

Pratiques

92

Les cahiers de la médecine utopique

Janvier 2021 • 18 €

Vieillir vivant



Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Une revue à défendre

Depuis ses débuts, en 1975, *Pratiques* occupe une place particulière dans le paysage des revues. Elle s'efforce de repérer, décrypter et analyser les différentes dynamiques à l'œuvre dans les questions de soin et de santé, au carrefour du social, du politique, des sciences, de la philosophie, de l'anthropologie, de l'art...

Les lieux de soins ne peuvent remplir leur fonction qu'à la condition que la personne puisse y être entendue et prise en compte dans toute sa complexité et sa singularité. Ils doivent lui permettre de repérer l'influence de l'environnement, des conditions de vie et de travail et des dysfonctionnements de la société, sur sa santé dans toutes ses composantes.

Pratiques propose une réflexion, à partir de savoirs croisés, qui nous concerne tous. Son ambition est de contribuer à la défense d'un système de santé de qualité, solidaire et accessible à tous.

Les colonnes de *Pratiques* sont ouvertes aux acteurs de la santé et du social, aux professionnels des sciences humaines et aux usagers de la médecine, les invitant à partager leurs expériences, leurs points de vue et leurs initiatives dans le champ de la santé.

La revue *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, mène une analyse critique constructive et indépendante sans publicité ni subvention. Elle est animée par des bénévoles et n'a d'autres ressources que ses lecteurs. 

Vous disposez ici de la version électronique indexée du N° 92
Page 97 : conseils techniques pour vous en faciliter l'usage
Pages 98 : sommaire index des mots clés
Vous pouvez vous servir des signets pour naviguer plus commodément.

Toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, de la présente publication, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite (article L 122-4 du Code de la propriété intellectuelle) et constitue une contrefaçon.

L'autorisation de reproduire, dans une autre publication (livre ou périodique) un article paru dans la présente publication doit être obtenue après de l'éditeur (Les Editions des cahiers de la médecine utopique, adresse ci-dessus).

L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre Français d'exploitation du droit de Copie (CFC) – 20 rue des Grands Augustins – 75006 Paris – Tél. 01 44 07 47 70 – Fax 01 46 34 67 19.

Janvier 2021

Vieillir vivant

Pratiques, les cahiers de la médecine utopique est édité par Les éditions des cahiers de la médecine utopique, dont le président est Patrick Dubreil. La revue *Pratiques* est éditée depuis 1975. La nouvelle formule a été dirigée par Patrice Muller jusqu'en 2008.

Directeur de la publication : **Patrick Dubreil**

Directrice de la rédaction : **Anne Perraut Soliveres**

RÉDACTION

Françoise Acker, Isabelle Canil, Jean Vignes

ADJOINTS À LA RÉDACTION

Eric Bogaert, Philippe Lorrain, Jérôme Pellerin, Frédéric Pierru, Bernard Roy, Serge Sadois

COMITÉ DE LECTURE

Michel Bass, Pascal Boissel, Mathilde Boursier, Laurent Carrive, Sylvie Cognard, Jean-Félix Cuny, Martine Devries, Bastien Doudaine, Georges Federmann, Isabelle Ferré, Olivia Gili, Marie Kayser, Françoise Lagabrielle, Martine Lalande, Jean-Pierre Lazarus, Clémence Le Joubioux, Lionel Leroi-Cagniard, Evelyne Malaterre, Benoit Marsault, Claire Martin-Lucy, Philippe Oglobeff, Anne Pagès, Elisabeth Pénide, Léa Schleck, Catherine Thomas

Responsable du site : **Serge Sadois**

Secrétaire de rédaction, diffusion : **Marie-Odile Herter**

Photo de couverture : **Pasja1000**

Graphismes : **Eloi Valat**

Imprimerie : **Imprimerie Chirat**

744, rue Saint-Colombe, 42540 Saint-Just-La-Pendue
tél. 04 77 63 25 44 – e-mail : pao@imp-chirat.fr

Revue trimestrielle

Rédaction et abonnements :

tél./fax 01 46 57 85 85

e-mail : revuepratiques@free.fr – www.pratiques.fr

52, rue Gallieni, 92240 Malakoff – France

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2021

Commission paritaire n° 0922683786

ISSN 1161-3726 – ISBN 978-2-919249-91-6

2021

Une année d'essais à transformer...

NOUS refusons de nous inscrire dans la morosité et l'impuissance que d'aucuns affichent, entretiennent et médiatisent un peu trop largement tant la situation leur paraît indécrottable. Nous ne sommes pas pour autant indifférents à nos concitoyens qui sont frappés de plein fouet par la maladie ou qui sont dans la peine, le désarroi de la perte de leurs entreprises, de leur travail, de leurs missions moins pérennes mais d'autant plus essentielles à la vie comme tout ce qui touche à la culture, à l'éducation, à tout ce qui peut permettre à la société de mieux organiser « le vivre ensemble ».

Au contraire, malgré nos déceptions face aux revers, et ils sont nombreux, notre vigilance et notre capacité de résistance nous portent à relever les défis les plus improbables car « qui ne dit mot consent », même si cette maxime est particulièrement injuste à l'égard de ceux qui n'ont pas les mots ni les lieux pour les dire.

Tant que nous serons vivants, comme ce dossier le suggère, nous sommes en devoir d'espérer, de défendre et développer nos plaisirs de vivre ensemble, de débattre, de réinventer nos vies quotidiennement malgré tout ce qui nous est infligé tant par le virus que par ceux qui prétendent nous « gérer » en nous « protégeant ».

Les gestes « barrière » doivent nous inciter à trouver d'autres façons de dire notre attachement à nos proches, à développer toutes les formes de partage et, en particulier, de penser ensemble. Les réseaux sociaux auront au moins permis cela durant le confinement. Nous devons repenser les conditions de nos rencontres ordinaires, banales, impromptues qui font le sel de l'existence.

Pratiques relève donc le défi pour 2021 en envisageant la production d'une émission de radio mensuelle afin de donner la parole à ceux qui ont des choses à dire sur la santé, ses tenants et aboutissants, ses difficultés, afin de partager leurs travaux, leurs questions, leurs connaissances avec tous ceux qui n'ont que les médias traditionnels et inféodés à l'argent pour s'informer. La première, grâce à l'invitation de « Vive la sociale » a été diffusée le 17 décembre 2020 autour des deux numéros de *Pratiques* consacrés à « Covid 19 Autopsie d'une crise », la deuxième, enregistrée dans les mêmes conditions, concerne la vaccination anti-Covid et sera diffusée le 21 janvier...

Nous vous préviendrons si ce projet aboutit et comptons sur vous pour faire connaître cette initiative en partageant largement les informations dans vos réseaux autour de la diffusion de ces émissions qui seront réécoutables à l'envi sur le site de l'émission « Vive la sociale » ainsi que sur Pratiques.fr

Que cette année soit à la hauteur de nos envies... et au service de nos utopies. 📍

Vieillir vivant

IDÉES

- 4 Entretien avec Pierre Delion, propos recueillis par Françoise Acker, Anne Perraut Soliveres et Jean Vignes
Un psychiatre au plus près des gens
- 10 Jérôme Pellissier
Vieux : des citoyens comme les autres ?
- 14 Ruth Canter Kohn
La vie est mouvement
- 15 Serge Sadois
Pilules
- 16 Yves Kagan
Au risque de la mort sociale
- 20 Françoise Lagabrielle
Vieillir, c'est vivre
- 22 Bernard Ennuyer
Vieillesse et inégalités de vies
- 25 Dominique Vidal
Halte au racisme anti-« vieux » !
- 26 Isabelle Canil
Une petite veste pour cacher les bras
- 29 Serge Sadois
Hélène n'aimait pas le chocolat
- 30 Michel Billé
Vieux confinés, oubliés, invisibles...
- 32 Jean-Pierre Martin
Notre vie de vieillesse
- 34 Didier Ménard
Méfions-nous de nos représentations
- 35 Serge Sadois
Je ferais mieux de mourir !
- 36 Jérôme Pellerin
Quel soin de la solitude en Ehpad ?
- 40 Marie Rajablat
Les « vieux »
- 41 Serge Sadois
Septuagénaires
- 42 Bernard Roy
La Covid n'est pas seule responsable !
- 46 Julien Vernaudon
Maintenus à l'écart sans concertation
- 48 Pierre Da Col
Impact de la pandémie dans les Ehpad
- 50 Catherine Caleca
C'est quand le bonheur ?
- 52 Bernard Roy
Le vieil Innu qui voulait vivre sa mort
- 55 Léa Schleck
Jusqu'à quand ?
- 56 Catherine Hass
L'administration de la mauvaise mort
- 60 Isabelle Ducloy
Entrer dans le monde du grand âge
- 62 Pascal Caboret
La sanction

Les conditions du vieillissement peuvent être très inégales.
 Il est de notre responsabilité à tous de les reconnaître
 pour les anticiper et les compenser.

- 64 Serge Sadois
En retraite
- 65 Didier Morisot
Le banquet des matous
- 66 Elisabeth Beaunoyer
Pandémie et technologies omniprésentes
- 68 Annick Bernabéo
Ce que c'est qu'être fille
- 70 Bernard Friot
En finir avec le vieillissement social
- 74 Christine Mouton-Michal
3977
- 78 Jean Vignes
Vieillir en société ?
- 80 Pascal Boissel
Che Guevara est mort à 39 ans
- 82 Brigitte Tregouët
Une vie effacée
- 84 Marie-Jean Sauret
Mort sociale et disparition des étoiles

MAGAZINE

- 88 Georges Yoram Federmann
L'exception ne fait pas la règle
- 90 Anne Perraut Soliveres
Rendez-vous chez Kafka...

NOTES DE LECTURES

- 92 Françoise Lagabrielle
Le serment de Yoram, médecin des exilés, fascicule de Georges Federmann
- 93 Lionel Leroi-Cagniard
Pour une médecine sociale, par Didier Ménard
- 94 Martine Devries
Un archipel des solidarités, Grèce 2017-2020, par Christiane Voltaire et Philippe Bazin

À lire sur le site

- Marthe Tournou
Un habitat pour mieux vieillir
- Georges Yoram Federmann
Euthanasie volontaire
- Sophie Moulias
Humanité et soin en gériatrie fin 2020
- Isabelle Ferré
Alzheimer et art-thérapie

Un psychiatre au plus près des gens

Si on s'en occupe à plusieurs, le patient peut aller mieux grâce à l'ensemble de la constellation qui fonctionne de façon collective avec lui.

Entretien avec Pierre Delion

Pédopsychiatre en retraite

Propos recueillis par Françoise Acker, Anne Perraut Soliveres et Jean Vignes

Pratiques : Peux-tu nous raconter ton parcours de militant ?

Pierre Delion : J'étais à la fondation de la revue *Pratiques* et du Syndicat de la médecine générale en 1974 à Besançon alors que j'étais interne en psychiatrie dans l'objectif de devenir médecin généraliste... Puis, je suis resté en psychiatrie. C'est l'époque où on pouvait croire que ces choses allaient devenir réalité, évidemment on a pris un grand coup dans la gueule ces derniers temps...

Mes parents étaient d'un milieu très modeste, j'ai fait mes études chez les jésuites, de la sixième jusqu'au bac. Ce fut pour moi une vraie chance. Dans mon village de la Sarthe, il y avait un médecin généraliste très sympa, c'était mon idole lorsque j'étais gamin, et je voulais faire ça... J'ai eu mon bac en 1968, c'est-à-dire l'année où tout le monde l'a eu... J'ai donc pu aller faire médecine. Au fur et à mesure de mes stages, je me demandais où était passé mon médecin généraliste de référence... Les médecins que j'avais comme profs, même s'ils étaient très savants, professaient un tel mépris du « peuple » lorsqu'ils venaient palper le ventre ou écouter le cœur de ce peuple, que je me demandais comment avait fait le médecin de mon village pour devenir ce qu'il était.

Quand j'ai fait mes stages de réanimation médicale, j'ai trouvé un patron, Philippe Alquier, qui montrait un respect absolu de la personne qui était là. Un des médecins les plus forts que j'ai rencontré, c'est d'abord la personne qui l'intéressait, y compris lorsqu'elle était dans le coma. Je me souviens d'une scène marquante : un interne examinait une personne dans le coma et retirait le drap, comme s'il découvrait un sac de blé. Le patron lui dit : « Attends, remets le drap sur Monsieur X, ce n'est pas parce qu'il est dans le coma que ce n'est pas une personne, donc avant de retirer son drap tu lui dis : "Monsieur, je vais retirer votre drap pour vous examiner" ». On ne sait pas s'il nous entend ou pas, mais c'est la moindre des choses que respecter les gens que l'on examine... » Alors là, quelle leçon de médecine ! J'étais en cinquième année et me suis dit « cinq ans pour en arriver là... » Quand

je suis devenu psychiatre, j'ai continué à faire des vacances pendant des années avec ce patron.

Je suis resté en contact avec mes copains du SMG, Jean-François Huez et Bernard Châtaignier, installés comme médecins généralistes dans le secteur où j'étais psychiatre en formation, à Trélazé. Cela a été un temps d'apprentissage très intéressant. Dans cette ville, il y a des mines d'ardoise et les patients que je voyais au dispensaire, très déprimés, picolaient beaucoup. Quelques-uns étaient très délirants, mais c'était surtout des malades alcooliques. Au bout d'un certain temps, je leur ai demandé qu'ils me racontent leur métier, car je ne comprenais pas pourquoi ils étaient beaucoup plus alcooliques que la moyenne. Ils m'ont dit : « Vous devriez descendre au fond de la mine, vous comprendriez mieux qu'avec les discours ». J'ai pris contact avec le directeur qui a accepté qu'on descende au fond, à mille mètres sous terre, pour aller voir les conditions de travail des ardoisiers. À partir de ce moment-là, j'ai eu une certaine cote auprès des ouvriers, on avait franchi quelque chose.

Après, j'ai rencontré les gens de la municipalité de gauche pour leur demander comment on pouvait développer la psychiatrie dans la cité au moment où on était en train de mettre en place la psychiatrie de secteur. Ils étaient sollicités pour gérer les crises liées à l'alcoolisme aigu et demandaient un placement d'office... Je leur suggérai qu'on puisse aller voir les gens, essayer de faire autrement, une espèce de prévention du placement d'office. Cela a marché, mais je me suis retrouvé parfois dans des situations très délicates... Le maire m'avait appelé pour intervenir chez M. L qui était en train de braquer sa femme et ses enfants avec son fusil, complètement beurré. Je suis arrivé assez vite et le type m'a braqué... J'avais l'idée que plus je parlais avec lui et plus l'alcool se dissipait dans le sang... il a fini par se calmer et venir avec moi, dans ma voiture, à l'hôpital.

Puis je suggérai à la maire adjointe d'étendre ces principes à des réunions dans une crèche autour des dépressions des mamans afin de développer la prévention autour de la périnatalité. Ensuite, le maire m'a demandé de mettre quelque chose en place pour les

chômeurs. J'ai proposé qu'on installe un café dans la salle d'attente où ils viennent pointer et que je sois là avec mes amis infirmiers pour discuter avec eux. Il ne suffit pas d'installer des dispensaires pour faire de la psychiatrie de secteur, mais dans la cité, cela veut dire être présent avec les citoyens, donc aussi leurs représentants, leurs associations.

À l'occasion de l'accompagnement de patients à l'hôpital, le maire voyait le service dans un état de délabrement comme beaucoup d'autres dans les années soixante-dix. C'était l'asile pur et dur comme il redevient aujourd'hui, sauf qu'à l'époque, on avait le sentiment qu'on pouvait le changer et on l'a fait...

Mais il y a eu des lieux de résistance.

On s'est dit qu'il ne suffisait pas de changer la pratique dans la cité, il fallait aussi changer l'hôpital. Dans le service où je travaillais, il y avait des gens qui étaient en contact avec le courant de psychothérapie institutionnelle, Oury à La Borde, Tosquelles à Saint-Alban, avec lesquels on est entrés en relation, et je suis devenu très ami avec eux jusqu'à leur mort. J'ai beaucoup appris d'eux, j'ai appris une psychiatrie qui n'est pas seulement médicale mais aussi fraternelle. « Je peux parler avec l'autre parce que je suis sur un pied d'égalité avec lui, je sais quelques trucs dans mon domaine, mais je ne pourrai pas les appliquer si je ne sais pas quelques trucs dans le domaine de celui avec qui je parle ». C'est un échange de paysages nécessaire et c'est le fond de la psychothérapie bien comprise. On a beaucoup changé le service hospitalier grâce à la psychothérapie institutionnelle. Avec les infirmiers qui étaient vraiment nos alliés de base, on a révolutionné la psychiatrie dans le service où on travaillait et à la demande d'autres services.

Quelques années plus tard, des universitaires m'ont encouragé à passer l'agrégation pour pouvoir enseigner, ce que j'ai fait après vingt-cinq ans de pratique hospitalière.

Quand je suis devenu prof, j'avais l'expérience de la psychiatrie d'adultes avec des schizophrènes pour lesquels j'avais beaucoup d'affection, parce que ce sont des gens qui sont à côté de leurs godasses, qui délirent à plein tuyaux et, en même temps, on peut vraiment élaborer avec eux des stratégies qui tiennent la route. Ce n'est pas toujours le Pérou, mais il y a quelque chose que l'on peut faire et ça les sort vraiment d'affaire. L'équipe avec laquelle on a travaillé à Angers a continué de faire ça pendant ces trois dernières décennies. Et là, ça vient de s'arrêter parce que la nouvelle médecin chef, prof de psychiatrie, vient de décider que toutes ces « conneries » de psychothérapie institutionnelle, les clubs thérapeutiques pour les malades, l'extra-hospitalier, ça ne servait à rien, que le seul truc qu'on avait à faire c'était des diagnostics et prescrire des thérapies cognitivo-comportementales et des neuroleptiques. Tout le reste n'était

pas scientifique. C'est incroyable ! Elle a foutu en l'air un système qui permettait depuis quarante ans de soigner les schizophrènes de façon humaine. Aujourd'hui, les gens sont attachés dans leur plumard, ils servent aux expériences de la prof et basta. C'est ça qui me pose problème, que notre démocratie, qui n'en est plus une à mes yeux, permette de déconstruire des pratiques humaines qui fonctionnent bien et de les remplacer par des trucs inhumains.

Après dix ans de psychiatrie d'adultes, au contact de la schizophrénie et de l'autisme chez les adultes, je me suis demandé comment ça venait chez les enfants. Je me suis spécialisé en psychiatrie de l'enfant à partir des années quatre-vingt, jusqu'à ce que je sois prof. Et là, je n'ai pas fait de la psychiatrie tout seul. À chaque fois, il fallait déclencher, quel que soit le statut, une sorte de désir collectif de changer l'asile. Il a fallu le transformer et je voyais que les soignants étaient là avec leur désir de faire quelque chose, que tout seuls ils n'y arrivaient pas et qu'à chaque fois, on faisait prendre la sauce ensemble. Ça, je l'ai appris de la psychothérapie institutionnelle, de Oury, de l'Association méditerranéenne de psychothérapie institutionnelle (AMPI), de Tosquelles, de La Crieé (Chemla à Reims)... Tous ces gens m'ont appris mon métier. Tu ne peux rien tout seul, mais tu peux des choses formidables quand tu arrives à fonder un groupe et que, dans ce groupe, il y a une solidarité, une fraternité qui fonctionnent vraiment. Il ne s'agit pas de faire du scoutisme à deux balles, il y a dans ces groupes des rivalités comme partout, mais le fait que l'on soit d'accord sur ce minimum, ça permet de déplacer les montagnes.

