15 novembre 2002 – 25 mai 2003

Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Hôtel de Miramion

47, quai de la Tournelle

75005 Paris

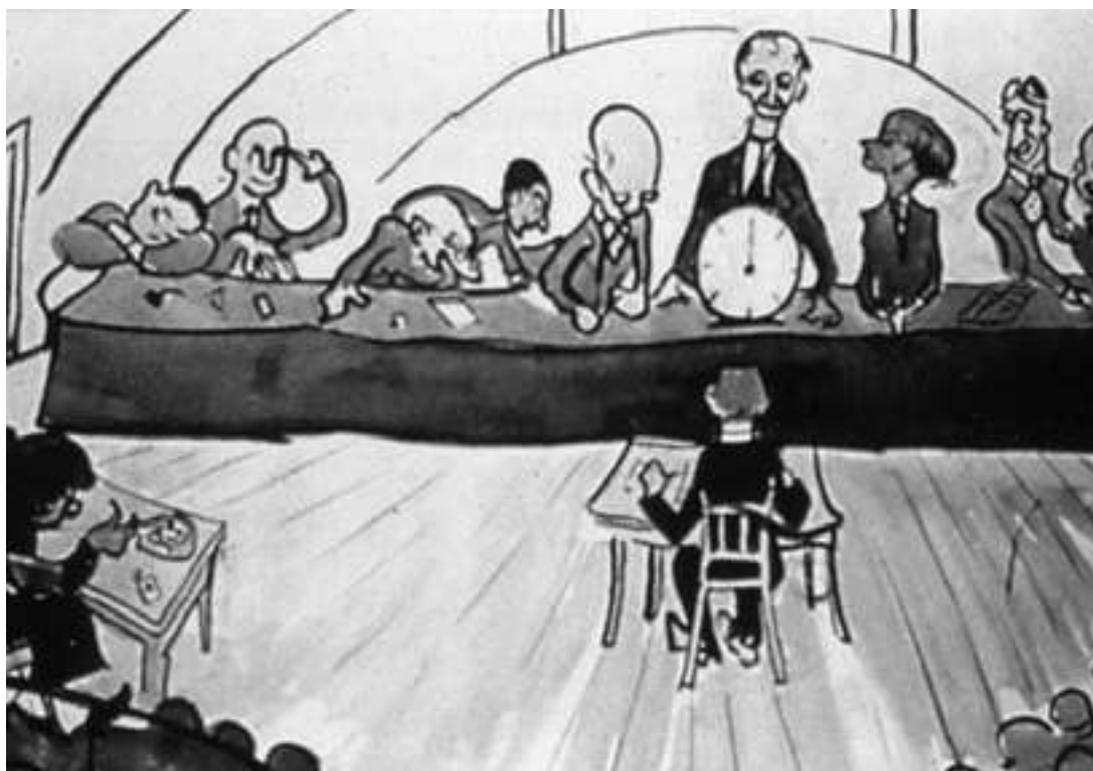
e-mail : [musee.ap-hp@sap.ap-hop-paris.fr](mailto:musee.ap-hp@sap.ap-hop-paris.fr)

site : [www.aphp.fr/histoire/musee.htm](http://www.aphp.fr/histoire/musee.htm)

Horaires – Renseignements :

Ouvert de 10h à 18h, du mardi au dimanche (fermé les lundis et jours fériés) :

01.40.27.50.05/01.40.27.46.48



*Séance d'oral à l'amphithéâtre de l'hôpital Necker, caricature d'Alain Cornec, extrait de Histoire polymorphe de l'internat en médecine et chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris, Jacques Fossard, 1981.*

# Nous avons lu pour vous

**Paul Benkimoun, *Morts sans ordonnance*, collection « le Monde n'est pas à vendre », Hachette littérature, 2002.**

Médecin, journaliste au *Monde*, l'auteur fait un plaidoyer documenté pour le droit de tous à avoir accès aux médicaments.

Paul Benkimoun nous rappelle les millions de morts chaque année dans les pays du Sud : hécatombe liée pour une grande part à l'absence de prise en charge thérapeutique de maladies le plus souvent infectieuses curables, mais à des coûts exorbitants ou sans traitement connu en l'absence de recherche menée par l'industrie pharmaceutique pour des affections atteignant des populations non solvables.