Dans les services où je suis passé, j'ai pensé de façon intuitive que si le responsable du service, en l'occurrence j'étais médecin-chef, s'occupait des gens les plus graves, les autres ne pouvaient pas faire moins que s'occuper de ceux qui sont moins graves. Ceux qui font le contraire m'ont toujours paru nuls sur le plan éthique et déplorables sur le plan épistémologique. Ça me rappelle une anecdote. Les parents d'un gamin de quatre cinq ans viennent me voir, me disant qu'il est trop violent. Mes collègues me disent pareil. Je me dis : je vais le prendre en charge et ça va passer. Au bout de quelques séances, il me fout un coup de pompe dans les roubignolles, je tombe, la secrétaire entend, elle ouvre la porte et me trouve par terre sans connaissance. Là, le gamin est calmé, il se demande : « Qu'est-ce que j'ai fait au docteur ? ». Les parents, qui étaient dans la salle d'attente, récupèrent leur gamin, les collègues présents viennent. Ils s'assoient autour de moi. « Enfin Pierre qu'est-ce qu'il se passe ? - Eh bien je me suis fait avoir. Je croyais que j'allais pouvoir le soigner tout seul, que les autres qui avaient essayé avant, c'était des nuls et voilà, je me suis pris un sacré coup de pompe ». Ils me disent : « On va t'aider alors ». Ça a déclenché un soin extraordinaire. On a entamé une série de *packings*, trois séances par

semaine pendant dix ans. Et ce gamin, on l'a guéri de sa psychose. Par la suite, on a utilisé les packings pour les soins aux enfants violents.

Mais ça a déclenché une espèce de cabale dingue. Des associations de parents ont considéré que c'était un soin barbare et nazi... j'ai eu un tas d'emmerdes avec des parents paranos, ce qui n'a pas empêché que les équipes continuent ce boulot formidable. Ça a abouti à des trucs incroyables, jusqu'aux menaces. Ils savaient dans quelles écoles allaient nos enfants, un vrai scénario de science-fiction, au point que les parents continuaient de nous soutenir, mais ne pouvaient pas le faire publiquement.

Il y a une espèce de force de frappe qui se développe pour influencer le politique. Les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) au sujet de l'autisme n'ont pas été émises en fonction de la science, mais en cédant à un rapport de force puissant, pervers, à l'image de la société contemporaine. J'appelle ça la république des « faux selfs ». L'homme politique, trop souvent, fait un discours formidable, mais dès qu'on lui demande : « Est-ce que ce discours est en accord avec ce que vous faites ? », il y a un arrêt sur image et on voit bien que ce qu'il décrit ne correspond pas à ce qu'il est vraiment. Ils ne sont pas capables de tenir les trucs, comme : est-ce que l'on s'occupe des malades mentaux si ça coûte du fric ? Est-ce qu'on s'occupe des prisonniers si ça coûte du fric ?... Eh bien non, la majorité va dire « ces populations minoritaires, on ne va pas s'en occuper ».

Quand on était soutenu par l'État, des hauts fonctionnaires qui avaient un quant à soi formidable, une éthique, ça marchait. Dès l'instant où certains ont été influencés par des lobbies, ils n'avaient plus aucune raison de nous défendre. On s'est retrouvés en grande difficulté dès lors que les hauts fonctionnaires n'ont plus défendu une politique digne de ce nom.

Actuellement, les collègues universitaires, puisqu'au niveau de l'État la fraternité, l'humanité, l'éthique ne marchent pas, se sont repliés sur les neurosciences. Seulement, si la psychiatrie scientifique est intéressante en ce qui concerne les découvertes des neurosciences, elle ne participe en rien à l'humanisation de la pratique psychiatrique. Ce qui permet une pratique psychiatrique humaine, c'est la psychothérapie institutionnelle. Les neurosciences apporteront une psychiatrie vétérinaire. Les gens que l'on soigne ont alors un statut d'objet de soin, de recherche, de commisération, de pitié, mais en aucun cas ils ne sont considérés comme des acteurs participant activement à leurs soins. J'insiste sur l'aspect collectif que j'ai appris avec Tosquelles et Oury. Il faut des pédagogues, il faut des soignants et tous ces gens-là constituent ce qu'on appelle la constellation transférentielle. Et si on s'en occupe à plusieurs, le patient peut aller mieux, et ce n'est pas grâce à un membre de la constellation, c'est grâce à l'ensemble de la constellation qui

fonctionne de façon collective avec lui. Si on travaille dans le service public, la psychiatrie de secteur, c'est parce que l'on a besoin de travailler en équipe pour accueillir les gens qui ont les pathologies les plus graves. Cela n'empêche pas qu'un patient schizophrène puisse aller voir un psychothérapeute en ville, en plus, c'est vraiment intéressant pour lui, mais à condition que la fonction de contenance et de portage, que j'appelle la fonction phorique, soit assurée par une équipe qui comporte plusieurs personnes. On voit bien que pour les parents, c'est absolument fondamental. Quand ils ne sont pas seuls à s'occuper de leur enfant, qu'ils ont d'autres coresponsables avec eux, leur état psychique change fondamentalement. Avant de faire de la pédopsychiatrie je l'ai appris avec mes copains généralistes à Trélazé, dans le cadre de notre groupe de travail sur le mode Balint. On se posait des questions sur les patients qui nous créaient des difficultés, eux en tant que généralistes et moi en tant que psy. C'est de ces échanges horizontaux qu'est né un savoir tout à fait essentiel à nos yeux.

L'idée que l'on avait au départ du Syndicat de la médecine générale était vraiment remarquable. On demandait le paiement à la fonction pour avoir le temps d'accueillir les gens en fonction des problèmes qu'ils présentaient. Si on est payé à l'acte, c'est quelque chose de différent qui se produit.

Évidemment, quand je me suis retrouvé psychiatre d'enfants, j'ai continué de travailler comme ça souvent. En ville, j'étais avec le pédiatre, le médecin généraliste de l'enfant. J'ai fait beaucoup de groupes de travail pour les sensibiliser aux signes précoces de souffrance des bébés. On a fait beaucoup de formations communes sur ces sujets-là, y compris des recherches-actions avec des pédiatres et des généralistes. Je me souviens d'une recherche que l'on a faite à Lille qui a beaucoup intéressé les pédiatres : pendant les dix-huit premiers mois, on observait que si le bébé n'était pas bien dans l'interaction avec ses parents (il ne souriait pas, il ne regardait pas, il avait des troubles du sommeil ou du nourrissage importants), le pédiatre, plutôt que de l'envoyer chez le psy, incitait la maman un petit peu inquiète à raconter. Il prévoyait de prendre une heure avec le parent et le bébé en question. On a constaté au bout de deux ans que 90 % des dépressions du post-partum disparaissaient. Ce genre de recherche-action avec les praticiens permettait de rapprocher les psychologues et les somaticiens. Elle a mis en évidence une réponse que l'on appelle l'articulation psychosomatique. Il ne s'agit pas de séparer ce qui est psycho de ce qui est somatique, mais d'être sensible, avec nos deux métiers, à cette articulation-là. C'est un trésor pour les patients que l'on accueille. On réunissait les gens qui s'occupaient d'un gamin autiste, ceux qui étaient en contact avec lui à l'hôpital et ceux qui s'en occupaient à l'extérieur, l'école, les parents etc. C'était pour mieux comprendre chaque

gamin. Et puis il y avait le champ organisationnel du service dans lequel les gens se réunissaient pour organiser le travail, de façon autogérée. Je trouvais que ça disait quelque chose sur le fonctionnement démocratique. C'est-à-dire qu'on confie des choses qui sont de leur champ à ceux qui peuvent s'en occuper et on confie d'autres choses à d'autres, de temps en temps ça se recoupe, ou pas, mais on respecte absolument ça, et c'est parce qu'on le respecte que ça fonctionne. C'est pareil dans notre société, il faut que chacun puisse organiser son travail sans avoir un type qui va lui dire comment faire.

Il y a une sorte de confiscation de ce qui fait des gens des professionnels.

Et alors, le comble actuel, c'est ce fameux *New Management*. J'ai lu le petit bouquin de Chapoutot qui est vachement bien, où il met en évidence que ça vient du nazisme... Et ça nous pourrit la vie aujourd'hui ! C'est quand même étonnant, non ?

Donc les mecs qui sont directeurs d'hôpitaux viennent nous dire comment il faut soigner. C'est dingue, c'est-à-dire que les caricatures, dont on rigolait dans les années soixante-dix, sont devenues réalité et maintenant, on n'en rit plus du tout.

Le problème c'est que cette manière de penser la psychopathologie, dans le développement notamment, n'est plus du tout enseignée en faculté de médecine. La psychanalyse a été complètement éradiquée dans beaucoup d'endroits, du fait d'offensives politiques absolument incroyables. J'insiste là-dessus parce que dans l'enseignement des étudiants en médecine, mais aussi des internes dans des cabinets de pédiatres, de généralistes, à l'hôpital où on a cette philosophie de travail, cela donne une cohérence tout à fait intéressante. Il me semble qu'on est en train de connaître une espèce de nouvel âge de la médecine, de la psychiatrie, très marqué par une prétention scientifique qui, dans beaucoup de disciplines, n'est pas au rendez-vous. Pour moi, il faudrait cultiver une sorte d'articulation entre les neurosciences, qui sont nécessaires et qu'il faut absolument approfondir, et la psychopathologie transférentielle (c'est comme ça que j'appelle la psychiatrie dynamique freudienne). On voit bien

qu'actuellement, il y a quantité de patients qui présentent des souffrances psychiques et qui ne sont pas pris en charge de façon cohérente.

Tu parles des neurosciences, mais il y a le poids de la chimie aussi derrière ? L'illusion de la pilule miracle.

Alors c'est ça le problème. Une personne psychotique, c'est évident qu'elle a besoin de neuroleptiques, mais pas seulement. Il faut que celui qui les prescrit soit en attitude psychothérapique avec son patient, qu'il se soucie de comment il vit, de ce qu'il bouffe, comment il dort, s'il est emmerdé par les voisins, s'il va dans une association, s'il a des activités. S'il s'intéresse uniquement à ses neuroleptiques et à ses dosages hépatiques, c'est un vétérinaire, ce n'est pas un psychiatre humain. C'est ça que j'essaie de défendre, avec vivacité parfois.

Bien que j'aie pris ma retraite il y a un an, je continue à faire de la supervision avec des équipes en charge de patients très graves, principalement autistes, et qui sont au bout du rouleau.

Comment vois-tu la suite ?

J'ai confiance dans les jeunes, j'ai l'impression qu'ils sont en train de fomenter un truc pour des raisons que je trouve encore plus géniales que les nôtres, c'est-à-dire pour l'écologie de la planète. J'ai l'impression qu'il va y avoir un certain nombre d'endroits où ça va faire des contre-pouvoirs très puissants, alors qu'on nous prend pour des nostalgiques. C'est pour ça que j'ai une dépression relative, il y a une part de moi qui se demande ce qu'on a raté et une autre qui me dit que les jeunes vont arriver là où nous, on n'est pas arrivés. Et sans doute qu'ils reprendront dans les bibliothèques ce qu'on a quand même réussi à pousser un peu loin, notamment les décroissements. Je crois qu'on n'a pas assez travaillé sur l'histoire des décroissements, mais je pense que sur le plan philosophique, c'est absolument fondamental que les disciplines se mettent à bosser ensemble, que des trucs géniaux et féconds en sortent. À chaque fois ça s'est vérifié, j'y crois beaucoup. 🍷



Vieillir vivant

VIEILLIR est un processus inscrit dans notre patrimoine génétique, mais qui ne dit rien du désir ni du sentiment d'être vivant. Force est de constater qu'il ne fait pas bon vieillir dans nos sociétés déritualisées et axées sur la productivité. Ce dossier propose de partager les réflexions des intéressés, ainsi que des professionnels du soin et des chercheurs sur une problématique qui nous concerne toutes et tous et d'envisager comment on pourrait redonner « aux vieux » une qualité de vie à laquelle ils sont en droit de prétendre.

La plupart des associations de bénévoles fonctionnent grâce à l'engagement des retraités. L'aide financière, éducative, sportive, la garde des petits enfants font partie de l'économie familiale souterraine et indispensable, qui assure le lien entre les générations, mais qui est rarement estimée à sa juste valeur.

Au mieux, les personnes âgées suscitent l'indifférence, au pire certaines subissent la maltraitance de leurs proches ou des institutions qui les accueillent : entre les deux, une kyrielle de situations qui ont pour corollaire l'absence de considération de la parole de la personne, de sa place, quel que soit son âge. Faut-il renier « les vieux » pour se sentir exister ? C'est ce que suggère le « jeunisme », forme de rejet des plus expérimentés, prétendant substituer la nouveauté à l'archaïsme qui constituerait un problème.

Mais le déclin progressif de nos capacités physiques ou psychiques ne signifie pas la perte de notre humanité. Personne ne doit et surtout ne veut être réduit à la « prise en charge » de ses difficultés, même si celles-ci augmentent inéluctablement avec l'âge.

Les personnes âgées ont payé un lourd tribut à la Covid-19. On les a dissuadées de se rendre aux urgences, avec pour conséquence une aggravation de leurs conditions de vie en Ehpad, alors même qu'elles avaient été coupées de leurs proches. Cette pandémie aura mis en lumière la manière dont on déconsidère « les vieux » aujourd'hui. Que pensent les personnes concernées de la forme radicale de confinement à laquelle elles ont dû se soumettre, de la dépossession réglementaire de leur libre arbitre ?

Les Ehpad sont-ils la solution pour accompagner le « grand âge » ? Des alternatives existent déjà ici ou là. L'accompagnement à domicile est sans doute à repenser et d'autres formes d'organisation restent à inventer.

Quels dispositifs permettraient aux personnes âgées de vivre au plus près possible de leurs désirs et d'occuper la place qu'elles souhaitent dans la cité ?

Qu'est-ce que les vieux auraient à nous dire que nous ne voulons pas entendre et qui nous fait les mettre à l'écart ? Qu'aurions-nous à leur dire ? Comment restaurer une confiance mutuelle entre les générations, un partage de connaissances qui permette un dialogue équilibré et qui soit source de plaisir et de progrès ?

Il faut déjà commencer par reconnaître « aux vieux » ce qu'on leur doit : la dignité d'exister. 

Vieux : des citoyens comme les autres ?

Certaines déclarations permettent d'entrer rapidement dans le vif du sujet de l'âgisme. Telle celle de Jean Castex, Premier ministre, lors de sa conférence de presse du 27 août 2020 : « Évitions que Papi et Mamie aillent chercher leurs petits-enfants à l'école. »

Jérôme Pellissier

Écrivain, docteur et chercheur en psychologie, vice-président de l'Observatoire de l'âgisme

UNE phrase qui cumule deux caractéristiques de l'âgisme – on ne parle pas directement à la personne, mais à ses proches ; on utilise pour la nommer un vocabulaire particulier, réservé aux familiers – qui révèlent deux de ses constantes : l'infantilisation et la suspicion d'incapacité.

Mais avant d'y venir, quelques précisions sur ce terme et cette notion encore peu connues en France.

Qu'est-ce que l'âgisme ?

Le terme « âgisme », équivalent français de l'anglais *ageism*, formé sur le principe des mots *sexisme* ou *racisme*, englobe toutes les formes de préjugés ou de discriminations basées sur l'âge¹.

Actuellement, le terme est surtout employé dans le cadre d'actions ou de campagnes centrées sur les « personnes âgées » ou les « seniors ». Il faut donc bien insister : l'âgisme ne concerne pas que les personnes dites « âgées ». C'est bien le critère de l'âge (comme base de discrimination ou de préjugés) qui constitue l'âgisme, et non le fait qu'il touche tel ou tel groupe (« les jeunes », « les seniors », « les personnes âgées », etc.).

Si le terme « âgisme » est peu employé, le phénomène est majeur : en Europe, l'âge constitue le facteur de discrimination le plus important, loin devant le genre, l'origine ethnique ou la religion. Pourtant, il existe bien peu de politiques de lutte contre l'âgisme en comparaison de celles visant à lutter contre les autres formes de discriminations. Il semble donc que l'âge soit le facteur de discrimination le plus quantitativement important, mais le mieux – individuellement et socialement – toléré².

La mécanique âgiste

On retrouve dans l'âgisme, comme dans le racisme ou le sexisme, de semblables mécanismes. Évoquons-en quelques-uns – plus on en prend conscience, moins on risque d'en être dupes ou de les pratiquer.

Le premier, préalable indispensable à tous les autres, est la *focalisation*, processus par lequel on centre le

regard et l'attention sur une seule caractéristique de la personne (ici son âge). On le retrouve par exemple systématiquement dans ces articles de presse qui, relatant un accident de la route, commencent par indiquer l'âge du conducteur dès qu'il se situe au-delà de 60 ou 70 ans.

Très souvent, cette focalisation conduit à un deuxième processus : la *réduction* de l'individu à cette caractéristique. Il n'est plus un être complexe, multiple, que de nombreux aspects (son mode de vie, ses convictions, ses revenus, ses activités, etc.) permettraient d'approcher, et ayant *entre autres* un certain âge, mais « un jeune », « un quadra », « une personne âgée ». Une caractéristique soudain censée le résumer, voire le définir ; une caractéristique soudain censée, si ce n'est tout dire de lui, du moins en dire bien assez. Remarquons en passant que la « personne âgée », comme la « personne de couleur », offre le sous-entendu implicite que les autres n'ont pas d'âge ou pas de couleur.

Après avoir ainsi réduit l'individu, on peut le faire disparaître dans la masse de ses (supposés) semblables – puisque partageant cette même caractéristique. C'est l'uniformisation : et voici « les jeunes », « les vieux »... Des catégories de personnes dont le seul point commun est d'être nées vers la même époque, des catégories dont la seule pertinence est chronologique ou démographique, mais qui, aussitôt créées, vont être utilisées pour servir de base à des affirmations n'ayant rien à voir avec l'âge : sur le versant sociologique (les personnes âgées votent à droite et souffrent de solitude, tandis que les jeunes aiment faire la fête et le progrès technologique) ou psychologique (les personnes âgées sont égocentristes et radines, tandis que les jeunes sont impulsifs et tolérants). On trouve même encore des chapitres de livres sur « la psychologie de la personne âgée » comme on trouvait jadis des textes sur « la psychologie de la femme » ou celle du « sauvage ». Soulignons que dans ce processus, on prend toujours les gens « en gros » : « les personnes âgées » sous-entend en effet semblables caractéristiques pour toutes les personnes ayant entre 70 et 110 ans, soit quarante ans et deux

génération d'écart ! Comme « les enfants » met dans le même panier des mineurs un petit garçon de 5 ans et une jeune fille de 14...

Dernier processus à l'œuvre dans cette mécanique âgiste : la *stigmatisation*. La majorité des caractéristiques qui sont ainsi associées à telle ou telle catégorie de personnes réunies par leur âge sont en effet des stéréotypes négatifs et stigmatisants. Notons cependant qu'ils peuvent être positifs — « les jeunes » alors sont « plus ouverts et tolérants », ou « les personnes âgées » ont « plus de sagesse ». Ça ne les rend évidemment pas plus justes. L'essentiel n'est pas tant le contenu du stéréotype, mais bien le processus par lequel *l'âge fait la personne* et la désindividualise.

Stéréotypes

Nous pourrions faire de longues listes des stéréotypes, de ceux qui touchent surtout les « personnes âgées », tant ils sont présents dans tous les domaines. Qu'il s'agisse de conduite automobile (tous les vieux conduisent mal, lentement, et dangereusement) ou d'économie (individuellement ils sont radins et avarés, collectivement ils coûtent plus qu'ils ne dépensent et vivent aux dépens des actifs, etc.), les stéréotypes tournent toujours autour des mêmes pôles : aux vieux, comme à la vieille honnie qu'ils symbolisent tous identiquement, est associé tout ce qui est lent, tourné vers le passé, malade, fermé, figé, rigide, etc. Nous avons, sur le site de l'Observatoire de l'âgisme, comme dans certains ouvrages, proposé des analyses de ces affirmations et systématiquement montré, chiffres et données à l'appui, pourquoi ils constituaient précisément des stéréotypes.

Il est en effet parfois nécessaire de prendre le temps d'analyser précisément les faits, car les stéréotypes s'appuient presque toujours sur des petits bouts de réalité, qu'ils vont ensuite déformer. Par exemple, à plusieurs élections présidentielles récentes, les « plus de 65 ans » étaient environ 55 % à voter au second tour pour le candidat de droite, 45 % pour celui de gauche. L'âgisme commence ensuite, quand la plupart des commentateurs passent de cette réalité à l'affirmation que « la majorité des personnes âgées votent à droite », puis au stéréotype que « les vieux sont conservateurs/réactionnaires ». On observe le même phénomène quand on lit que les « retraités/personnes âgées sont aisés », affirmation générale qui implique de faire l'impasse sur de nombreuses réalités, dont le nombre important de femmes âgées en situation de pauvreté, et le chiffre des quelques pourcents de « personnes âgées » qui possèdent autant que les 90 % des autres. Dans l'univers (fictionnel) des clichés, on ne s'embarrasse pas du réel : tous les actifs pauvres, tous les pauvres de moins de 70 ans, deviennent soudain riches quand ils prennent leur retraite ou se font vieux. Quant aux retraités et seniors régulièrement dépeints

comme « oisifs » et « égoïstes », faut-il rappeler que, sans eux, la majorité des villages de France seraient sans conseils municipaux, la majorité des associations loi de 1901 sans bureaux, la majorité des familles avec enfants sans grands-parents, etc. ?

Attitudes

Les stéréotypes âgistes, non seulement déforment les réalités psychologiques ou sociologiques, mais modèlent nos actions et nos conduites.

Les conséquences de la suspicion d'incapacité, du soupçon que les vieux sont tous en perte d'autonomie psychique, se retrouvent partout. Citons cette banque qui, en Belgique il y a quelques années, avait plafonné les montants de retrait des cartes bleues de tous les clients âgés ; ces départements français qui, en 2020, en collaboration avec la police et le ministère de l'Intérieur, lançaient une grande campagne d'affichage dont le dessin montre une petite fille qui sermonne son grand-père : « Papi, n'ouvre pas aux inconnus ! » Les pouvoirs publics qui, globalement, ne cessent de dire aux « personnes âgées » ce qu'elles doivent faire,

« Papi, n'ouvre pas aux inconnus ! »

sans jamais les associer aux réflexions et décisions, baignent en permanence dans l'âgisme. Cela dit, le contexte Covid rend difficile de bien distinguer la part technocratique, qui conduit les « experts » à ordonner et prescrire à une population pensée comme psychiquement peu autonome, et la part âgiste, qui conduit ces mêmes experts à être encore plus dirigistes et infantilisans avec les « personnes âgées », à encore plus les considérer comme des « corps à protéger ». L'isolement social d'un certain nombre de « personnes âgées », que la canicule de 2003 avait révélé, pèse en effet peu face à la nécessité de l'isolement sanitaire, qui du coup apporte une forme de caution à l'indifférence habituelle de notre société pour les conséquences psychosociales délétères de l'isolement.

Âgisme et prendre soin

Mais revenons à la suspicion d'incapacité. Il est difficile de faire des études sur de tels phénomènes, malheureusement, mais ils le mériteraient : à partir de quel âge, par exemple, quand un professionnel de santé reçoit un enfant (jeune) et son parent (adulte), s'adresse-t-il *enfin directement* à l'enfant ? Au-delà de quel âge, quand il reçoit un parent (âgé) accompagné par un proche (adulte jeune), s'adresse-t-il surtout à l'enfant accompagnateur ?

Des études, menées avec des professionnels de santé, ont en revanche mesuré comment les conduites âgistes modifient le comportement de ceux qui en sont victimes. Elles montrent qu'il suffit de trop aider une

personne pour provoquer une diminution de ses capacités. Elles montrent qu'il suffit de penser que la personne âgée (donc *forcément* un peu sourde, ralentie, voire pré-Alzheimer !) qui nous fait face ne peut pas bien comprendre ce que nous lui expliquons pour que nous lui parlions « petit vieux » (plus fort et plus lentement, avec des phrases courtes et des répétitions), ce qui va l'amener à moins s'exprimer, moins poser de questions, etc. « Papi, pas école ! » comme dirait sans doute notre Premier ministre s'il s'adressait directement aux grands-pères.

C'est vrai au quotidien, en famille, comme c'est vrai dans le domaine de l'accompagnement, du soin et du prendre soin, où les stéréotypes âgistes ont souvent des conséquences dramatiques. Évoquons quelques phénomènes :

Concernant les liens entre vieillesse et dépression, il est bien possible que l'âgisme explique en partie la réalité du sous-diagnostic de la dépression chez les personnes âgées. Le stéréotype, très répandu, qui veut que la vieillesse soit forcément une période « triste et déprimante » conduit ainsi à banaliser certains symptômes quand le patient est (très) âgé. Qui, parmi nous, dans son for inconscient, ne pense pas une forme de : « Être vieux c'est déprimant ; donc un vieux déprimé, c'est normal » ? La dépression, surtout quand elle n'est pas repérée, peut conduire au suicide. Là, c'est un autre phénomène qui apparaît, très lié à l'âgisme également : plus la personne qui se suicide est âgée, plus son suicide est décrit (dans les médias notamment) comme un choix, digne et respectable, un acte de courage et de liberté. À 30 ans c'est un drame, à 80 ans une libération.

« À l'âge que vous avez ce n'est pas un problème. »

L'âgisme fait aussi des ravages dans le domaine de la sexualité, où l'on observe de fortes tendances à nier, voire à empêcher la vie sexuelle des personnes considérées comme âgées. Un phénomène qui se constate à tous les niveaux : depuis celui des grandes études de ces dernières décennies sur la « sexualité des Français », qui n'interrogent pas les personnes de plus de 70 ans, jusqu'aux décisions de certains enfants, prêts à changer leur parent d'Ehpad pour l'empêcher de poursuivre une nouvelle relation amoureuse, en passant par les attitudes de certains professionnels de la gérontologie, qui traitent par l'infantilisation, la moquerie ou le mépris toutes formes d'activité sexuelle. Il faut dire que la gérontologie et la gériatrie ne les aident pas : dans des listes classiques de « troubles du comportement », on trouve la mention de l'hypersexualité, mais jamais celle de son contraire. Du coup, dans la majorité des Ehpad, comme dans la majorité des familles, qu'une personne cesse d'avoir une vie sexuelle n'interroge absolument pas.

« Le gynéco que j'ai vu m'a dit que j'avais un cancer. Il m'a précisé : "On peut vous guérir mais il va falloir enlever le sein." Je n'étais pas contente. Il m'a répondu : "À l'âge que vous avez ce n'est pas un problème". » Ce témoignage, rapporté dans l'étude *La « maltraitance ordinaire » dans les établissements de santé* (Haute autorité de santé, 2009), est symptomatique d'un phénomène qui va bien au-delà du domaine de la sexualité, jusqu'à la question de la valeur que nous accordons, en fonction de son âge, à la santé ou à la vie d'une personne. En oncologie, par exemple, des études l'ont montré : les patients âgés cancéreux bénéficient de moins de procédures conservatrices (ex. : reconstructions mammaires) et sont également sous-traités comparativement à des patients plus jeunes. Les problèmes liés aux traitements étant de surcroît aggravés par un phénomène auquel l'âgisme, là encore, n'est pas étranger : souvent, moins de 10 % de patients âgés inclus dans les essais cliniques sur des médicaments, quand bien même ces patients âgés représentent la majorité des victimes des maladies visées par ces médicaments.

Discriminations

Les stéréotypes âgistes, la moindre considération pour des personnes du fait de leur âge, nourrissent et entretiennent ainsi des discriminations.

La plus célèbre, en France, est celle qui, à handicap et besoin d'aide équivalents, distingue les personnes de moins de 60 ans et les personnes de plus de 60 ans. Ces dernières n'accèdent pas aux mêmes dispositifs : le leur, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), contrairement à la Prestation de compensation du handicap (PCH), est plafonné, et ne permet donc pas de financer l'ensemble des besoins d'aide.

J'insiste : à *handicap et besoin d'aide équivalents*. Car c'est bien là qu'est l'âgisme : dans le fait que c'est l'âge, et seulement l'âge, et non la situation de la personne, qui produit la différence de traitement. Ici, c'est la barrière des 60 ans ; ailleurs, dans le fait de ne pas avoir accès au RSA, c'est celle des 25 ans.

Ces discriminations officielles témoignent de ce phénomène particulièrement redoutable : l'âgisme conduit à la discrimination, la rend tolérable et banale, et la banalisation de la discrimination renforce et légitime l'âgisme qui la soutient. Des discriminations si tolérées qu'elles donnent lieu à très peu de réactions. Il existe en effet peu de combats et de combattants pour lutter contre, par exemple, cette différence de traitement entre les personnes handicapées de moins de 60 ans et celles de plus de 60 ans. Imagine-t-on semblable indifférence générale si c'étaient les personnes handicapées homosexuelles, ou protestantes, qui devaient se contenter d'un sous-dispositif ?

De manière générale, pour prendre la mesure de l'âgisme dans lequel nous baignons sans même le réa-

liser, faisons un peu de politique-fiction, sous la forme de quelques questions : si le directeur de l'AP-HP, Martin Hirsch, au lieu de dire (sur France Inter, le 27 juillet 2010) : « Il faut refaire le suffrage censitaire et donner deux voix aux jeunes quand les vieux n'en ont qu'une. Il faut donner autant de voix qu'on a d'années d'espérance de vie », avait promu plutôt de donner deux voix aux riches, ou aux pères de famille nombreuses, ou aux catholiques, serait-il encore directeur de l'AP-HP ? Si la maladie d'Alzheimer touchait surtout les quadragénaires, les Ehpad – qui sont en réalité des services de gériatrie et de psycho-gériatrie fonctionnant avec les moyens adaptés à des maisons de retraite occupationnelles des années 1970 – seraient-ils aussi socio-économiquement délaissés ?

Et que penser du fait que les principaux acteurs de la lutte contre l'âgisme touchant les vieux sont, en France, non des vieux se saisissant eux-mêmes de ce combat, mais... des professionnels de la gérontologie et de la gériatrie ! Un peu comme si les principales forces du militantisme féministe étaient des associations de gynécologues ou d'obstétriciens. Impensable ici, banal là.

Pertinence des catégories d'âge ?

L'âge est une donnée *biologique*, mais socialement manipulable et manipulée, comme le rappelait Pierre Bourdieu. Notre culture et notre époque, plus que toutes autres avant elle, l'utilisent intensément, au risque de laisser les usages administratifs, pratiques, des catégories d'âge devenir des supports à catégorisations et discriminations psychosociales.

On peut se demander également si de telles catégories n'empêchent pas de s'intéresser à l'essentiel. Certes, globalement, statistiquement, les personnes de plus de 65 ans sont plus fragiles face à certaines maladies... que des quadragénaires. Mais il suffit que le septuagénaire soit plus mince et sportif qu'un quadragénaire (en surpoids, ou qui fume, ou...) pour que l'un soit moins fragile que l'autre. Est-ce que la fragilité ou la vulnérabilité (avec toutes leurs composantes) ne permettraient pas de mieux penser et agir ? Certes, théoriquement, globalement, les personnes âgées de 15-18 ans ont de moins bonnes capacités d'autonomie psychique, ou s'intéressent moins aux affaires publiques, à la politique, que les personnes adultes. Mais bien des adultes sont moins psychique-

ment autonomes et plus politiquement indifférents que bien des jeunes âgés de 15-18 ans. Y aurait-il intérêt politique à enfermer les jeunes dans leur statut de mineurs, comme les plus vieux dans leur statut d'inactifs ?

Grandir-vieillir

Malgré la thématique de ce numéro de *Pratiques*, il m'a paru important d'évoquer aussi, souvent, l'âgisme touchant « les jeunes ». D'abord parce que cette catégorie de la population est, avec celle des personnes dites âgées, la plus victime d'âgisme. Les deux se retrouvent en effet, dans le chaudron âgiste, très proches : les infantiles et incapables côtoient les gâteux et incapables dans cette grande masse, méprisée, des personnes perçues comme dépendantes et sous tutelle. Ensuite parce que l'un des ressorts de l'âgisme est de nous conduire justement à séparer les gens et à les catégoriser selon leur âge chronologique et biologique. À séparer le grandir et le vieillir. Or tant que l'on se refusera à confondre l'être humain avec son corps, il est essentiel de rappeler que les enfants vieillissent, et seraient bien plus socialement autonomes si on leur permettait de l'être, et que les vieux grandissent – ou plutôt, qu'ils seraient bien plus nombreux à continuer à grandir si notre culture ne passait pas son temps à les convaincre qu'ils sont depuis longtemps achevés. 

- 1 Définition de l'Organisation mondiale de la santé : *"Ageism is the stereotyping and discrimination against individuals or groups on the basis of their age ; ageism can take many forms, including prejudicial attitudes, discriminatory practices, or institutional policies and practices that perpetuate stereotypical beliefs."* (« L'âgisme est le fait d'avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. L'âgisme peut prendre de nombreuses formes, notamment des comportements fondés sur des préjugés, des pratiques discriminatoires ou des politiques et pratiques institutionnelles tendant à perpétuer les croyances de ce type. »).
- 2 Voir J. Pellissier, *La guerre des âges*, Armand Colin, 2007 et *Le temps ne fait rien à l'affaire*, L'aube, 2012.
- 3 S. Adam, S. Joubert, P. Missotten, « L'âgisme et le jeunisme : conséquences trop méconnues par les cliniciens et chercheurs ! », *Revue de Neuropsychologie, Neurosciences Cognitives et Cliniques*, 5(1), p. 4-8, 2013.

Le yoga du son

Les circonstances de ma vie ont fait que le travail du corps s'ouvre à un travail du son, où le son vient masser le corps intérieur. Tant et tant de propositions sont possibles. Le plus souvent, nous commençons dans la posture yogique, assis avec les jambes croisées devant soi, puis nous sommes appelés à nous mettre debout ou allongés, à bouger les bras ou les jambes. Ainsi le ressenti corporel, la conscience intime, l'ouverture à la nouveauté nous relie au plus intime de nous-mêmes : notre voix. Découvrir sa vibration et son lien avec notre corps. Explorer et libérer les espaces intérieurs en sentant cette vibration se propager à travers tout le corps. Se rendre compte que le son est un pont vers l'autre, que le chant harmonique nous ouvre vers l'univers entier.

Le chant de l'écoute

Quand j'ai entendu qu'un atelier de chant allait bientôt être ouvert par des chanteurs que j'apprécie beaucoup, je me suis dit : « Ça, c'est pour moi », je vais enfin pouvoir sortir de la honte qui me nuit depuis l'âge de douze ans : « Tu entends juste mais tu chantes faux. » Je n'ai qu'à travailler, avec l'aide de ces personnes-là, j'arriverai à chanter juste. Ce sera un cadeau de mes vieux jours, attendu depuis si longtemps. Au moment de cette écriture, l'atelier est à peine démarré et je n'y ai participé qu'une seule fois. Et quelle surprise ! On me dit « chanter n'est pas une question de chanter juste mais d'écouter ». Toute la suite de

la séance portait sur cette intention. Mon incapacité de répondre aux consignes a tout de même laissé passer l'essentiel : écouter. Écouter attentivement les autres chanter. Écouter la source du chant en moi, sentir ses vibrations. Dans le fond, tout est vibration. Encore une fois « Le chemin c'est le marcheur ». Une perspective nouvelle s'ouvre devant moi.

Pour ne pas conclure

La vie est mouvement, de la conception à la mort. Nous n'avons jamais fini d'apprendre qu'un pas invite les pas suivants tant que le cœur bat et que les poumons respirent...

« ... Je vois cet homme redescendre d'un pas lourd mais égal vu le tourment dont il ne connaîtra pas la fin. Cette heure est comme une respiration et qui revient aussi sûrement que son malheur, cette heure est celle de la conscience. À chacun de ces instants, où il quitte les sommets et s'enfonce peu à peu vers les tanières des dieux, il est supérieur à son destin... Sisyphes aveugle qui désire voir et qui sait que la nuit n'a pas de fin, il est toujours en marche. Le rocher roule encore. » (Albert Camus, *Le mythe de Sisyphe*)
 Je suis encore en vie – pour combien de temps ? Qu'est-ce qui m'attend au tournant, surtout dans cette période incertaine de l'histoire de l'humanité ? J'ai appris que les dépendances ne sont pas forcément des échecs. Au contraire, elles peuvent devenir tremplins vers de nouvelles expériences, de nouveaux horizons. On peut continuer à apprendre si on accepte de faire l'effort – voire d'y prendre plaisir. 📍

Médicament, firmes pharmaceutiques
 Personnes âgées, vieillissement, vieillesse

Pilules

Serge Sadois
 Retraité actif

Docteur,

Je fais mes piluliers tous les quatre jours, trois boîtes vertes et une bleue avec trois cases chacune, pour la case du matin, j'ai un comprimé rose pour limiter les crises d'épilepsie suite à un AVC en 2002, je la prends aussi le soir, et, de plus, le midi, pour éviter une récurrence d'accident vasculaire et me fluidifier le sang, un sachet de poudre à dissoudre qui, lui, est accompagné d'une gélule jaune que je prends aussi le matin et le soir, gélules spécialement faites à la main pour moi par le pharmacien afin de lutter

contre une insuffisance rénale découverte en 2016, dans ces mêmes trois cases (matin, midi et soir), c'est un comprimé heureusement sécable parce que le matin ce n'est qu'un demi, ceux-là, c'est pour les soucis du système biliaire découverts en 2018, sans compter que pour faire baisser mon hypertension artérielle diagnostiquée en 1985, j'ai un petit comprimé blanc le matin et une gélule grise le soir, un peu de couleur, pour changer, ça fait pas de mal, et comme je suis un fabricant récidiviste de lithiases rénales depuis 1978, j'ai un gros comprimé blanc matin et soir qui les éviterait, paraît-il, l'efficacité n'étant pas vraiment prouvée, mais on ne sait jamais, n'oublions pas qu'avec l'âge, ma prostate est, elle aussi, un tout petit peu fatiguée et qu'il m'a été prescrit une gélule, à peine blanche, avant le coucher, j'y ajoute une petite bleue contre les acariens parce que, pour calmer mon colon malade et la fin du grêle qui n'est pas mieux, j'ai deux fois par mois des piqûres d'immunosuppresseurs qui ruinent la Sécu d'une part et un peu mon équilibre cutané d'autre part, ce qui implique une autre toute petite pilule blanche le matin pour y remédier et, enfin, pour finir, il y a une injection d'EPO, c'est pas pour faire le Tour de France vu que je ne sais pas faire de vélo, mais pour lutter contre l'anémie causée par le manque de vivacité des reins.

C'est tout.

Je crois que je n'ai rien oublié.

Docteur, pensez-vous qu'il serait utile de me prescrire des séances d'atelier mémoire ? 📍

Au risque de la mort sociale

Si les personnes âgées parviennent à vieillir en se sentant exister, donc à vieillir vivantes, n'est-ce pas là l'essentiel ? C'est ce que signifiait Donald Winnicott avec son « *May I be alive when I die !* »

Yves Kagan

Médecin interniste et gériatre, CASIP COJASOR, Paris

POUR parvenir à vieillir vivant, il faut d'abord compter sur le hasard – qui fait plus ou moins bien les choses, la vie étant une loterie – et aussi sur des qualités intrinsèques maîtrisées comme l'estime de soi. Mais cela n'est pas suffisant, encore faut-il que les sujets âgés puissent bénéficier d'un étayage extérieur de la part de leur entourage, lui-même pris en compte par la société.

Ambivalence des représentations de la vieillesse

Les représentations de la vieillesse de l'antiquité à nos jours oscillent entre rejet et louange. Dans les autres civilisations mondiales, à toute époque, on trouve des positionnements variés allant de l'exil, voire du meurtre, jusqu'à la célébration. Le cinéaste japonais Shōhei Imamura exprime une attitude négative dans *La ballade de Narayama*. L'écrivain africain Amadou Hampâté Bâ rend, à l'opposé, un hommage vibrant dans sa citation bien connue : « Un vieillard qui meurt, c'est comme une bibliothèque qui brûle ». La vieillesse a toujours suscité des réactions tranchées : admiration devant la sagesse, la sérénité, l'expérience qui forcent le respect et entraînent l'intégration, mais aussi rejet de la fragilité, la déchéance et la sénilité qui suscitent la peur et entraînent la ségrégation. L'attitude des sociétés est corrélée à la démographie. Dans les phases historiques de majoration de l'espérance de vie et d'augmentation de la proportion de personnes âgées, l'avance en âge est menaçante et associée au rejet. Dans les périodes de stabilité, la société est plus disponible pour mettre l'accent sur les aspects positifs de la vieillesse. Aujourd'hui, la vieillesse est particulièrement âpre pour les personnes âgées dont l'image est mal vécue par notre société qui magnifie la jeunesse et cultive puissance, productivité et vitesse. Les mutations sociales et la numérisation entraînent aussi une inadaptation des âgés, dépassés par les progrès technologiques, exclus de la vie sociale par l'absence de rôle et de statut, placés en situation de carence affective du fait de l'éclatement de la structure familiale.