Il nous apporte des données chiffrées sur l'importance des profits réalisés par l'industrie pharmaceutique, sur la part modeste qu'elle consacre à la recherche par rapport à celle du marketing. Il nous explique comment l'industrie des pays du Nord, qui s'est initialement développée en l'absence de brevets, a ensuite voulu se protéger en les imposant dans le cadre juridique de l'accord ADPIC qui oblige tous les pays adhérents à l'OMC à reconnaître le droit des brevets en particulier sur les médicaments.

Il nous relate la difficile résistance menée par les citoyens et les associations des pays du Sud, les ONG comme MSF et certains gouvernements pour permettre à tous un accès aux médicaments. Cette résistance s'est appuyée sur le droit de tout homme à se soigner et sur les dérogations à l'accord ADPIC permettant la production ou l'achat de génériques à moindre coût. C'est le cas de l'Afrique du Sud avec le procès de Pretoria où les multinationales ont finalement retiré leur plainte, mais aussi celui de la Thaïlande et du Brésil. L'histoire du Brésil est particulièrement intéressante, car le gouvernement de ce pays a mis en œuvre dès 1983 une énergique politique de lutte contre le SIDA, il s'est opposé aux recommandations de l'OMS (qui ne préconisait que des interventions de prévention) et s'est attelé avec succès au traitement des personnes contaminées en développant sa production de génériques dans le cadre d'une industrie pharmaceutique d'Etat.

Cette résistance se heurte à un front uni de l'industrie pharmaceutique et des gouvernements du Nord : pression des USA, mais aussi semble-t-il du président Chirac sur l'Afrique du Sud pour qu'elle cède aux pressions de l'industrie pharmaceutique, plainte des USA contre le Brésil devant l'ORD (tribunal de l'OMC à la fois juge et partie), pression des USA pour que l'OMS se débarrasse d'un expert : Germain Vélasquez (celui-ci a par ailleurs été victime de menaces et d'agressions dignes du roman de John Le Carré : *La constance du jardinier*).

L'auteur brosse ensuite un « après-Pretoria » en demi-teinte avec la reconnaissance temporaire au sommet de Doha des dérogations contenues dans l'accord ADPIC et un travail commun : OMS et industrie pharmaceutique dans le cadre d'un fond global pour la santé destiné à la lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

*NB* : Ce livre a été imprimé en avril 2002. Nous connaissons maintenant les résultats du sommet mondial tenu en juillet 2002 sur le SIDA et l'absence de moyens dont dispose ce fonds ; par ailleurs, un article de Jean-Loup Mochtane dans *le Monde Diplomatique* de juillet 2002 analyse et critique ce partenariat industrie pharmaceutique entre l'... et l'OMS.

Marie Kayser

## Denis Labayle, *Cruelles retrouvailles*, Julliard, 2002

---

D'origine paysanne, Joseph a vécu toute sa jeunesse dans le Finistère. Après de brillantes études, seulement encouragé par le curé de la paroisse, il exerce depuis des années comme médecin généraliste en banlieue parisienne. Il retrouve Yann, un ancien camarade de collège, tourmenteur constant et acharné de son adolescence. Reviennent alors à la surface toutes les émotions enfouies, les humiliations et la cruauté subies, le malaise devant l'ascendance terrible de cet « ami » qui séduit et répugne. L'emprise de ce témoin d'enfance traduit aussi l'ambiguïté de la réussite scolaire et sociale : réussite ou reniement de son milieu ? Yann agit comme une mauvaise conscience ayant imprégné toute la vie d'homme de Joseph. Le temps modifiera-t-il les relations des deux hommes ? Un roman bouleversant de notre collaborateur à la revue.

Renée Couffin

## Aminata Traoré, *Le viol de l'imaginaire*, Actes Sud, Fayard, 2002

---

Aminata Traoré est malienne, elle est écrivaine : *L'état, l'Afrique dans un monde sans frontières* (1999) et *Mille tisserands en quête de futur*.