De la gérontophobie à l'âgisme

Les questions existentielles de l'angoisse de la mort et de la peur de vieillir (gérontophobie) sont normales. Mais la ségrégation de la vieillesse (âgisme) comme réponse sociale à la gérontophobie n'est pas acceptable, comme toute forme de discrimination dans une civilisation qui met au centre de ses préoccupations le souci de la dignité de tout être humain. Le vieillard apparaît donc comme cet étranger, cet « immigré dans le temps », selon la belle formule de Louis Ploton, qui remue la peur de l'autre. Toutes les conditions sont requises pour accentuer la discrimination d'un grand âge, déjà marginalisé par l'isolement progressif et l'absence de rôle social.

Vieillard : autre et identique

Prenons une personne d'un sexe ou d'une ethnie autre. Elle est clairement distincte et aussi la même en ce sens qu'elle fait partie de la communauté humaine. Mais le vieillard, cet autre, n'est-il pas d'autant plus menaçant qu'il est notre semblable ? Semblable à lui-même d'abord, semblable à nous tous ensuite. Alors opère un processus d'identification – terme issu du latin *idem* = le même –, identification à cet autre que nous redoutons de devenir, mais que nous deviendrons probablement sauf accident, maladie incurable ou... suicide. Nous voici donc contraints à lutter contre les émotions de peur ou d'hostilité que l'avancée en âge suscite en nous. Car en rejetant ce vieillard, c'est nous-mêmes que nous rejeterons. La seule façon de résoudre ce dilemme est de prohiber tout passage à l'acte discriminatoire.

La vieillesse fait partie des préoccupations des sociétés occidentales depuis l'après-guerre... La gérontologie s'est développée en tant que spécialité sociologique et médicale. Les progrès sanitaires et sociaux sont indiscutables. La vieillesse et son devenir – la mort – sont donc pris en compte. Mais sont-elles véritablement intégrées dans les esprits en profondeur ? Il est permis d'en douter. Le tabou persiste : il est « politiquement incorrect » d'évoquer l'âge avancé d'une personne.

Les mécanismes de discrimination : de l'hypocrisie à la banalisation

Pour discriminer la vieillesse, il faut nous dissimuler pour ne pas être démasqués ! Plusieurs mécanismes sont à l'œuvre.

La *contamination émotionnelle* en situation de crise. 15 000 morts de canicule en août 2003 et 30 000 morts de la première vague de la Covid au printemps 2020, avec une majorité de personnes âgées, ont mis un focus sur le grand âge. S'agit-il de l'éruption d'un souci authentique ou d'une visibilité inhabituelle liée à ces circonstances particulières ? Il est alors politiquement correct de vouloir protéger nos aînés et peut-être s'en porter gloire. On les protège au plan statistique, mais les protège-t-on vraiment individuellement ? Au fond, hors périodes de visibilité, se soucie-t-on de la question de l'isolement lié au grand âge ?

Le *détournement de la cible discriminatoire* s'effectue afin de ne plus stigmatiser l'âge chronologique en soi. Les personnes « problématiques » ne sont plus tant celles dont l'âge est avancé, supérieur à un seuil (mais lequel ?), mais d'abord celles affligées d'un handicap cognitif, puis celles dites dépendantes ou non autonomes.

L'*abus de langage s'opère* avec la création d'acronymes, de numéros ainsi que de néologismes inutiles et fabrique autant d'écrans « protecteurs » entre les vieillards et la collectivité familiale, professionnelle ou sociétale. On notera enfin l'utilisation inappropriée de certains termes. Tel le mot « stimulation » devenu un des mots d'ordre des écoles d'aides-soignants (le principal métier du soin en institution). Terme qui appliqué avec zèle aboutit trop souvent à forcer les personnes en quête d'une autonomie à retrouver leurs ressources au lieu de les mobiliser progressivement. Le terme « sollicitation », certes moins simple que le terme « stimulation », est probablement plus adapté.

La *dévalorisation des métiers* et des professionnels qui vont s'engager dans une pratique gériatrique est une autre forme de l'âgisme.

La *conception déficitaire* de la vieillesse est intégrée par l'entourage familial, les intervenants professionnels, médecins inclus, et devient banale. Nombre de personnes âgées vont elles-mêmes se reconnaître dans une image dévalorisante et se résigner, justifiant ainsi *a posteriori* le modèle pessimiste qui les caricature.

La *simplification totalisante* est illustrée par l'utilisation fréquente de l'article défini au singulier. Ainsi, les titres d'articles ou de communication dans la sphère gériatrique mentionnent la personne âgée. De même est-il question de la fin de vie. Comme s'il n'y

avait qu'une seule façon ou une seule temporalité dans les processus de vieillir ou de mourir. C'est là un totalitarisme *soft* qui ne dit pas son nom.

La *fragmentation morcelante* est un effet pervers de l'hyper spécialisation liée aux avancées diverses. Elle provient d'une sollicitation de savoirs multiples et de prises en charge pluriprofessionnelles. Rendus nécessaires par les handicaps, les comportements difficiles, les polyopathologies fréquents dans le grand âge, les différents métiers du soin ou de la médecine œuvrent pour leur propre compte sans logique globale centrée sur une personne. Le terme de coordonnateur volontiers créé pour le médecin ou l'infirmier n'est qu'un cache-misère.

Discrimination positive

Dans ce mécanisme très subtil, la vieillesse enviable, c'est-à-dire adaptée aux canons de la jeunesse, est valorisée. Façon d'exclure une « sous-vieillesse » sans avoir à le dire. Ainsi s'opère un clivage entre la vieillesse acceptable, socialement intégrable et même enviable, à laquelle les plus jeunes peuvent s'identifier, et la vieillesse redoutée qui, sans être stigmatisée, est indirectement évacuée. Nous sommes dans l'âgisme dit de marketing.

Deux niveaux de clivages opèrent :

- entre le retraité et le vieillard : du point de vue politique, le terme de senior a été créé, plus valorisant que celui de « 3^e âge », coïncidant avec les 15-20 ans après la retraite ;
- au sein du « 4^e âge » : du point de vue médical, pour ne pas exclure entièrement le grand âge, est apparu le terme de « vieillissement réussi » qui magnifie une vieillesse paraissant encore jeune.

Or la notion de réussite est statique et *enfermante*. Que finit par devenir tôt ou tard l'octogénaire ou le nonagénaire fringant s'il ne meurt pas brusquement ? Se retrouver basculé dans une des deux autres catégories, la médiane nommée fragilité et la plus déficitaire nommée dépendance.

L'antique Sparte classait les hommes en trois catégories : inférieure (les esclaves), moyenne (les affranchis), supérieure (les nobles). Le même modèle opérationnel est à l'œuvre en gériatrie grâce à la création du concept de fragilité se basant sur l'efficacité musculaire, la mobilité et la nutrition : les inférieurs (grande dépendance), les moyens (fragilité), les supérieurs (vieillissement réussi).

La spécialité « gériatrie » sert à nommer les exclus, puis à les classer en deux groupes, les récupérables (fragiles) et la lie (dépendants, déments...), selon l'autonomie : « les GIR 3 et 4 » et « les GIR 1 et 2 » (groupes iso-ressources), selon la cognition : les pré-déments, MCI, voire pré MCI (*Mild Cognitive Impairment*) et les déments, selon un mix de nutrition et motricité : les fragiles (voire les pré-fragiles) et les dépendants.

Du rejet à la mort sociale par réification

Touche finale à la ségrégation vient la réification du sujet. Devenu objet, il ne peut être rejeté puisqu'il n'est pas considéré comme un être vivant, *a fortiori*... humain.

Les personnes âgées sont prises en compte non en tant qu'humains, mais en tant qu'objets de gadgets techniques, de structures sociales, de soins médicaux, de projets architecturaux, de marchés financiers, de recherche clinique (pas toujours pertinente) qui, tous, ont pour seule finalité leur propre développement et non l'intérêt de l'être humain vivant qu'ils prétendent servir.

La personne évaluée, par un test clinique dont on n'analyse même plus les éléments constitutifs, n'est retenue que comme un numéro global illustré par un score. Et ce dans tous les domaines courants en pratique gériatrique, tels les fonctions cognitives, la marche et l'équilibre, la dépression, la dénutrition, la douleur. Ainsi on ne dit pas d'une vieille dame valide et peu lucide qu'elle appartient au groupe iso-ressources 2, mais qu'elle est « GIR 2 ». Définis par un numéro, les sujets le sont aussi par leur pathologie ou par leur situation : on tente le *maintien* à domicile de cet *Alzheimer* avant d'envisager son *placement*.

La réification n'est pas le propre de la vieillesse

L'humanité dans son ensemble est à risque de dés-humanisation et donc les vieux par ricochet, mais pas seulement eux. L'humanité entière est ciblée, à l'exception peut-être d'une caste minime comme Aldous Huxley l'illustre dans *Le meilleur des mondes*.

La planète a connu dans tous ses continents les totalitarismes ayant pratiqué le crime de masse contre l'humanité. En Europe, il est permis d'espérer ces crimes à jamais disparus. Mais la mort criminelle est remplacée par une forme de violence, certes atténuée car elle ne tue pas directement, de l'ordre d'une mort sociale telle que la majorité des humains sont convertis en pions interchangeables. Vieillards, nous sommes des pions classables en plusieurs cases. Plus jeunes et en activité professionnelle, nous sommes devenus (point de vue pessimiste) ou en voie de devenir (point de vue plus optimiste) des robots soumis.

Dans nos démocraties, *a priori* loin du totalitarisme, mais de plus en plus régentées par la bureaucratie, le terme « remplir » est pourtant sans état d'âme (voire sans conscience) employé par les médecins, les gestionnaires et les hôteliers quand il s'agit de satisfaire à un taux d'occupation d'un hôpital ou d'un hospice (actuel Ehpad) ou d'un hôtel. Il est absolument fou de constater que l'origine étymologique « accueil » de ces trois types de structures est pervertie par le mot « remplissage » au lieu de mentionner le taux d'occupation. Ce terme « remplir » n'est-il pas sans

évoquer les wagons japonais avec des agents recrutés pour pousser les occupants ? Et bien pire encore... les wagons nazis ?

Autre terme apparu en été 2020 dans le cadre de la Covid : le mot « jauge ». Comme pour remplissage, ce terme évoque un niveau de liquide (huile dans le moteur). Il est utilisé sans scrupule par les pouvoirs politique, médiatique et médical pour désigner le nombre de personnes dans un lieu public fermé ou semi-fermé.

Notons au passage que parallèlement aux termes nommant les humains comme des choses, on rencontre l'inverse avec les prénoms féminins donnés aux cyclones...

Quant à la médecine, elle tend à oublier la personne en ne la considérant plus que comme un cas ou un objet. La médecine de la personne est à la médecine ce que le décathlon est à l'athlétisme : non spectaculaire, donc non valorisée...

Bien entendu, les humains transformés en choses peuvent être aisément des objets acquérant une valeur marchande. Valeur que ne manqueront pas d'exploiter des actionnaires de groupes à but lucratif ou des boîtes à formation créées par des personnes sans scrupules qui vont trouver un filon financier masqué par des propos philanthropiques de surface. Il n'est même plus nécessaire d'avoir recours au marché pour kidnapper les esclaves ; aucune révolte à craindre.

Le grand âge n'est pas particulièrement visé. Mais ce sont les personnes très âgées – les plus consommatrices de soin – qui en souffrent le plus.

Le mythe de la qualité

Qui n'adhère pas à la citation bien connue « Ajouter de la vie aux années plutôt que des années à la vie » ? Et pourtant ? Derrière cette formule ruisselante de bonnes intentions se dissimule un malaise sémantique. Que dans l'âge avancé, le souci de la qualité de vie l'emporte sur la quantité de vie, qui en doute ? Sauf qu'une quantité est mesurable. Mais une qualité l'est-elle ? C'est du moins un des fantasmes de nombre de politiques ou de scientifiques. Ajouter de la vie. On ajoute une quantité. Les années sont quantifiables. Mais la vie est-elle quantifiable ? C'est ce que suggère ce slogan en proposant d'ajouter de la vie. Slogan mortifère.

Au fond, qu'est-ce qu'une qualité ? Il n'est pas de jour où l'on n'entende pas l'expression « pour le bien des personnes âgées » ou « pour leur confort ». Formules prononcées mécaniquement par des professionnels formatés, ayant bien appris leur leçon, qui sont au souci authentique de l'autre ce que le sourire pour une photo est au sourire spontané.

Le concept de démarche qualité n'est pas anodin. Utopie totalitaire pour fantasme des accréditeurs, certificateurs formatés par les autorités de contrôle obéissant elles-mêmes à la bureaucratie ambiante : médecine sans patients, hôpital sans malades, Ehpad

sans résidents, vieillissement réussi, mort sans dénutrition, vie aseptisée... Mais floraison de procédures !

Se focaliser sur l'âgisme ne suffit pas

Les aberrations et insuffisances de prise en compte et d'accompagnement des personnes âgées sont certes influencées par l'âgisme ambiant.

Mais, à vouloir traiter les différentes formes de discriminations vis-à-vis de populations variées une par une, on perd le lien qui existe entre elles. Ce lien est l'ordre de l'abus de faiblesse : faiblesse endogène, constituée comme les différentes formes de handicaps, ou exogène, socialement construite comme le racisme ou le sexisme. Comment aborder de façon globale et non fragmentée cette question complexe ? Il y a un véritable tronc commun à penser de manière interdisciplinaire. Ce n'est que dans un second temps que pourront être abordées les spécificités, dont celle de la vieillesse, mais pas seulement.

La plupart des mécanismes en œuvre dans l'âgisme abordés ci-dessus ne sont pas spécifiques de l'âgisme. Ils sont aussi la caractéristique de toutes formes de discriminations vis-à-vis d'êtres humains faibles ou présumés l'être.

Des problèmes aux solutions

« Nous faisons soit partie du problème soit partie de la solution » disait Eldridge Cleaver. Que l'on se place du point de vue d'une réflexion collective ou individuelle, à propos de la vieillesse ou de tout autre sujet, les problèmes abondent. Bien des décideurs ou penseurs s'y complaisent avec le bénéfice secondaire de la dénonciation comme fonds de commerce.

Plus rares sont ceux qui travaillent en équipe à identifier puis hiérarchiser les problèmes afin de s'inclure dans une démarche active et concrète de quête des solutions.

La vieillesse met l'accent sur l'association quasi constante de problématiques possibles à tout âge, mais qui ne coexistent que rarement en dehors du grand âge. En ce sens, le vieillissement est une véritable loupe à fort grossissement de la condition humaine. Répétons-le : le vieux est à la fois autre et le même. Se pencher sur la vieillesse permet de se pencher sur l'humanité entière. D'ailleurs, le continent européen est en train de vieillir à grande vitesse. Cela nous impose, à nous, les générations suivantes, de penser le rôle social de la vieillesse, c'est-à-dire la tranche d'âge à laquelle la majorité d'entre nous appartiendra tôt ou tard.

Faute de penser l'interaction intergénérationnelle, le continent européen vieilli serait destiné à une mort

programmée. Mais aux insuffisamment considérés comme socialement actifs que sont les vieux, il faut ajouter autant de questions que celles posées par le chômage actuel et futur, la reconfiguration des métiers d'avenir façonnés par l'intelligence artificielle, l'immigration mécaniquement inévitable des continents surpeuplés vers l'Europe. À cet égard, le questionnement de l'immigration est double : celui de l'immigré d'une civilisation autre et de notre « immigré dans le temps ».

Tous ces questionnements ne pourront trouver de solutions pérennes que dans un climat apaisé. En vue de la paix souhaitée, le combat devra être préparé contre les conflits communautaires, religieux, idéologiques et... intergénérationnels...

Avoir une place sociale toute la vie ou presque

Pour retrouver une place dans la société, nos anciens doivent pouvoir donner l'image la plus réconfortante possible du vieillissement et même devenir pour la génération qui suit un pôle d'identification. Cette nécessité devra s'imposer jusqu'au moment plus ou moins tardif de la vie où un niveau de besoin (non synonyme de désir) d'accompagnement est tel que le sujet est dédouané de ses devoirs. Une démarche opposée en miroir, au tout début de vie qui voit rapidement le nourrisson confronté au réel : comme nous le dit René Spitz à propos de la première année de la vie : « La frustration fait partie intégrante du développement. »

En quête d'une jeunesse ininterrompue et vouée à la recherche du profit et de la performance, notre société en est-elle capable si elle continue de cultiver l'individualisme comme valeur suprême ? Les futurs vieux que nous serons n'ont pas le choix... Et vite : le boom démographique des âgés est annoncé suite au rebond de naissances associé aux trente glorieuses. Il nous met au pied du mur.

Un rôle jusqu'au bout : celui de passeur

Tant que les âgés sont vivants, disponibles à la vie, ils sont symboliquement un rempart entre la vie et la mort pour leurs enfants. Ils restent un pôle d'identification pour eux dans ce passage entre la dernière étape de la vie et la mort. Ils peuvent les aider à dédramatiser cette période si eux-mêmes la vivent avec suffisamment de sérénité et ainsi les aider dans l'abord qu'ils auront eux-mêmes plus tard de leur propre vieillesse.

Accompagner ses parents dans leur vieillissement est aussi préparer le sien. Le souci de l'autre est aussi souci de soi. 

Vieillir, c'est vivre

Ce témoignage « engagé » partage une belle histoire de vie qui donne envie de vieillir.

Françoise Lagabrielle

Médecin psychiatre retraitée, membre du Collectif Aquitaine de réflexion sur l'éthique biomédicale

RÉGIS JAUFFRET parle de la vieillesse, dans une interview, philosophiquement comme « approche de la mort » ou, plus prosaïquement « l'entrée en Ehpad ».

Cette vieillesse est l'aboutissement d'une vie commencée il y a longtemps, dans un certain contexte « héréditaire », avec plein d'événements qui ont surgi dans sa vie, aussi indépendants d'elle que des guerres ou des épidémies, dans un contexte social et à un moment de l'histoire particuliers, dans une « certaine » famille qui aura son évolution propre, à une certaine place dans la fratrie, et la « personnalité » qui aura émergé et se sera structurée au cours de sa vie, bref, aucune vieillesse ne ressemble à une autre.

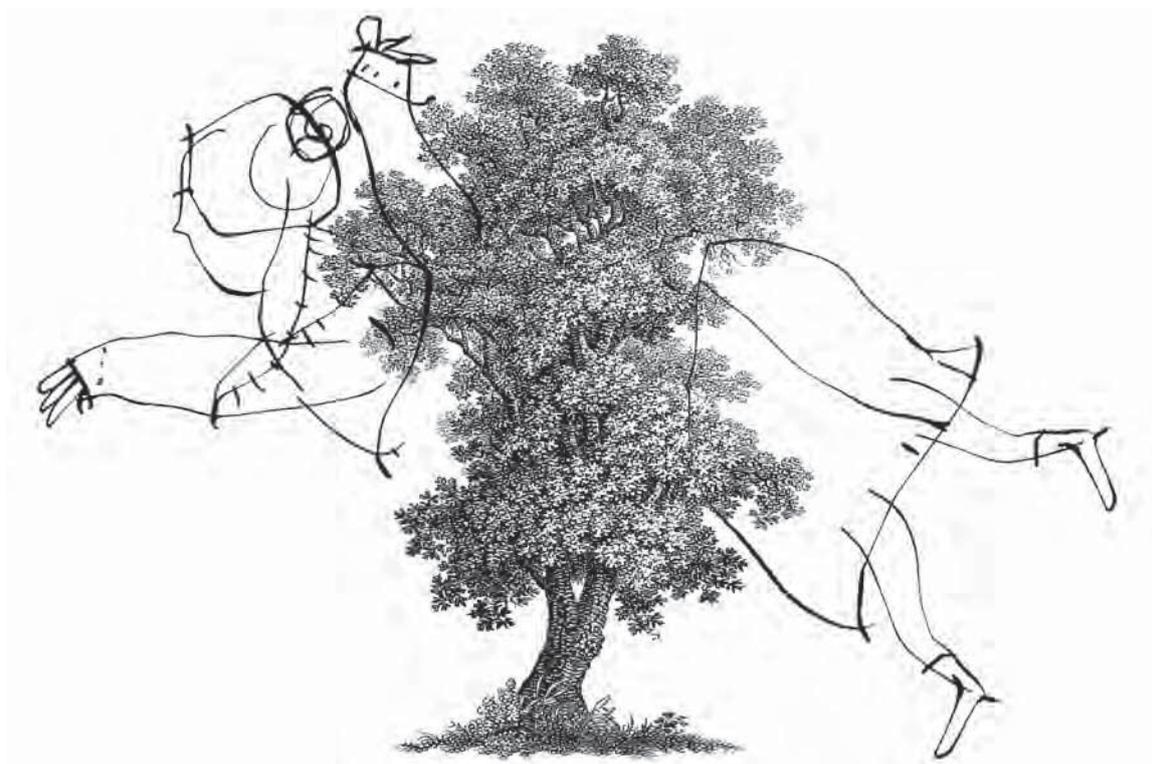
Si je fais tout ce préambule, c'est qu'étant vieille maintenant, je peux dire quelque chose de ma vieillesse, mais qu'elle n'est que mienne.

Donc, j'ai 96 ans et demi, veuve depuis 35 ans et demi, trois enfants dont un seul a désiré créer une descendance, l'aînée ne le voulant pas, le second ne le pouvant pas, j'ai été profondément et joyeusement psychiatre, et le reste, sans cultiver l'art d'être grand-mère, ni arrière-grand-mère, je n'en ai pas eu la « per-

mission » ! Et jusqu'à 88 ans, j'ai été parfaitement indépendante, conduisant ma voiture, instrument nécessaire de nos jours pour le rester.

Ce n'est pas que je n'ai pas été malade, au cours de ma vie, plutôt des trucs dans l'urgence et guérissant assez vite, mais pas de maladies chroniques jusqu'à présent, à moins qu'on puisse considérer comme telle une thyroïdite auto-immune à presque 75 ans qui m'a amenée à prendre ma retraite et, cette thyroïde une fois équilibrée, à me chercher une activité dans mes compétences. Ce fut la bioéthique, avec un groupe de « scrutateurs » aquitains très divers, s'étant formés à la biologie, étudiant les projets de lois bioéthiques, et envoyant leurs réflexions à des députés et sénateurs pour demander des modifications ou exprimer nos désaccords. J'ai arrêté il n'y a pas très longtemps parce que nous sommes maintenant réduits en nombre et que cela devient inaudible !

Je suis née après la guerre, en 1924, au moment où se tramaient tous les traités de découpe de l'Europe et de l'Empire Ottoman qui nous causent actuellement bien des soucis... d'un père franc-comtois issu d'une petite bourgeoisie rentière et propriétaire, scientifique qui d'ingénieur chimiste devint professeur agrégé de



physique et chimie, puis pharmacien, puis médecin, puis professeur de faculté de médecine et pharmacie, en chimie. Et, en bon catholique engendra, sept enfants en dix ans... je suis l'aînée !

...et d'une mère normande issue d'un milieu de petits commerçants et artisans, intelligente et artiste, mais qui ne put faire des études, ce qu'elle souhaitait ardemment, ce sont ses frères qui les ont faites. Je pense qu'elle a épousé l'université à défaut de pouvoir y accéder personnellement !

De tout cela naquit un grand tohu-bohu, mais dans lequel émergea pour moi, dès mes 8 ans, des rencontres exceptionnelles, une grande pianiste, un groupe d'universitaires pendant les grandes vacances, durant six ans et lors de mes 10 ans, la rencontre directe avec la mort, celle de mon jeune frère de six mois que j'ai trouvé encore un peu tiède dans son berceau en allant lui donner son biberon du matin, lors d'une grande épidémie de rougeole. J'étais la seule des enfants guérie à ce moment-là. J'ai fait le diagnostic... et l'annonce aux parents... qui m'éloignèrent de la maison où je ne revins que dix jours après...

J'ai fait mes études, tantôt dans la famille, j'étais alors une élève queue de classe, tantôt chez des amis, et je devenais tête de classe, et suivais les événements politiques avec passion. Durant la guerre, j'ai fini mes études secondaires et suis entrée en faculté de médecine.

À la fin de la guerre, le couple parental se sépara à grand fracas, et comme je ne voulais pas vivre avec mon père, et que ma mère ne pouvait s'occuper de moi, j'ai essayé de gagner ma vie, de reprendre des études, d'échouer et de recommencer, jusqu'à ce que j'y arrive.

Ma vie fut donc assez compliquée, jusqu'à mon mariage avec un professeur de philosophie, mais elle a toujours été sous le signe des « rencontres » et le reste encore. Elles sont pour moi le sel de la vie, et je ne « vivrais » pas pleinement sans cet épanouissement et cette revitalisation perpétuelle que procure le partage avec l'autre,

Je dirais même que je serais peut-être en Ehpad si je n'avais pas créé un lien d'amitié solidaire avec mon voisin du dessus, ancien gendarme à la retraite, qui m'aide dans mes déplacements et mes courses, lorsque mon fils, professeur des écoles, encore en activité, n'est pas disponible.

Et je continue à vivre dans une joie certaine. J'ai renoncé à des tas de choses que je ne peux plus faire, mais je me sens ouverte au monde, avec le désir de le comprendre, j'ai besoin de lui ! Écoutant, lisant, m'informant beaucoup, l'ordinateur est un outil incomparable, et je l'utilise avec appétit.

Je ne suis pas sans « misères » physiquement, gênantes comme la surdité, car même bien corrigée, les moins de 45 ans parlent trop vite, souvent n'articulent pas et je peine à les comprendre ! De même, les films récents sont trop rapides, et je perds le fil des dialogues...

Pour le moment, ma vision ça va, avec un œil qui ne voit que dans les coins (spasme de l'artère centrale de la rétine), mais l'autre opéré de la cataracte a 10/10. Je marche plus difficilement, je fais tout tomber, j'ai tellement rapetissé que j'ai du mal à attraper mes affaires... ce n'est pas la gloire, mais tant que j'arrive à tourner seule mon matelas et faire mon lit, tout va (c'est le test!)... Avec l'aide d'une aide-ménagère trois heures par semaine, l'appartement est propre. Toutes les semaines, mon fils m'emmène à Biocoop, nous faisons le marché ensemble et je prépare mes repas quotidiennement, un peu frugaux, mais non sans petits plaisirs !

Les relations avec les enfants sont affectueuses, mais la fille est bien plus dans l'empathie, reposante, que le fils qui redoute l'avenir et se montre parfois exigeant, ne voulant me voir baisser la garde... Un peu fatigant parfois.

Et je ne fais pas attention à mon âge réel, car dans ma tête, j'ai 20 ans, sincèrement, je me sens gaie, ouverte, quasi entreprenante. Régis Jauffret disait dans la même interview du 23 septembre 2020 (sur France Culture : les chemins de la philosophie) que l'esprit n'avait pas d'âge, il est toujours jeune. J'atteste que pour moi, c'est vrai. Mes limites sont là, je les constate et les accepte, et si je ne suis certes pas sans « douleur », mon niveau de tolérance est assez élevé.

En fait, vieillir, c'est vivre.

La mort ne fait pas partie de mes préoccupations importantes, je sais qu'elle viendra, je ne sais pas sous quelle forme, mais j'ai à vivre le plus pleinement jusqu'à ce qu'elle se manifeste. Lorsqu'elle sera là... je ne sais pas, mais vraiment pas. J'aviserais comme on dit... si je peux... Elle serait le chemin pour le paradis de Fra Angelico... 

Vieillesse et inégalités de vies

En France, depuis la mise en place d'une politique publique vieillesse en 1970, le groupe des personnes âgées de 60 ans et plus est considéré comme socialement homogène et posant problème au reste de la société. Nous montrons ici que cette représentation de la vieillesse est complètement infondée.

Bernard Ennuyer

Sociologue, Centre de recherche des Cordeliers, Inserm, Sorbonne Université, Université de Paris, Équipe ETREs

LA VIEILLESSE, dernière étape de la vie selon le dictionnaire, est la dernière partie du vieillissement, processus lui-même complexe ayant débuté pour tout être vivant lors de sa conception et non pas à 60 ans ou au moment de la retraite, comme on l'entend trop souvent... Ce processus de vieillissement est tout à la fois biologique, psychologique, social, économique, géographique, etc. C'est aussi un processus constant d'interaction entre un être humain et son environnement au sens le plus large. Définir plus précisément à quel âge commence ce qu'on appelle la vieillesse dans ce processus nous paraît impossible puisqu'il y a autant de parcours de vie que d'individus. Par commodité, les statisticiens (INSEE) prennent le passage à la retraite comme seuil d'entrée dans la vieillesse, 65 ans au moment du rapport Laroque en 1962, 60 ans aujourd'hui, alors que l'espérance de vie moyenne a progressé de plus de dix ans... On est donc « vieux » plus jeune, quel anachronisme ! Il n'y a donc pas « une » vieillesse, mais « des » vieillesse, ainsi le groupe des dix-huit millions de personnes de 60 ans et plus appelées par commodité « les personnes âgées » est d'une très grande hétérogénéité sociale et donc le lieu de nombreuses inégalités sociales. D'où notre interrogation et notre réflexion sur le retentissement dans la vieillesse de ces inégalités de vie.

D'une façon générale, pour les historiens de la vieillesse – Philippe Ariés, Jean-Pierre Bois, Patrice Bourdelais, Élise Feller, Jean-Pierre Gutton, Georges Minois, David Troyansky – celle-ci a toujours engendré des réactions tranchées et opposées, même si certains siècles ont tiré d'un côté plus que de l'autre. Quel que soit le discours dominant d'une époque, il repose sur deux représentations antinomiques, mais sans doute complémentaires, sagesse et folie, joie et tristesse, beauté et laideur, vertus et corruptions de l'âge et des personnes âgées, qui expriment deux aspirations qui peuvent sembler contradictoires : la tentation d'une vie longue et le refus des faiblesses classiques de l'âge. Pour l'historien Georges Minois : « À chaque époque l'atmosphère générale à l'égard des vieux prend une

teinte particulière dans chaque catégorie sociale, il a toujours mieux valu être vieux et riche que vieux et pauvre, le mieux que l'on puisse espérer dans ce dernier cas, c'est la charité (...) à chaque époque, c'est le milieu social qui en définitive crée l'image des vieux à partir des normes et des idéaux humains de l'époque » (*Histoire de la vieillesse en Occident. De l'Antiquité à la Renaissance*, Fayard, 1987). Ce constat d'une inégalité des êtres humains devant la vieillesse a traversé les siècles et nous paraît toujours d'actualité, en dépit des progrès spectaculaires de l'espérance de vie. Plus près de nous, en 1970, Simone de Beauvoir reprend ce constat : « Au cours de l'histoire, comme aujourd'hui, la lutte des classes commande la manière dont un homme est saisi par sa vieillesse (...) un abîme sépare un ancien ouvrier misérablement pensionné et un Onassis (...) toute allégation qui prétend concerner la vieillesse en général doit être récusée parce qu'elle tend à masquer ce hiatus » (*La Vieillesse*, Gallimard, 1970). En 1972, le travail pionnier de la sociologue Anne-Marie Guillemard sur la sociologie des conduites en situation de retraite met en exergue que « le moment de la retraite est alors le moment de la consécration des inégalités sociales ». La retraite est en effet en grande partie dans la continuité de la vie antérieure, notamment de la vie au travail et elle est la plupart du temps la reproduction des comportements coutumiers (santé, famille, loisirs, travail, habitat, etc.) et des inégalités de vie qui se sont développées au cours de celle-ci, « les contrastes sont encore rendus plus apparents dans cette dernière phase de la vie entre les plus démunis et les autres »².

Revenons donc sur cette supposée homogénéité des personnes de 60 ans et plus : de fait, il y a une très grande hétérogénéité des parcours de vie dans ces dix-huit millions de personnes, et en voici les principaux facteurs.

Il y a des hommes et des femmes, donc des différences de genre : à l'évidence, les hommes et les femmes n'abordent pas la dernière étape de leur vie de la même

façon, comme dans le reste de leur vie bien sûr. On reste sidéré quand on comprend que l'expression « personnes âgées » semble confondre les deux sexes après 60 ans comme s'il n'y avait plus de différences ! Il y a des statuts matrimoniaux différents : mariage, compagnonnage, célibat, veuvage, pacs, etc. et donc des vies familiales très contrastées. On sait par exemple que les femmes risquent de se retrouver plus rapidement veuves que les hommes, d'une part, du fait de leur espérance de vie à la naissance plus longue (six ans), d'autre part, du fait que dans les couples, les hommes sont plus âgés que leurs compagnes (trois ans en moyenne).

Il y a des générations différentes dans ce groupe des 60 ans et plus : quoi de commun aujourd'hui entre les personnes nées en 1930 (plus de 90 ans) et celles nées en 1950 (plus de 70 ans).

Il y a eu des parcours professionnels très divers : quoi de commun, à âge chronologique égal, entre le cadre supérieur et l'ouvrier spécialisé ou le salarié agricole tant sur le plan des ressources, de la santé (différence d'espérance de vie en bonne santé de dix ans au bénéfice des catégories supérieures), du niveau d'éducation que du recours à l'information, etc. Nous parlons ici des hommes, car les différences d'espérance de vie des femmes suivant leurs catégories socioprofessionnelles ont été beaucoup moins étudiées...

Autre différence notable, celle des territoires : quoi de commun dans les modes de vie entre ceux qui habitent la très grande ville (plus de 100 000 habitants), une ville moyenne, une petite ville (moins de 5 000 habitants), une zone rurale (village de moins de 2 000 habitants), voire le rural profond ? Ces territoires inégalement desservis en services publics, en équipements de santé, en transport, en commerces, etc., génèrent de profondes inégalités de vie entre citoyens de tous âges. Enfin, dernière différence, qui n'est pas la moindre, celle des appartenances culturelles, religieuses et ethniques qui entraînent des philosophies différentes et donc des comportements très contrastés en face de la vieillesse et de la fin de vie.

Comme le dit Pierre Bourdieu : « C'est par un abus de langage formidable que l'on peut subsumer sous le même concept des univers sociaux qui n'ont pratiquement rien de commun³. »

À la lumière des études existantes, les indicateurs qui apparaissent les plus pertinents pour essayer de mesurer ces inégalités sociales devant la vieillesse sont l'espérance de vie à la naissance (eo) et l'espérance de vie sans incapacité (evsi). « Il apparaît que les inégalités devant la mort en France reflètent assez fidèlement les différentes expressions des inégalités sociales qui se sont fortement accrues depuis les années 1970, sous l'effet d'un durcissement des pratiques économiques et d'un recul des politiques sociales qui ont conduit à

une précarisation des emplois. Avoir un statut plus élevé et un emploi plus stable, être plus riche et plus diplômé ne garantit pas seulement une meilleure situation sociale, une plus grande aisance financière et des conditions d'existence plus favorables, mais permet également une vie plus longue et en meilleure santé » nous dit Didier Fassin dans sa leçon inaugurale au Collège de France le 16 janvier 2020.

Voyons d'abord les inégalités d'espérances de vie selon la catégorie socioprofessionnelle : à 35 ans, un cadre supérieur a une espérance de vie de 47 ans contre 41 ans pour un ouvrier. En matière d'espérance de vie sans incapacité, celle des hommes cadres supérieurs est de dix ans supérieure à celle des ouvriers : « Tout se passe comme si on devenait vieux plus tôt lorsqu'on est au bas de la hiérarchie sociale, lorsqu'on a eu un travail pénible et chichement payé⁴. »

Ensuite celles dues aux ressources : il y a treize ans d'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % des Français les plus aisés et les 5 % les plus pauvres chez les hommes, cette différence est de huit ans chez les femmes. À 60 ans, cet écart d'espérance de vie entre ces deux populations est encore de huit ans chez les hommes et de cinq ans chez les femmes⁵.

En matière d'espérance de vie sans incapacité, celle des hommes cadres supérieurs est de dix ans supérieure à celle des ouvriers.

Enfin, les inégalités d'espérance de vie dues au genre : l'espérance de vie, à 65 ans en 2016, est de 19,6 ans pour les hommes et de 23,7 ans pour les femmes ; l'espérance de vie sans incapacité, à 65 ans en 2016, est de 9,5 ans pour les hommes et de 10,6 ans pour les femmes (Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2019, Source Eurostat, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA).

Du fait d'une espérance de vie plus longue à la naissance, les femmes ont une durée de vie prévisionnelle en incapacité de treize ans contre seulement dix ans pour les hommes. Si on ajoute que, pour les femmes, ces années de vie avec des incapacités se cumulent, très souvent, avec un isolement social important et de faibles ressources (les retraites des femmes sont inférieures de 40 % à celle des hommes), ceci explique en grande partie que la population résidant en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) soit à 90 % une population de femmes.

La représentation d'une vieillesse socialement homogène à travers une catégorisation par l'âge est donc fondamentalement une discrimination, car on a tout fait d'amalgamer tous les plus de 60 ans comme des « vieilles personnes » en leur attribuant tous les

stéréotypes (dépendance et démence) qui ne sont l'apanage que de 8 % des personnes de 60 ans et plus, comme le confirment les chiffres de santé publique. Ces représentations négatives et discriminantes ont été officialisées par un rapport gouvernemental récent : « En France, comme en Europe, les discriminations âgistes sont constatées et avérées. C'est pourquoi, nous devons revoir les comportements et représentations péjoratives liées à l'avancée en âge tout comme le « paternalisme » avec lequel sont traités les aînés (...). La vieillesse est une construction sociale « homogénéisante » qu'il importe de déconstruire pour que chacun puisse y trouver une place à sa mesure⁶. » Cette homogénéité sociale supposée de la catégorie des personnes âgées de 60 ans et plus est d'autant plus dommageable que, dans le référentiel des politiques publiques, depuis le rapport Laroque de 1962, ce groupe est stigmatisé comme posant problème au reste de la société car sa croissance démographique « grève les conditions d'existence de la collectivité française » (Politique de la vieillesse, Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, La documentation française). La récente loi d'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV du 28 décembre 2015) ne déroge pas à cette vision globalement négative du vieillissement, de même que les travaux préparatoires à la loi « Grand âge et autonomie » promise par le gouvernement pour 2021, travaux qui s'appesantissent, comme en 1962... sur la menace que ferait peser sur la collectivité la progression démographique supposée des personnes de 85 ans et plus à l'horizon 2050... De fait, les projections des chiffres de l'espérance de vie à l'horizon 2050 sont extrêmement aléatoires.

Alors comment lutter contre cette catégorisation sociale homogénéisante ?

Il nous paraît qu'une des pistes possibles serait de modifier le paradigme de la vieillesse. Un paradigme est une conception théorique dominante qui a cours à une certaine époque dans une communauté scientifique. Le paradigme actuel de la vieillesse est un paradigme biomédical. Précisons ce paradigme : c'est un modèle uniquement biologique de l'avance en âge assimilant la vieillesse à un état pathologique ou pour le moins déficitaire. Ce paradigme s'est imposé notamment par le biais de la notion de dépendance inventée en 1973 par les géiatres d'hébergement. Ce modèle biomédical d'une vieillesse inéluctablement déclinante et forcément déficitaire est tellement devenu le paradigme de la vieillesse qu'il est largement repris dans le grand

public et, plus particulièrement, par les médias quand ils veulent représenter la vieillesse⁷. Au vu des inégalités d'espérance de vie pointées plus haut, on peut légitimement opposer à ce paradigme biomédical le paradigme d'une vieillesse qui est le résultat d'une construction sociale et d'un parcours de vie dans une organisation sociale déterminée.