C'est suite à son intervention au forum social de Porto Allègre que les éditions Fayard l'ont sollicitée pour écrire ce livre.

C'est à partir de son expérience et de son parcours qu'elle nous livre son analyse.

Scolarisée sous le premier gouvernement malien arrivé au pouvoir après l'indépendance, elle a travaillé pour le Programme des Nations Unies pour le Développement. Elle a fait partie d'une fédération d'artistes et d'intellectuels maliens qui souhaitaient recentrer le débat politique sur la transparence à propos de la dette et des programmes d'ajustement structurel. Suite à cet engagement, le poste de ministre de la culture et du tourisme lui a été proposé en 1997 par le gouvernement malien issu des élections démocratiques de 1991. Coïncée dans ce poste, aux premières loges pour constater l'action des institutions internationales, elle y a été victime d'une campagne de diffamation liée à ses prises de positions politiques. Ayant quitté le gouvernement, elle a mis sur pied des lieux d'échange culturels et de dialogue politique.

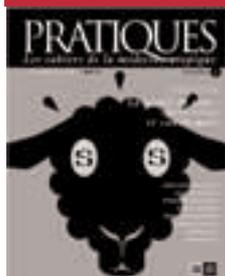
Dans son livre elle reprend l'historique des rapports de l'Afrique avec « le Nord » pour dénoncer le pillage qui se poursuit : pillage lié à l'esclavage qui a vidé de ses forces l'Afrique et a permis le développement des sociétés américaines et européennes, pillage lié à la colonisation, pillage actuel des richesses matérielles et humaines de l'Afrique dans le cadre de la mondialisation. Elle dénonce les Institutions Financières Internationales (IFI : banque mondiale, FMI) et l'OMC qui sont les véritables gouvernants des pays africains auxquels ils imposent leurs programmes d'ajustement structurels, l'ouverture du marché à la concurrence, le démantèlement des services publics. Elle se prononce pour l'annulation totale et immédiate de la dette extérieure et la réforme des IFI et de l'OMC.

Elle analyse les dégâts de cette politique en terme de démocratie, puisque les gouvernants des pays africains totalement dépendants des IFI rendent des comptes à celles-ci et non à leur peuple.

Réfutant l'étiquette de « pauvre » accolée à l'Afrique, et le modèle de développement imposé par la mondialisation, elle estime qu'il ne sera mis un terme aux maux de l'Afrique que si les Africains procèdent à la déconstruction du discours dominant et s'appuient sur leur passé, leurs valeurs de société et de culture pour développer une autre Afrique.

Marie Kayser

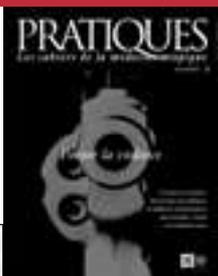




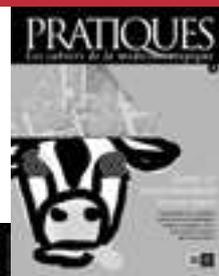
**n° 1 : La société du gène**



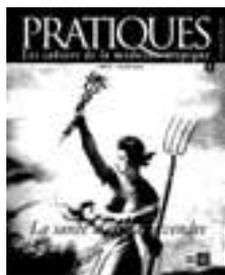
**n° 2 : La souffrance psychique (épuisé)**



**n° 3 : Penser la violence**



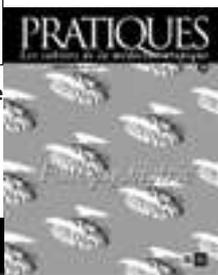
**n° 4 : Santé et environnement**



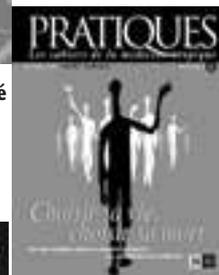
**n° 5 : La santé au travail**



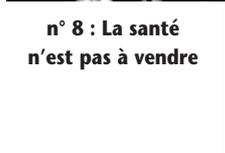
**n° 6 : Sexe et médecine**



**n° 7 : La responsabilité du médecin**



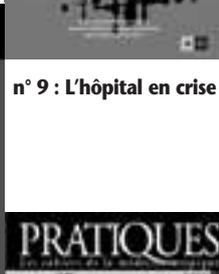
**n° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort**