Ce changement de paradigme, conforme à ce qui se passe dans la vie de tous les jours, induit alors une représentation de la vieillesse non plus comme un état d'incapacité lié à une fatalité biologique, mais comme le résultat du vieillissement en tant que processus social dynamique, vieillissement dans lequel la prévention, la correction des inégalités des parcours sociaux et des inégalités de vie⁸ sont prioritaires. De ce fait, les politiques publiques devraient se concentrer sur la lutte contre la survenue des inégalités sociales à tous les âges plutôt que de mener une politique de la vieillesse ségrégative et infantiliste, ces politiques publiques essayant de rétablir pour tous les citoyens, suivant le paradigme à la mode des politiques actuelles, l'égalité des chances. Collectivement, essayons de faire advenir ce modèle d'une société « inclusive » où tout un chacun peut être acteur du collectif que représente la société des individus tout en restant sujet de son vieillissement, et ce jusqu'à la fin de sa vie. 

- 1 P. Bourdelais, *Le nouvel âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob, 1993.
- 2 A.-M. Guillemard, *La retraite : une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*, Paris/La Haye, Mouton, 1972, p. 233.
- 3 P. Bourdieu, « La "jeunesse" n'est qu'un mot », dans *Questions de sociologie*, Paris, Éditions de Minuit, 1984, p. 145.
- 4 A. Grand, S. Clément, H. Bocquet, *Personnes âgées, Inégalités sociales de santé*, Paris, La Découverte, Inserm, 2000, p. 315-330.
- 5 N. Blanpain, « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes », *Insee Première*, n° 1687, 2018.
- 6 A. Dufeu-Schubert, *Réussir la transition démographique et lutter contre l'âgisme*, Rapport réalisé à la demande du Premier ministre, 12 décembre 2019, p. 4-5.
- 7 La vieillesse est-elle une maladie ? Les chemins de la philosophie, France Culture, 21 septembre 2020.
- 8 L'épidémie actuelle de Covid met cruellement en lumière les inégalités sociales qui touchent les catégories sociales les plus modestes : personnel de nettoyage, aides à domicile, ouvriers du bâtiment, etc. *Premiers résultats des enquêtes de santé publique de l'Inserm sur la Covid-19 : facteurs de risque individuels et sociaux*.

Halte au racisme anti-« vieux » !

Dominique Vidal

Collaborateur du *Monde diplomatique*

LE 18 JUIN prochain, je fêterai mes 71 ans. Jusqu'ici, je ne m'étais pas considéré comme « vieux ». En bonne santé physique et (je crois) mentale, je développe à la retraite une activité soutenue : interviews, articles, livres, conférences, associations... Arrive la Covid-19. Objectivement, je ne peux que me sentir concerné. Car l'immense majorité des personnes touchées par le virus a mon âge ou plus. C'est un fait objectif.

Ce qui ne l'est pas, c'est que nous, les « vieux », sommes devenus les victimes, non seulement de l'épidémie, mais de l'irresponsabilité de dirigeants qui – depuis vingt à trente ans – ont sacrifié la santé de tout un pays sur l'autel des profits et de la rentabilité.

Pourquoi a-t-on détruit 1,4 milliard de masques qui garnissaient la réserve stratégique et qui nous font cruellement défaut depuis trois mois ?

Pourquoi la pénurie de gel, de tests et de respirateurs ? Pourquoi la France, en début d'épidémie, n'avait-elle que cinq mille lits équipés de respirateurs quand l'Allemagne en avait trente mille ?

Cette situation, qui place la France au niveau de pays du tiers-monde, a eu, pour nous les « vieux », des conséquences tragiques, malgré les formidables efforts du personnel médical : à l'hôpital, 90 % des victimes ont plus de 65 ans. Et, d'un peu partout, nous parvenons des récits de personnes âgées abandonnées à leur sort pour tenter de sauver des personnes plus jeunes. Ici et là, on ose même renouer avec le vocabulaire eugéniste des nazis et parler de « tri »...

Quant aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), ils ont été littéralement décimés, parfois plus. Faute de moyens, plus de cinq mille trois cents pensionnaires recensés à ce jour y sont morts seuls, privés de leurs proches et enterrés à la va-vite. J'en viens à me féliciter que mon père soit mort à l'hôpital à près de 97 ans en décembre dernier et n'ait pas vécu ce cauchemar.

Non content de ce bilan accusateur, Emmanuel Macron prétend maintenant confiner les « vieux » plus

longtemps que les jeunes. Cette véritable provocation appelle plusieurs questions :

1. À partir de quel âge le président de la République estime-t-il qu'on est « vieux » ? Pour prendre un exemple au hasard, à 67 ans, Brigitte Macron est-elle vieille ? Je rappelle aussi qu'il y a à peine quelques semaines, le gouvernement prétendait reculer l'âge pivot de la retraite pour tous à 64 ans¹.
2. Juridiquement, comment Emmanuel Macron justifiera-t-il le fait de discriminer une catégorie de Français, en l'occurrence sur la base de leur âge, et de la priver de la liberté fondamentale de mouvement ? Comment ne pas repenser à sa boutade récente nous suggérant d'« essayer la dictature » ?

Il s'agit, prétend le président, de nous « protéger ». Mais la quasi-totalité des médecins n'estiment-ils pas que, pour protéger la santé des Français, il faut d'abord TOUS les tester sérologiquement, puis CONFINER ceux qui sont malades et enfin ÉQUIPER de masques ceux qui, en bonne santé, vont étudier ou travailler ou... jouir de leur retraite ?

Ne serait-il pas enfin paradoxal que des millions d'aînés, qui ont donné toute leur vie active à la société française et continuent à l'animer bénévolement, soient condamnés à une forme d'emprisonnement, alors qu'ils sont en bonne santé, parce que les autorités sont incapables de détecter et de confiner les personnes malades ?

Halte au racisme anti- « vieux » ! 

1 Pour mesurer la complexité de la définition des « vieux », on lira Bernard Ennuyer, À quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus, *Gérontologie et Société*, 2011/3, vol. 34/n° 138, p. 127-142. Conclusion : « Combattons donc sans relâche cette catégorisation et ce classement des âges, facteurs de ségrégation sociale et de chosification des individus. L'assignation à comportement d'âge est une négation complète de la singularité et de l'essence même de l'être humain. »

Une petite veste pour cacher les bras

Le passage de vie à trépas, le dernier souffle, le dernier voyage, le moment où l'âme se rend, celui où l'on en vient à expirer, trépasser, décéder, succomber... ou clamsier, claquer, crever... il est inscrit sur un certificat qui fera foi. Moi je n'en ai que faire. C'est long une mort.

Isabelle Canil
Orthophoniste

DU plus loin que je me souviens, j'ai entendu ma mère dire qu'elle tirerait sa dernière révérence dès qu'elle deviendrait un fardeau pour elle-même et pour les autres. L'idée de l'incontinence entre autres lui était intolérable, et semblait être la limite à ne pas atteindre.

Et moi, j'y ai toujours cru.

Quand elle en parlait, j'envoyais ça balader de la main, pour signifier qu'elle avait bien le temps, que ce n'était pas le moment... Mais j'y croyais. Comment ferait-elle, je ne voulais pas trop savoir, mais comme elle était diabétique, ça paraissait simple, elle disait souvent : « Une piqûre et hop au crématorium ». Elle en parlait très souvent, alors une fois j'ai demandé : « T'as peur ? Non », m'avait-elle répondu. « Mais c'est juste que je ne vous verrai plus quoi... » Elle avait tout de même pris quelques secondes avant de répondre, peut-être que la question n'était pas si facile. Je savais quelle robe elle voulait porter, une fois dans la boîte, comme elle l'appelait. Sans manche avec des dessins multicolores genre mexicains, et la petite veste assortie pour cacher les bras. Oui, parce que la peau des bras devient flasque quand on vieillit. Cette robe, elle en avait même fait un tableau, et je regrette bien de ne pas savoir qui l'a acheté.

Ce scénario presque idéal, d'une mort annoncée, arrivant quand on la convoquerait, à point nommé, d'où est-ce que je sortais ça ?

Est-ce que je m'imaginais que la mort se contenterait d'égratigner, quand on la sonnerait à l'heure voulue ? Pour ce qui est de la vie, j'ai toujours pensé qu'elle charrie un lot de tristesses, plutôt supérieur au lot de bonheurs, et qu'elle écorche plus qu'elle ne panse. Et la mort alors ? Qu'est-ce que je pensais de la mort et de ce qu'elle trimbale avec elle ? Et d'abord, elle commence quand ?

Des années auparavant, j'avais été bouleversée par le livre de Noëlle Chatelet, *La dernière leçon*. Elle y raconte le compte à rebours précédant la mort volontaire de sa mère. La vieille dame se trouvait trop fatiguée, vraiment trop fatiguée. Elle voulait décider du moment de sa mort. Hors de question d'atteindre un état où elle ne pourrait peut-être plus rien maîtriser,

ni du corps ni de l'esprit. Elle seule serait juge. Et l'auteure, sa fille, s'interroge : « Tout est dans la définition de l'indignité. Où celle-ci commençait-elle ? Selon quels critères ? Jusqu'à quelles limites de l'insupportable ? »

Un peu plus loin, elle essaie de se convaincre : « Qui d'autre que toi pouvait en effet les apprécier, dans leur réalité, les fameuses limites de l'insupportable [...] Qui d'autre pouvait s'arroger le droit de contester ou de s'opposer à l'intime conviction de ta dignité ou de ton indignité ? »

Ce livre m'avait profondément marquée, je ne l'ai jamais oublié. Mais il restait un livre, que je pouvais ouvrir et refermer, et il ne parlait pas de ma maman à moi. Qui d'ailleurs était encore bien loin de mourir...

À 75 ans, ma mère fait encore une expo, mais c'est moi qui l'organise, elle ne peut plus s'en occuper. Ce sera la dernière. Mais elle est belle, comme toujours. Ça, c'est à insérer dans mon lot de bonheurs : j'aime beaucoup la peinture de ma mère, et c'est une grande chance, je trouve, parce que je peux être fière d'elle. Elle vend presque tous les tableaux. Mais elle aura eu du mal à boucler ses toiles. Elle avait peint en soutenant son bras droit de la main gauche. Ma mère tombait souvent et se cassait régulièrement un os ou deux. La dernière fois, c'était le bras et l'épaule de droite et la mobilité n'était jamais bien revenue, il lui fallait accompagner le bras droit avec sa main gauche, même pour porter une fourchette à la bouche. Courageuse ma mère, quand il s'agissait de peindre !

Cette dernière expo marque sans doute une fin de quelque chose d'intensément vivant et de toujours merveilleux pour elle, une fin de créations, une fin des couleurs. Une espèce de mort de quelque chose. Cela s'appelle-t-il un renoncement, quand il n'est jamais accepté ?

Elle se met à bouger et marcher de plus en plus difficilement. Son moral est au plus bas. Elle ne peint plus et ceci explique sans doute cela.

À la place, elle lit. Je lui amène des sacs de livres sur lesquels elle inscrit une croix quand ça lui plaît. Mais pour elle, ça n'a rien à voir avec ses peintures, ses

pinceaux... Je lui dis de peindre des aquarelles, ce qu'elle peut faire assise à une table dans la salle à manger, et qui lui demande moins de mouvements que de travailler dans son atelier sur ses grandes toiles, posées sur l'immense chevalet, avec tout l'attirail des couleurs, couteaux, chiffons, etc.

Mais ça ne marche pas... Il lui faut ses tubes tout écrabouillés, son tablier qui se tient tout raide de peinture, sa palette encrassée et sa petite chaise basse devant le chevalet majestueux. Un jour, croyant que ça lui ferait plaisir, je lui commande une aquarelle avec une paire de godasses à talons, que je voulais offrir pour Noël à une amie qui danse le tango. Malheur. Les deux godasses ne sont pas du même bleu, elle s'emmêle dans le dessin des lanières... elle n'y arrive plus.

Cette scène où elle me montre l'aquarelle ratée reste un vrai crève-cœur pour moi. Pour elle aussi, évidemment. Mais sur un ton faussement énergique, elle me dit : « Je vais la refaire ! » Nous n'en parlons plus jamais, je ne lui demanderai plus jamais de peindre.

Un jour, son compagnon me téléphone pour que je vienne vite (ça arrive de plus en plus). Soudainement, elle ne peut plus du tout se lever, ne parle plus. Elle nous regarde avec un pâle sourire. De temps en temps, elle lève un sourcil comme pour dire : « Je ne sais pas ce qui se passe, veuillez m'excuser... »

Le médecin de garde appelle une ambulance, pensant à un AVC. Nous voilà parties à l'hôpital, pour en revenir vers 4 heures du matin : elle n'a qu'une infection urinaire. Mais moi, pendant quatre jours, je crois qu'elle va mourir d'une minute à l'autre entre mes mains, parce qu'elle est... moribonde. Un rôle sort de ses lèvres quand j'essaie de la redresser pour la faire manger et, dans les livres, on dit que c'est la fin, le rôle... Mais non. Ça repart, en moins bien, car elle ne s'est jamais remise complètement de cet épisode spectaculaire et malheureux.

Et lentement, mais sûrement, son état se dégrade, sans qu'on comprenne trop ce qui se passe.

Il lui reste encore deux ans.

Avant ce moment, je ne savais pas quoi inventer pour lui faire plaisir et la faire aller mieux. Pour l'obliger à aller mieux ! Mais à partir de là, les choses ont changé pour moi, parce que ma maman n'était plus tout à fait ma maman et sans doute ai-je commencé à lâcher quelque chose de mon désir à moi, qui s'entêtait, qui exigeait, qui refusait, qui s'aveuglait...

De temps en temps, elle disait des choses étranges, posait des questions comme pour fixer ses repères. « J'ai bien deux filles hein ? et Nino, c'est le fils de qui ? » Mais c'était juste de temps en temps, me répétais-je.

Quand elle parlait, ce qui arrivait de moins en moins, elle répétait en boucle qu'elle en avait marre, qu'elle était foutue, qu'elle ne servait plus à rien, qu'elle vou-

lait que ça s'arrête, qu'elle voulait que ça s'arrête, qu'elle voulait que ça s'arrête. J'écoutais. Un jour, j'ai dit : « D'accord Maman. Je comprends. Je connais une fille super. Je vais lui demander si elle peut t'aider à mourir. » Silence. J'ai pensé qu'elle n'avait pas compris. Mais peut-être a-t-elle été horrifiée sans rien laisser paraître ? Cependant, je ne le pense pas. Il est possible qu'elle ait compris un peu, mais pas jusqu'au bout. Ou bien juste un quart. Ou bien à sa façon. Ou qu'elle y ait entendu une jolie formule, parce qu'*aider à mourir*, ça peut vouloir dire tant de choses ! Je pense que la comprenette des gens, y compris la mienne, n'a pas un fonctionnement binaire, qui ferait que soit on comprend et ça exclut qu'on ne comprenne pas, ou soit on ne comprend pas et ça exclut qu'on comprenne. Non non, ça ne marche pas comme ça parce que le langage est tout ce qu'on veut sauf binaire. Sans compter qu'avec des signifiants tels que *vivre* et *mourir* au milieu de nos phrases, infinies sont les possibilités de polysémie, de nuances, de métaphores... et de malentendus et malfagotages de nos pensées...

Alors moi j'ai téléphoné à une amie médecin, avec qui on avait déjà parlé de ces choses-là : « Pourrais-tu venir, je te paie le voyage, pour faire la piqûre à ma maman ? »

« Je veux juste fermer les yeux et que ça s'arrête. »

Elle a dit : « D'accord, mais pas ce week-end, c'est l'anniversaire de ma nièce. » Et nous avons rigolé. Ça m'a fait du bien.

Quand ma mère reprend son antienne, j'explique, la voix passablement étranglée, que ma copine pourrait lui faire une piqûre, qui la ferait mourir en douceur, tout en douceur. Je m'accroche très fort en pensée au livre *La dernière leçon*. Pas de réaction. Une semaine plus tard, elle me dit : « Ça me va pas ton système... Moi je veux juste fermer les yeux et que ça s'arrête. » Cette fois, elle avait bien compris. Je dis : « Oui... » Maintenant, c'est cela qu'elle répète : « Je veux juste fermer les yeux et que ça s'arrête. » Et moi j'en ai marre. Je n'en peux plus d'entendre ça. « Mais c'est pas magique ! » lui ai-je crié un jour.

Son compagnon de son côté, pour un oui pour un non, pour les impôts, pour le chauffe-eau, pour une facture, clame sur un autre mode qu'il va se tirer une balle dans la tête et qu'on n'en parlera plus... Ce sont à peu près les seuls sujets de conversation.

Concrètement, il y a une foule de choses à mettre en place : des aides à domicile, une infirmière... Son compagnon refuse tout ! Elle, elle laisse couler... Elle est sale, la maison est sale. Ça sent mauvais dès qu'on franchit le seuil. J'achète une espèce de siège pivotant à poser sur la baignoire, et je tâche de venir plus

souvent, pour la laver. Je n'aime pas laver ma mère, mais il m'est insupportable de la voir et la savoir sale. Insupportable.

J'y pense chez moi à deux cents kilomètres, « il faut que j'aïlle la laver, il faut que j'aïlle la laver... »

Après la douche, je lui passe de la crème sur ses jambes toutes craquelées, j'essaie de faire tourner quelques chétives boucles sur la brosse à cheveux et je lui mets du vernis à ongles. Tout cela me reconforte, je ne fais pas l'infirmière en faisant ça. Et pendant la toilette, je lui parle déjà de la crème, du brushing et du vernis, ça m'aide. Le vernis, on avait l'habitude de le fabriquer nous-mêmes avec ma mère. Pour les mains, on aimait bien un rose pâle et nacré. Et c'était rare d'en trouver dans les magasins. Alors on achetait un blanc ou un beige nacrés qu'on trouvait plus facilement, on y ajoutait une goutte de rouge, et on secouait... J'en ai raté plein ! Parce que je mettais trop de rouge.

Mais moi, il me semble que sa mort dure encore.

« T'as vu Maman comme il est bien celui-là ? Juste le rose qu'on aime.

— Oui, tu l'as bien réussi. »

C'est elle qui m'avait appris. Les couleurs, elle s'y connaissait. Je repartais un peu soulagée, elle était propre pour un jour, deux, trois jours. Et puis ça me reprenait. Je jonglais avec mon planning, « Il faut que j'y aïlle, il faut que j'y aïlle... »

La dernière année, son compagnon décline d'un seul coup, et admet qu'effectivement il leur faut de l'aide. Oh il résiste encore, pousse fréquemment des gueulantes, mais petit à petit, des passages quotidiens d'auxiliaires de vie et d'infirmières s'installent.

J'ai eu de la chance, parce qu'après des débuts cahoteux, j'ai trouvé une Karine, auxiliaire de vie, et une Corinne, infirmière, toutes deux exceptionnelles. Sans elles... sans elles, je ne sais pas... Tout aurait été encore plus terrible. Au passage, le mot « auxiliaire de vie » quand il concerne Karine, me dérange beaucoup. Je dirais plutôt « pilier de vie ».

Les derniers six mois, ma mère ne se lève plus du tout. Plus du tout. Il faut la faire manger, des petits pots de bébé, et ça prend presque une heure. Elle ne parle pratiquement plus, dort tout le temps, ou reste les yeux dans le vague.

Chaque fois que j'arrivais pourtant, son visage s'éclairait et elle disait quelques phrases, « normales »

parfois. Elle sortait sa main toute tremblotante de sous le drap, et m'attrapait le poignet. Moi je voulais bien rester là, à nous regarder, et nous sourire. Je parlais. Je sentais bien qu'elle comprenait, sans doute pas tout, mais je m'en arrangeais. Puis elle finissait par s'assoupir, et je ne savais plus que faire ici, plantée à côté du lit médicalisé...

Elle est morte en dormant.

Elle a donc fermé les yeux et ça s'est arrêté. Je crois que pendant ces six derniers mois-là, c'est ça qu'elle tâchait de faire. Que ça s'arrête. Quand le premier matin où Corinne l'infirmière n'a pas pu la lever, parce que ses jambes étaient devenues toutes molles alors que la veille encore, elles avaient pu la porter pour quelques pas, je me dis que c'est parce qu'elle avait décidé d'arrêter tout ce cirque. Elle a intimé à toutes ses fonctions d'effectuer une sorte de service minimal, jusqu'à ce qu'il se réduise et s'amenuise pour cesser enfin. Ma mère n'avait pas pu accepter la piqûre de ma copine,

mais je crois que ça ne l'empêchait pas de souhaiter très fort que ça s'arrête.