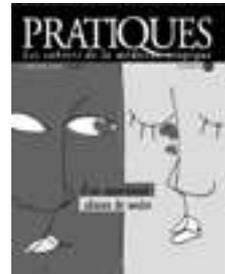
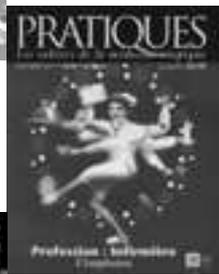
**n° 8 : La santé n'est pas à vendre**



**n° 9 : L'hôpital en crise**



**n° 10 : Folle psychiatrie**



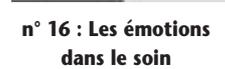
**n° 12 : L'information et le patient**



**n° 13 : La médecine et l'argent**



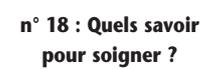
**n° 14-15 : Profession : infirmière**



**n° 16 : Les émotions dans le soin**



**n° 17 : Des remèdes pour la Sécu**



**n° 18 : Quels savoir pour soigner ?**

- Une revue indépendante avec un dossier et des rubriques
- Un ancrage dans la pratique
- Une ouverture pluridisciplinaire
- Un souci de la protection sociale
- Une analyse du cadre de l'exercice professionnel
- Une reconnaissance de l'articulation du relationnel et du social

*prochain numéro* : n° 20 : La santé des femmes : nouvelles batailles

## A B O N N E Z - V O U S A P R A T I Q U E S

Vous lisez *Pratiques* parfois, souvent, toujours. *Pratiques* vous surprend, vous stimule, vous reconforte.

Vous avez besoin d'une revue qui aide à discerner les enjeux actuels de la société et de la médecine.

Vous souhaitez ancrer votre pratique dans une réflexion qui allie l'individuel et le collectif, qui s'appuie sur les sciences humaines et se préoccupe de l'évolution de notre société.

*Pratiques* a besoin de vous !

Vous lisez *Pratiques* de temps en temps : abonnez-vous !

Vous êtes abonné : faites abonner vos amis. Faites connaître *Pratiques* : donnez-nous les coordonnées de lecteurs potentiels auprès de qui nous pourrions promouvoir la revue.

Merci et à bientôt,

La rédaction

*Pratiques*, revue sans publicité, ne vit que par ses abonnés.

### B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

- |                          |   |                       |
|--------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abonnement un an  | <b>42,70 euros</b>    |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement deux ans   | <b>76,20 euros</b>    |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement jeune médecin<br>(étudiant, remplaçant, installé de moins<br>de trois ans et demandeur d'emploi)       | <b>30,50 euros</b>    |
| <input type="checkbox"/> | Abonnement couplé médecin/salle<br>d'attente un an (envoi d'affichettes de<br>promotion compris)                  | <b>76,20 euros</b>    |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité<br>(12,20 € + 1,50 € de frais d'envoi) :<br>– nombre d'exemplaires :<br>– intitulé du numéro : | <b>13,70 euros/n°</b> |
| <input type="checkbox"/> | Commande à l'unité numéro<br>double 14/15 (16,80 € + 1,50 €)  | <b>18,30 euros</b>    |

nom \_\_\_\_\_

prénom \_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

téléphone \_\_\_\_\_

fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

profession \_\_\_\_\_

Chèque à l'ordre de *Pratiques* à envoyer :  
52, rue Gallieni - 92240 Malakoff - France  
Tél. : 01 46 57 85 85 • fax : 01 46 57 08 60  
e-mail : [pratiques@aol.com](mailto:pratiques@aol.com)  
site : <http://www.smg-pratiques.info>

Un reçu vous sera adressé à réception de votre règlement

## PRATIQUES n° 19

Les cahiers de la médecine utopique  
Revue trimestrielle

### *Rédaction et abonnements :*

tél. : 01 46 57 85 85 • fax. : 01 46 57 08 60  
e-mail : pratiques@aol.com ;  
site internet : <http://www.smg-pratiques.info>  
52, rue Gallieni, 92240 Malakoff • France