Moi j'ai trouvé ces six mois terribles et éprouvants.

Dans un magnifique roman, *La storia*, voici ce qu'Elsa Morante écrit quand, à la dernière page s'éteint enfin Ida, neuf ans après la mort de son petit garçon : « À la vérité, je crois, moi, que cette petite personne sénile, [...] n'a continué de vivre neuf années et plus, que pour les autres, c'est-à-dire selon le temps des autres. [...] ce qui pour nous fut une durée de neuf ans, fut pour elle à peine le temps d'une pulsation. [...] En réalité, elle était morte en même temps que son petit Useppe [...] »

Je veux croire que les six derniers mois de ma maman sont passés comme le temps d'une pulsation...

Voilà. Elle avait 86 ans. C'était fini. On l'a mise dans la boîte, avec sa robe aux dessins mexicains et la petite veste pour cacher les bras.

Mais moi, il me semble que sa mort dure encore.

Le jour officiel du décès n'a pour le moment pas grand-chose à voir avec la fin de la mort de ma mère. Je sais je sais, tout cela est éminemment subjectif...

Cela n'en a pas moins de force et de réalité...

J'ai tout de même réussi à écrire à son médecin, une vraie lettre à l'ancienne, sur papier, dans une enveloppe avec un timbre, pour le remercier avec gratitude de nous avoir toujours accompagnés, avec une espèce de simplicité, de tranquillité, de compréhension gentille, sans accumuler ni les examens, ni les hospitalisations... Un gars super. Qu'Hippocrate en soit fier. 

Hélène n'aimait pas le chocolat

Serge Sadois
Retraité actif

ANSI va la vie...
Après un chagrin amoureux, Achille est bêtement parti à la guerre. Il est très vite revenu d'Indochine avec des éclats de grenade dans le ventre. À la sortie de l'hôpital, sa grande sœur, Hélène, l'a accueilli chez elle. Jeune veuve avec un enfant malade, elle, non plus, n'était pas vraiment dans un moment faste. Cahin-caha, petits salaires ajoutés à une pension de blessé de guerre, leur vie s'est construite sans faire d'histoire, sans faire de bruit, lui, taiseux et taciturne de nature, ne répondant souvent que par des « Bopf, je sais pas » et elle, petite souris qui ne revendiquait jamais rien et surtout pas pour elle.

Pour les anniversaires des enfants, elle achetait toujours un gâteau au chocolat alors qu'elle n'aimait pas ça, juste pour faire plaisir aux autres. S'ensuivaient des discussions à n'en plus finir, il faut penser à toi, te faire plaisir, etc. Très vite, elle se butait et ne parlait plus. La parade a été de la prendre de vitesse et de faire des desserts aimés de tous. Ses petits-enfants ont vite appris à lui faire des charlottes aux fruits qu'elle adorait.

Et la retraite est arrivée, pour les deux.

Hélène a commencé à ne plus avoir d'odorat. « Je n'aime pas ça », a dit le médecin. À juste titre, la maladie de Parkinson a été rapidement diagnostiquée. De plus en plus, Achille ne répondait que par « bopf », sa mémoire le fuyait. Il emmenait sa sœur faire les courses, mais c'est elle qui se rappelait où il garait la voiture. L'effroi des enfants en apprenant qu'ils faisaient les centaines de kilomètres qui les séparaient à 50 km/h sur l'autoroute !

Il fallait faire quelque chose. Aller les chercher et les ramener ? Hors de question, Achille se braquait, Hélène n'aimait pas que son frère soit en colère se braquait aussi. La situation devenait inextricable.

Mais, qu'ils le veuillent ou non, ils étaient de plus en plus fatigués, si loin, dans leur maison à deux étages. Les enfants trouvèrent la solution en dégotant une petite maison basse, saine et ensoleillée. « Les escaliers ne me manqueront pas », dit Achille, sortant pour une fois de son mutisme. Ils déménagèrent.

Mais Hélène avait déjà 80 ans et Achille guère moins et leur état s'aggravait inexorablement. Achille oubliait de plus en plus le monde alentour.

La voiture est restée définitivement dans son garage.

Hélène a eu de plus en plus de peine à trotter, elle a commencé à tomber pour un oui, pour un non.

Les enfants organisaient leur travail pour pouvoir aller jeter un œil qui le matin, qui le soir. Le matin, c'était pour le pain. Hélène devait appeler pour dire ce qu'elle voulait. Si elle oubliait, ils appelaient pour savoir, souvent c'était Achille qui répondait. « Elle est où Hélène ? — Bopf, sais pas. » Se lever et aller voir était devenu hors de ses capacités. Elle pouvait être tombée depuis des heures sans qu'il ne remarque rien. Il fallait alors tout poser et aller voir ce qu'il en était. Il n'y a jamais rien eu de grave. Peut-être une fois ou deux, une fumée épaisse qui sortait de la cuisine parce qu'elle oubliait une poêle sur un feu vif et ne sentait pas la fumée, mais rien d'autre.

Petit à petit, il a été mis en place un système d'aide au ménage, puis le portage des repas.

Et un funeste jour, Achille a oublié de vivre.

Les troubles d'Hélène ont empiré, la présence d'auxiliaires de vie s'est révélée indispensable, mais hélas, elles manquaient de formation, changeaient sans arrêt. L'association qui les employait dépensait plus pour des directeurs gestionnaires que pour de la formation.

La maladie de Parkinson perturbait de plus en plus Hélène, elle tombait, elle oubliait, surtout quand elle savait que les enfants étaient partis un peu loin. Ils sont revenus plusieurs fois de vacances en catastrophe. Une fois, ce fut le médecin qui les appela, Hélène était tombée, fracture du bassin.

Puis tout s'est enchaîné, fracture du poignet, anesthésie avec un retour à la réalité sur plusieurs jours. Elle cherchait Achille.

La peine dans l'âme, les enfants trouvèrent une place dans l'Ehpad voisin. La solution n'était pas bonne, mais apparemment la moins mauvaise.

Hélène qui n'avait jamais pensé à elle se prit à aimer les petites sucreries, de plus, elle en distribuait à tous ses visiteurs ce qui lui fit une bonne réputation auprès du personnel.

Un soir de fin janvier, elle fut retrouvée morte sur son lit avec un petit morceau de chocolat en train de fondre entre ses lèvres.

Deux semaines plus tard, le jour de la Saint Valentin, son arrière-petite-fille arrivait au monde. 📍

Vieux confinés, oubliés, invisibles...

Accompagnement
Maisons de retraite, Ehpad
Masque
Pandémie
Personnes âgées,
vieillesse, vieillissement,
Politique de la santé
Rencontre
Sars COV2, Covid-19
Vulnérabilité

La pandémie et la manière dont nous avons eu à la traiter nous parlent certainement de bien d'autre chose que des sujets strictement sanitaires auxquels nous avons été confrontés... Il se pourrait bien alors que les masques cachent bien plus que les visages...

Michel Billé
Sociologue

LA PANDÉMIE de la Covid-19, avec tout ce qu'elle a entraîné comme effets, restera certainement longtemps dans nos mémoires, mais surtout elle inscrira, qu'on le veuille ou non, des modifications profondes dans nos manières de vivre, de partager, d'échanger, bref, de faire société.

Que masque donc le masque ?

Qui nous aurait dit, il y a peu encore, que des millions de Français sortiraient masqués, ne se toucheraient plus, ne se serreraient plus la main, ne s'embrasseraient plus ? On peut bien sûr penser, espérer que cela ne durera pas, qu'on oubliera ces « gestes barrière », ces évitements, ces éloignements. On peut le penser. Il se pourrait cependant que le masque, au motif de protection, ne cache pas que le visage et que nous ayons à découvrir ce qu'il dissimule si nous voulons au « temps d'après » retrouver ou inventer des relations sociales investies et fécondes. Bien sûr, le masque cache d'abord le visage, le nez, la bouche en particulier, mais aussi le menton, les pommettes, les joues... Comment comprendre dès lors l'expression de ce visage rendue imperceptible ? Bien au-delà de sa forme, le visage porte en effet l'expression de la joie ou de la tristesse, de la vulnérabilité de l'autre, l'expression de la peur, de l'angoisse, aussi bien que de l'empathie bienveillante qui, peut-être, peut lui répondre.

Comment ne pas penser à cet instant à ce que Levinas nous disait du visage ? « C'est lorsque vous voyez un nez, des yeux, un front, un menton, et que vous pouvez les décrire que vous vous tournez vers autrui comme vers un objet. La meilleure manière de rencontrer autrui, c'est de ne même pas regarder la couleur de ses yeux »¹. Ce visage qui me rappelle que je suis « responsable de l'autre » puisqu'en effet, j'ai à lui répondre, à en répondre... Comment, au fond, « envisager » l'autre lorsque ce masque, d'une certaine manière, le « dévisage » ?

Virtualisation de la relation...

Dès ce moment, le masque cache sans doute bien plus que le visage et, notamment, une désincarnation de la rencontre : « quand on aime ses proches, on ne s'approche pas trop », nous dit le message slogan qui se veut préventif... Et voici qu'au motif de protection, pour ne prendre aucun risque, on ne touche plus l'autre. Or la relation, la vraie, est rencontre physique, incarnée. C'est une main qui touche, une étreinte, une embrassade, c'est-à-dire une prise en bras... Et c'est parce qu'elle est inscrite dans nos corps qu'elle est parfois difficile à vivre, mais parfois tellement merveilleuse. Bien sûr, nous possédons tous les outils permettant la transcription du réel en réalité virtuelle. Ce virtuel, s'il est mis au service de la relation, s'il sert à la cultiver, peut être un outil précieux, appréciable et utile. Mais laisser penser que cette réalité virtuelle, pseudo-réalité, peut ou pourrait remplacer la réalité incarnée est une aberration, une supercherie, voire une manipulation gigantesque. Et alors, s'agissant des « personnes fragiles », la supercherie atteint des sommets ! Certes, les handicapés ou les vieux sont fragiles mais, curieusement, on oublie alors que tous nous sommes fragiles, que la fragilité fait partie de notre humaine condition... Fragiles ? Ils sont surtout « vulnérables », c'est-à-dire au sens étymologique pouvant être blessés ! Or ils ne seront blessés que si un entourage peu attentif leur porte blessure... Il se peut qu'un virus effrayant vienne les contaminer, mais ce qui se cache derrière le masque, c'est bien alors notre incapacité collective à les regarder comme vulnérables parce qu'il faudrait décidément repenser nos manières de les accompagner, non seulement dans cette terrible période de pandémie, mais aussi bien au-delà ! Que des personnes âgées ou en situation de handicap aient été « pour leur bien » confinées pendant des semaines, c'est déjà terrible. Mais que pour ces mêmes personnes et pour les protéger, bien sûr, on soit insidieusement passé du confinement à l'isolement, c'est leur porter une blessure qui, forcément, laisse des traces indélébiles. Quand finalement, on est passé du confinement à l'isolement, voire de l'isolement à l'enfermement, il est urgent de regarder ce

La relation, la vraie, est rencontre physique, incarnée.

que cache le masque ! Or il cache sans doute le refus d'une société de consacrer à l'accompagnement et aux soins de nos frères humains les plus âgés, « dépendants », ou handicapés, les moyens matériels, financiers et humains qui auraient permis d'inventer une approche autrement respectueuse et digne des plus vulnérables. Mais il aurait fallu pour cela que des personnels nombreux, bienveillants, reconnus et formés puissent penser leur intervention dans des conditions qui n'auraient rien eu à voir avec la réalité de ce qui a été vécu.

Inventer la suite...

Certains en concluent qu'il faut d'urgence fermer les établissements et en particulier les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Peut-être ! Il est bien possible qu'en France, nous ayons, ces dernières années, ouvert trop de ces établissements et qu'il faille, un jour, en fermer quelques-uns ! Les Français vieillissent, mais ne souhaitent pas pour autant aller terminer leur vie dans ce genre de structure. Bien sûr, on ne choisit pas tout et ce n'est pas parce que je ne veux pas, qu'un jour il ne faudra pas... Je n'aime pas être hospitalisé, mais je suis parfois bien heureux qu'un hôpital et son personnel bienveillant puissent m'accueillir et me soigner.

Peut-être faut-il alors repenser quelque chose. Certains le font en proposant l'Ehpad à domicile... Séduisante idée, bien sûr, mais elle donne à réfléchir : vous n'avez pas su et pas pu faire de votre Ehpad mon domicile et vous voudriez maintenant faire de mon domicile votre Ehpad ! Et déjà, vous venez installer chez moi une caméra de « surveillance » et un digicode... Comment pourrais-je admettre cette surveillance quand ce que je souhaite, c'est que l'on veille sur moi et non que l'on me surveille ! Comment pourrais-je admettre que l'on m'empêche de sortir de chez moi quand ce que je souhaite, c'est qu'une main bienveillante se joigne à la mienne pour marcher un peu ! Comment pourrais-je admettre que l'on me « prenne en charge » pour me « maintenir à domicile », quand je souhaite y être soutenu et certainement pas pris en charge, mais accompagné... Parce que l'accompagnement, ce pain partagé (étymologiquement *cum panem*) est à la fois réel et symbolique et que bien au-delà de la nourriture, c'est de toute une prise en considération de ce que je suis dont il s'agit...

Fermer les établissements ? On se souvient de la prise de position radicale de Mme Devangas-Aguilar, rapporteuse de l'ONU qui, dans son rapport du 5 mars 2019, recommandait de : « fermer progressivement tous les établissements pour personnes handicapées ». Elle poursuivait : « Il n'existe pas de bons établissements d'accueil puisqu'ils imposent tous un certain mode d'existence qui limite les possibilités d'avoir une vie

agréable sur la base de l'égalité avec les autres ». Évidemment, la désinstitutionnalisation est nécessaire et sans doute devons-nous faire en sorte que les personnes handicapées ou âgées ne soient pas contraintes à des conditions de vie qui ne correspondent pas à leurs attentes. Alors peut-être s'agit-il plutôt d'ouvrir l'Ehpad et non de le fermer. Demain, nous aurons parfois besoin de ces établissements :

- Des établissements de *taille réduite* sans doute, parce que le gigantisme de certains n'est pas, contrairement aux idées reçues, un gage de qualité et ne produit que bien rarement les « économies d'échelle » qu'il est censé produire...
- Mais surtout des établissements *ouverts* dans lesquels personnes âgées, familles, proches, aidants, pourront entrer et sortir... ! Des établissements dans lesquels on inventerait un accueil pour les jours un peu trop longs chez soi, pour les repas, pour les nuits quand elles sont insécures, où l'on pourrait venir consulter un spécialiste, un gériatre, recevoir un soin... Un établissement source de ressources utiles à l'intérieur et à l'extérieur pour celles et ceux qui en auraient besoin, quels que soient leur âge, leur handicap, leurs difficultés et leur lieu de résidence, d'habitation.
- Des établissements tellement ouverts sur l'extérieur que l'on n'imaginerait plus parler de « placement », de « pensionnaires » ni même d'hébergement... mais bien d'accueil, d'accompagnement, de soins, de prise en considération, d'habitants, et finalement de citoyens à qui l'on reconnaîtrait le droit de vivre et d'être respectés jusqu'au terme de leur existence. Bien sûr, tout a toujours des limites, mais si, dès maintenant, à cause de ce qui se cache derrière les masques, nous décidions de consacrer les moyens humains et matériels nécessaires à la transformation de ces établissements, nous pourrions imaginer que le monde d'après ne soit pas pire que celui d'avant et pourquoi pas un peu meilleur !

Des vieux oubliés, invisibles ?

Isolement, enfermement, distanciation normalisée et virtualisation de la relation ne peuvent que nuire à la rencontre, celle qui nous fait hommes et femmes de culture et d'échanges, vivants quel que soit notre âge ! Sans un lien réel, incarné, cultivé, permettant l'humaine transmission entre les générations, le masque pourrait bien finalement cacher les vieux pour, cachant leur visage, les rendre invisibles et les faire tomber dans l'oubli... Dans une société obnubilée par le chiffre, n'existant plus, ils ne coûteront rien !¹

1 Emmanuel Levinas, *Éthique et infini*, Édition Lgf., Livre de poche, 1984.

Notre vie de vieillesse

La clinique psychiatrique a-t-elle déserté la vieillesse au profit d'une neuroscience de dégénérescence du cerveau ? La réponse néolibérale est d'en faire un marché privé d'Ehpad jusqu'à ce que mort s'ensuive. L'alternative développée est de redonner vie au vieillissement et à ses maladies.

Jean-Pierre Martin
Psychiatre

COMMENT vivre en vieillissant ? Comment continuer d'être là, avec son expérience et ses vécus de la vie, tout en se sentant souvent insupportable aux autres ? Simone de Beauvoir répondait à ceux qui s'étonnaient de la voir écrire sur la vieillesse qu'elle le faisait, « pour briser la conspiration du silence »¹. Face à l'involution biologique de l'âge vers la finitude de la mort, pour que « la vieillesse ne soit pas une dérisoire parodie de notre existence antérieure, il n'y a qu'une solution, c'est de continuer à poursuivre des fins qui donnent un sens à notre vie : dévouement à des individus, des collectivités, des causes, travail social ou politique, intellectuel, créateur... Seulement, ces possibilités ne sont accordées qu'à une poignée de privilégiés : c'est dans le dernier âge que le fossé se creuse le plus profondément entre ceux-ci et l'immense majorité des hommes ». Qu'y a-t-il d'inéluctable dans le déclin des individus ? Dans quelle mesure la société en est-elle responsable ?

Dans la société capitaliste mondialisée actuelle, la vieillesse, comme retraite de toute productivité, est devenue un objet de productivité marchande, une double spoliation de l'attribut du vivant, l'inexistence sociale et la transformation du vieillissement normal en une maladie unique de marché : l'Alzheimer. Être dans la vieillesse, c'est rejoindre tous ceux qui ne sont plus producteurs de valeur économique, comme les malades mentaux, les précaires et les migrants de la société, des catégories bien définies de gestion d'organisation économique et politique. L'actualité vient de le démontrer brutalement avec l'épidémie de la Covid-19, rien n'avait été prévu comme protections et cela a persisté dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) jusqu'à ce que le nombre de morts ait démontré cette impréparation, alors même que se clamait dans les médias que l'épidémie tue en premier les personnes âgées du fait de leur vulnérabilité. Les plus de 65 ans constituent 70 % des plus de trente mille morts recensés à cette heure (à la fin du premier confinement). Les Ehpad se sont constitués dans une modernité qui repose sur un marché potentiel de la vieillesse. De statut privé lucratif ou non-lucratif, ces établissements, dont l'accès varie selon les revenus, mais toujours à des prix de journée famélieux, sont restés les grands acteurs de ce manque de protection, en dehors de quelques établissements. Le personnel d'aide à la personne ou soi-

gnant, démuné de protections, s'en est fait le lanceur d'alerte, et aujourd'hui ses représentants syndicaux subissent la répression dans les Ehpad et les hôpitaux psychiatriques. Car l'absence de matériel de protection a perduré en psychiatrie et dans les hébergements d'urgence, transformés en variable d'ajustement de chambres d'hospitalisation dans la mobilisation générale de l'ensemble du système de soin.

L'épidémie virale en cours a finalement déclenché la relance d'enquêtes sur le traitement de ces personnes vieillissantes et sur les maltraitances fréquentes qu'elles subissent au quotidien.

Soudain, une loi sur la dépendance renaît des circuits mystérieux du monde des ministères. La dépendance serait financée par l'Assurance maladie comme cinquième risque². La responsabilité sociale et politique est donc manifeste, mais qu'en est-il du déclin de l'individu ? Dès la soixantaine s'annonce cette multitude de désagréments que sont le ralentissement des capacités physiques et la détérioration de la mémoire, mais aussi, chez le patient, des maladies issues d'une vie de labeur et d'exploité. L'histoire biologique rencontre toujours une subjectivité personnelle d'une histoire de vie sociale. Les chiffres montrent, face à l'âge de la mort, cette inégalité sociale majeure entre ceux qui vieillissent dans la précarité et ceux qui vieillissent dans une forme d'aisance sociale. Apparaît ainsi l'autre versant de la réduction de la vieillesse au destin de la finitude biologique des êtres humains, dont la singularité est commune aux patients et aux soignants.