*Directeur de la publication :* Christian Bonnaud

*Rédacteur en chef :* Patrice Muller

*Secrétaire de rédaction :* Marie-Odile Herter

*Secrétariat, relations presse :* Jocelyne Deville, Marie-Odile Herter

*Responsable de diffusion :* Dominique Tavé

*Comité de rédaction :* Geneviève Barbier ;  
Christian Bonnaud ; Jean-Luc Boussard ; Daniel  
Coutant ; Martine Devries ; Monique Fontaine ;  
Hélène Girard ; Catherine Jung ; Marie Kayser ;

Philippe Lorrain ; Evelyne Malaterre ; Elisabeth  
Maurel-Arrighi ; Didier Ménard ; Bernard Meslé ;  
Anne-Marie Pabois ; Elisabeth Pénide ; Anne  
Perraut Soliveres ; Bernard Senet ; Martine Toulet.

*Correspondants :* Geneviève Busson ; Laurent  
Dianoux ; Noëlle Lasne ; Jean-Pierre Lellouche ;  
Hugues Moussy ; Monique Sicard.

*Dessins :* Serdu / Serge Duhayon

*Couverture et illustration page 4 :* Eloi Valat.

*Imprimerie :* J'Imprim, 26, rue Drouet-Peupion,  
92240 Malakoff, tél. : 01 47 36 21 41

Dépôt légal 4<sup>e</sup> trimestre 2001  
commission paritaire n° 67150A5  
ISSN 1161-3726

*Publié avec le concours du*  
Centre National du Livre

La revue *Pratiques* reçoit volontiers les courriers, textes et travaux d'auteurs se rapportant aux thèmes de réflexion abordés dans les numéros. La revue n'est pas responsable des manuscrits qui lui sont adressés. Les textes et travaux qui ne sont pas retenus sont restitués sur simple demande.

Les titres, sous-titres, chapeaux et dessins sont de la responsabilité de la rédaction.

B U L L E T I N D ' A B O N N E M E N T

# PRATIQUES

*Les cahiers de la médecine utopique*

La façon dont la société considère la vieillesse est pleine de contradictions : nouveau marché, en plein développement, tout est fait pour maintenir les gens en vie longtemps, soins, vaccins, consommation en tous genres. En même temps, la vieillesse est mise à l'écart dans bien des domaines, réels et symboliques, elle est mal traitée dans les institutions. De plus les inégalités restent cruellement présentes à cet âge, rendant ainsi indignes nombre de fins de vie.

Face aux difficultés du grand âge, les auteurs affirment et témoignent qu'on peut faire autrement et mieux. Que faut-il pour permettre de bien vieillir ? La chance de ne pas être trop malade ni trop pauvre, mais aussi de pouvoir maintenir et créer des liens. Pour cela, les soignants, les aides à domicile doivent être au rendez-vous. La société doit aussi faire les choix politiques qui donnent les moyens de vivre au milieu des autres quels que soient les handicaps. Les textes de Pierre Sansot, Stanislas Tomkiewicz et des témoignages de soignants illustrent ce dossier.

Dans le hors dossier, Monique Sicard analyse le travail de David Hockney, peintre photographe. Elle amorce une réflexion sur le rôle de la technique, capable d'entraîner les praticiens dans des directions non prévues. Alain Caillé, anthropologue, réfléchit à la nature, scientifique ou non, de la médecine et à l'importance du don dans l'acte thérapeutique. Dans la rubrique « histoire de la médecine », Françoise Salaün décrit le contexte de la création de l'internat, son rôle dans la constitution de la médecine clinique au XIX<sup>e</sup> siècle. Et, d'actualité, plusieurs textes plaident pour une politique du médicament au service de la santé. Le coup de gueule de Denis Labayle nous montre, une fois de plus l'absurdité et l'horreur de la guerre, ici en Palestine.

## La vieillesse une maladie ?

Face aux difficultés de l'âge,  
que doit faire la société ?  
Que peut faire la médecine ?