Ceci conduit à s'interroger sur la façon dont sont actuellement soignées en psychiatrie « les personnes âgées », néolangage établi qui évite de parler de vieillesse. Comment, dans ma propre pratique clinique de psychiatrie, ai-je traité et vécu cette expérience commune soignant-e-patient-e du soin, et qu'en a-t-il été lorsque je suis devenu « usager » de la médecine en vieillissant – ce que j'ai toujours été d'ailleurs à tout âge quand survenait un problème de santé ?

Ce terme d'usager est intéressant à préciser, car il est le produit de la création de la Sécurité sociale et de l'ayant droit aux soins, pour laquelle nous avons déjà cotisé pour nous-mêmes et nos proches, et qui porte nos revendications d'existence sociale communes.

Le premier constat montre que jusqu'à aujourd'hui, les personnes âgées ne sont traitées que passagèrement en psychiatrie, pour ne pas « emboliser » les lits, mais sur-

tout parce que le soin psychiatrique reste celui de pathologies anciennes plus ou moins stabilisées. L'orientation vers des soins ailleurs est en général la règle, sans que soit menée une réelle réflexion sur la vie psychique de la vieillesse. Cet état des lieux n'existait pas avant les années quatre-vingt-dix, car les services de psy recueillaient tous ceux qui troublaient le bon ordre des maisons de retraite et hospices, souvent pour finir leur vie à l'hôpital. Ce contexte asilaire, que nous avons institutionnellement constaté, est celui qui créait entre infirmières et patients des relations quotidiennes quasi familiales, avec des temps d'anniversaire à plusieurs, des sorties organisées, un souci de l'état physique et de ses moments dépressifs. En général, ceux qui avaient encore une famille présente rentraient rapidement chez eux ou dans une autre structure, pour les autres la famille n'apparaissait qu'au moment du décès, souvent avec la question de « ce qui était à hériter ».

Avec une interne devenue assistante, nous avons élaboré une pratique de secteur d'un suivi à domicile avec les services sociaux, moment de formation de ces travailleuses à domicile et de l'équipe psychiatrique. Le moment qui est devenu alternatif à ce qui se passait à l'hôpital a été une réunion avec ses activités le jeudi de toutes les personnes isolées qui étaient en état de venir. L'orientation des personnes vieillissantes ne passait plus par l'hôpital psychiatrique, en dehors de l'état mélancolique du « syndrome de glissement ». L'accueil du centre médico-psychologique en a été l'organisateur clinique.

La clinique du vieillissement apparaît le plus souvent comme celle de l'expérience vécue de la vieillesse pour y stimuler des actions vivantes collectives, mais aussi pour trouver une place à nombre de blessures du passé. Un homme qui approche ses 70 ans vient me consulter régulièrement pour des « envies de meurtre » de sa femme qui a 20 ans de moins. Le couple est en crise permanente depuis le retour de Tunisie et sa femme est elle-même suivie par une psychologue. Un traitement léger pour l'aider à dormir accompagne ces entretiens qui apaisent son agressivité vis-à-vis de l'épouse et s'oriente vers un compromis de vie. Plusieurs mois plus tard, il arrive à la consultation en me demandant : « Docteur, as-tu du temps aujourd'hui ? » Il me raconte alors précisément le départ de Tunisie où il dirigeait une entreprise de frigorifiques. Juif tunisien, il vit le pogrom, effrayé chez lui, de groupes islamistes du début des années 2000 et se réfugie avec sa famille chez des voisins arabes. Lui et sa femme prennent le chemin du retour en France. « C'est depuis ce temps-là » que quelque chose ne va plus entre eux. La conclusion est : « C'est la première fois que je raconte cela à quelqu'un ».

Ce qui a permis ce récit est une histoire commune, dont témoigne ce « tu » de « as-tu le temps ? », qui introduit une autre position que celle de « Docteur » qu'il utilise habituellement quand il me parle. Il a su relever dès le départ que ses « idées de meurtre »

n'étaient pas normales, voire honteuses, donc un désir de vie et non de mort. Sa hantise était de disparaître de la société refuge. Il retourne régulièrement au café où il rencontre chaque jour des amis qu'il s'est créés dans ce cadre, retour de la vie dans la société d'accueil. Il diffère absolument de ce patient marocain qui avait tué sa femme à l'âge de 80 ans, avait été en prison puis orienté en psychiatrie pour « délire paranoïaque ». Il était déjà dans la mort, il ne disait plus rien de personnel, hors de choses pratiques immédiates comme un rituel sans vie, sans adresse. Il s'était « tué » en même temps que sa femme.

Le risque et sa gestion est de ne pas vivre son vieillissement, la gestion du risque prenant le pas, par son coût trop cher, humain et financier, pour la collectivité qui ne lui laisse pas la place d'y vivre. L'évolution du regard sur la vieillesse n'est pas qu'une crise de la tradition de filiation, elle est celle de l'isolement du vieux ou de la vieille dont la parole est référée par l'autre à « son temps est révolu ». Elle concerne des hommes et des femmes qui vivent de plus en plus comme des humains en trop. Il est significatif que le discours sur la contamination virale Covid-19 actuelle est un appel aux jeunes de se protéger pour ne pas contaminer les vulnérables, un acte de responsabilité, de civilité, qui alterne avec la question de l'accès au traitement, à un service de réanimation et qui soulève la question sous-jacente : « qui mérite de vivre ? », soit un relent d'eugénisme.

Au quotidien, le psychiatre vieillissant apprend pour lui-même à vivre sa vie en écrivant et à transmettre cela si on le lui demande. Il demeure que sa parole perd de sa force concrète dans son milieu, alors qu'elle la garde grâce à sa découverte de la politique et de ceux qui éduquent, aident socialement, soignent corporellement. Ceux qui écoutent le psychiatre vieillissant faire le récit de son expérience clinique sont réticents, ont du mal à saisir et sont fascinés de l'entendre parler de psychiatrie et de folie. Des patients présents parlent de leur expérience et de leurs revendications de droits. À la sortie, les présents profanes évoquent une aide à penser, comme un conte à raconter.

Bien que l'histoire ne soit pas la sienne, il revient à la mémoire du psychiatre le beau film *Vivre* de Akira Kurosawa³ dans lequel le père, fonctionnaire du service de génie civil, veuf de sa femme, apprend qu'il a un cancer. Son fils n'entend pas qu'il a de la difficulté à le lui annoncer, car il est préoccupé par sa vie sociale immédiate. Le père transforme cette brutale solitude en vie pour la collectivité en créant un jardin d'enfants. 

- 1 Simone de Beauvoir, *La Vieillesse*, Gallimard folio essais, 1970, p. 757-758.
- 2 Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.
- 3 Film réalisé en 1952, sept ans après Hiroshima et Nagasaki.

Méfions-nous de nos représentations

L'histoire qui suit devrait nous convaincre de bannir les *a priori* qui encombrant nos représentations sur la vie des habitants des quartiers populaires.

Didier Ménard
Médecin généraliste retraité

COMMENT vivent les habitants des quartiers populaires ? Quand je lis, sous la plume des journalistes, des sociologues, des anthropologues, des femmes et hommes politiques, les commentaires et autres analyses sur la « vie » dans nos cités, il est difficile de se faire une opinion sur ce qu'est la réalité de la vraie vie dans nos quartiers. Le jugement oscille entre l'indignation, la crainte, la méfiance et autres sentiments qui résument la certitude qu'il ne fait pas bon y vivre, le constat étant que ceux qui y habitent y sont forcés, soumis à leur triste condition sociale. Tous ces clichés et poncifs cachent une réalité aux multiples formes qui mélange les comportements abjects et stupides aux comportements vertueux et fraternels. Il y a, comme dans toute communauté humaine, une diversité de situations mais, ici, la relégation fabrique une vie sociale où dominent les inégalités qui produisent de la souffrance individuelle, familiale et collective. Mais n'allez surtout pas croire que ces habitants, habitués à ce que la fin du mois revienne chaque semaine, sont des personnes à l'esprit soumis, enfermés dans un individualisme nourrissant un fatalisme destructeur. Non, ces gens, s'ils vivent difficilement, savent faire de leurs difficultés une richesse de la solidarité, de la fraternité et de l'humour. Les Anciens y jouent un rôle essentiel. Le respect que chacune et chacun leur témoigne valorise leur place de conseil, d'éducation et de tendresse partagée. Vous allez vous dire que cette présentation est subjective, elle l'est, puisque ces personnes nourrissent mon exercice professionnel de médecin généraliste depuis quarante ans.

Pour vous convaincre qu'il faut se méfier des préjugés et représentations sur la vie de ces personnes, j'ai choisi de vous raconter une page de l'histoire d'une femme marocaine de 75 ans. Nous l'appellerons Yasmine. J'ai fait la connaissance de Yasmine lors de mes premières visites à domicile dans la cité. Une visite qui se grave dans votre mémoire pour la vie. Quand je suis rentré dans le salon, sur l'immense canapé dans le pur style maghrébin, huit enfants étaient assis rangés par taille, ils m'attendaient toutes et tous et ils avaient le crâne rasé. Ma surprise fut grande et Yasmine de m'expliquer que l'un des enfants

ayant eu des poux, le traitement traditionnel, comme au pays, était de raser les cheveux, c'était le plus efficace et le plus économique. S'ensuivit une discussion sur l'image de soi vis-à-vis d'autrui, sur l'humiliation que les enfants pouvaient subir à l'école, sur l'attitude des enseignants... Yasmine argumenta sur chacun de mes propos, ce qui, sans me convaincre, m'obligea à admettre qu'il y avait de la vérité dans son discours, que son éducation permettait à ses enfants de savoir se situer par rapport aux réactions qu'ils ne manqueraient pas de vivre. Quand je vois aujourd'hui à la sortie des écoles tous ces enfants au crâne rasé parce que c'est la mode, je revois les huit gosses assis sur ce canapé. À partir de ce jour, j'ai entretenu une relation de confiance et je remercie Yasmine de m'avoir aidé à comprendre la culture berbère, de m'avoir enseigné plusieurs pratiques de soins traditionnelles souvent plus efficaces que nos médicaments et j'ai su lui adresser des jeunes parents en quête de savoir-faire pour s'occuper de leurs bébés. Nous avons vieilli ensemble. Les pathologies chroniques graves qui la frappaient la conduisaient régulièrement à la consultation.

Un jour, deux de ses enfants viennent me réclamer un calmant pour Yasmine. Je leur demande la raison et ils m'expliquent : Yasmine est toujours marocaine, elle n'a jamais voulu demander sa nationalité française n'y voyant pas nécessité tant elle était bien intégrée en France. Ses enfants étaient soucieux de l'évolution de la politique migratoire du nouveau gouvernement, ils craignaient une reconduite au pays et dans son état de santé précaire, cela signifiait pour eux la mort de leur mère. Leur père était français depuis très longtemps, tous les enfants également, alors il le fallait pour Yasmine.

Yasmine, femme marocaine de 75 ans, au corps abîmé par ses huit maternités, ses privations, parlant mal le français et l'écrivant peu, recroquevillée sur elle-même devait affronter l'épreuve de la naturalisation, un défi considérable pour quiconque se représente Yasmine comme peu cultivée. Le calmant demandé est pour la tranquilliser face à l'épreuve du lendemain, celle de l'entretien de culture générale. J'ai vite compris que

les plus angoissés étaient les enfants et, refusant de prescrire, je tentai de les rassurer sur l'empathie des personnes qui faisaient cet entretien. Je leur demandai de venir me dire le lendemain le résultat de cette épreuve. Quand je les vis le lendemain, tout excités dans le couloir du cabinet, je ne pus que leur consacrer quelques minutes entre deux consultations.

« Incroyable, pas possible, si tu savais ce qu'elle nous a fait... ». J'eus du mal à les calmer et entendre le récit de ce fameux entretien. Normalement, la personne est seule avec « l'examineur », mais ils ont réussi, en s'appuyant sur l'état de santé de Yasmine, à assister à l'entretien, il faut dire qu'ils savent argumenter.

Première question : « Madame, dites-moi quelle est la femme qui a sauvé la France ? » Silence. Yasmine réfléchit : « Je pense que c'est Jeanne d'Arc » « Oui et pourquoi ? » et Yasmine de raconter l'épopée de la pucelle d'Orléans. Les enfants sont sidérés ! Une ou deux questions plus tard sur le général De Gaulle,

Yasmine recevait les félicitations pour sa connaissance de l'histoire de France. Je félicitai les enfants, tout à leur joie et leur fierté. J'étais impatient d'entendre Yasmine sur cet épisode de vie. Lors de la consultation suivante, je la questionnai sur l'acquisition de ses connaissances. « Tu sais, docteur, depuis que mon mari est sourd, on ne se cause pas beaucoup, alors j'écoute la radio. Il y a une station que j'aime bien, c'est France Culture. Il y a des émissions sur l'histoire de France et du monde et cela m'intéresse et m'occupe, à mon âge, on a du temps ! »

Yasmine devint française peu de temps avant sa mort. Je lui dois bien cette narration tant son parcours de vie fut, certes difficile, mais tellement riche de savoir-faire et de savoir-être, une belle personne... Cette histoire de vie est la preuve que nous devons nous méfier de nos représentations sur ces vieux et vieilles de la cité du Franc-Moisin, qui ont tant de choses à nous apprendre et à partager. ●

Mort
Personnes âgées, vieillissement

Je ferais bien mieux de mourir !

Serge Sadois
Retraité actif

Un jour que nous nettoyions un massif de fleurs devant le cabinet médical, Gaby Guillot est venu nous voir, pour discuter, parler du temps qui passe, de sa tristesse, de sa femme Marie partie trop tôt. Gaby allait sur ses 82 ans et Marie en avait eu 78. C'était un homme d'un naturel souriant, jovial avec toujours un bon mot pour rigoler. Il s'est plaint de sa tension qui faisait des siennes, de cette solitude difficile à supporter et de tout le reste de ces maux de vieil homme.

« Je ferais bien mieux de mourir ! »

Il l'a dit deux fois. À la deuxième, le naturel à repris le dessus, il s'est mis à rigoler.

« Je dis ça, mais l'autre jour, au carrefour en face, j'étais à vélo, j'allais voir mes brebis dans le champ là-haut, y a une voiture qui m'a renversé. Tu aurais vu à la vitesse à laquelle j'ai sauté de mon vélo ! Et je dis que je veux mourir ! Les pompiers sont venus. Il y avait un seul blessé.

Mon vélo. »

De solitude, Gaby est allé à l'Ehpad local y retrouver des amis de son âge et des gens de sa grande famille. Il est décédé à 96 ans.

Ce n'est pas le cas, hélas, d'une de ses nombreuses cousines, Simone Martin, Guillot de son nom de jeune fille, mariée à Eugène de la grande famille des Martin. Il n'y a pas si longtemps, ici, les familles étaient nombreuses, très nombreuses. Au point qu'une fois, Gaby nous avait dit, si tu n'as pas de Guillot ou de Martin dans ta clientèle, ça veut dire qu'il n'y a pas grand monde dans ton cabinet.

Un jour, un mauvais jour d'hiver, Simone ne se sentait pas bien, très vite ses analyses sont revenues du labo, elles étaient formelles, elle avait un méchant cancer.

Pourtant, elle voulait voir le mariage de sa dernière fille. C'était prévu, mais sans date précise. Il a fallu y penser sans attendre. C'est qu'ici, une noce, ça ne s'organise pas simplement, réserver la salle, le traiteur, le curé, se mettre d'accord sur le texte des invitations, sans parler du plan de table, surtout ne pas mettre la tante Berthe à côté du cousin Émile à cause d'une sombre histoire entre eux de vache ensorcelée qui avait perdu son veau... Bref, un vrai cauchemar.

Mais Simone a fait ce qu'il fallait pour que les cousins et petits cousins soient invités. Cela allait être une grande noce, une belle noce selon les normes locales. Les enfants angoissés de voir partir leur mère trop tôt ont fait tout ce qu'il fallait. Simone avait dit : « Ne vous en faites pas, je serai là. »

Effectivement, elle a fait la noce, elle a revu toute sa grande famille.

Et puis, elle est décédée le lendemain après-midi. ●

Quel soin de la solitude en Ehpad ?

La lutte contre la solitude, élément clé de la valorisation des établissements, ne peut seulement se décréter. Sa mise en œuvre doit être repensée sans cesse dans des dispositifs spécifiques où résidents et professionnels examinent la qualité de leurs liens.

Jérôme Pellerin
Psychiatre

VIEILLIR expose à la solitude et au manque de lien. Chez soi comme dans les lieux collectifs, la logique paraît inéluctable : la vieillesse doit être le temps d'un repli à défaut de l'acquisition d'une certaine sagesse. Pour les plus affectés, c'est aussi un temps du déficit et de l'appauvrissement de l'aptitude à conserver son libre arbitre. Tandis que les professionnels concernés se sentent peu reconnus, en nombre insuffisant et lassés d'être gagnés par des attitudes qu'ils considèrent eux-mêmes comme inadaptées. Ainsi, dans les établissements, se partagent ou s'opposent des convictions radicales, des positions arbitraires et surtout un degré d'inconfort psychique allant croissant.

Le surgissement de la pandémie de Covid et les mesures de confinement ont soudainement alerté l'opinion. Il est alors apparu que des personnes pouvaient finir leur vie dans le plus grand dénuement affectif, qu'elles étaient exposées à d'autres souffrances encore et que, en définitive, notre société était peu informée des contraintes qui régissaient les lieux d'hébergement. Cet état de fait n'est pas surprenant. Outre l'imprévisibilité de l'épidémie, il est notable que le risque de l'isolement de ces personnes a été mal envisagé jusque-là : dans le long rapport consacré à la qualité de vie en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et publié en 2012 par la Haute autorité de santé (HAS), le terme « solitude » n'est employé qu'à deux reprises dans le volet 2 consacré à « l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne », et, dans les deux cas, cette solitude est énoncée entre parenthèses et précédée de l'expression « par exemple ».

Très récemment, le 6 novembre 2020, la HAS a émis une nouvelle recommandation au sujet des visites qui « restent autorisées en Ehpad ». Ce document n'indique pas les enjeux de ces possibles retrouvailles, mais définit plutôt ce qui est « le strict respect des protocoles sanitaires ». Et les mots « solitude » ou « isolement » n'y paraissent pas une fois.

Toutefois, être en lien ne se décrète pas et les possibles rencontres au sein de l'établissement reviennent aussi à l'initiative de chacun. Or, la variabilité des capacités pour y tenir sa place et les impératifs de la vie col-

lective rendent ce projet difficile. On en vient alors à repenser que quelque chose doit être facilité, que les résidents d'Ehpad doivent aussi disposer de ce qui, en général, favorise les relations et la volonté d'ouverture à l'autre. La culture, la conviction de partager un bien commun, la possibilité de se (re)découvrir, d'aimer ou de se sentir utile sont de fertiles motifs pour instaurer de nouvelles interactions.

C'est à cet égard qu'une réelle considération pour les actions d'animation dans ces lieux est indispensable. La prise en compte, attentive et réfléchie, de leurs effets et des obstacles à leur réalisation garantit beaucoup plus que la planification rigoureuse des activités. L'animation constitue le miroir, sinon l'espace propice pour alerter ou être alerté de ce qui favorise ou au contraire fait obstacle à la communication dans un établissement. Elle est l'un des organes vitaux de la Résidence. Elle y témoigne des efforts consentis par tous pour faire sortir chacun de sa solitude. Elle contribue à faire de l'Ehpad un espace de citoyenneté ordinaire.

Quelques obstacles aux liens et aux échanges

Dans les Ehpad, il est fréquent de trouver, dès le hall d'entrée et dans l'ascenseur, une affiche du programme d'animation de la semaine. Informé, le visiteur sera parfois invité à participer à l'une des activités annoncées : souvent, elles ont lieu dans des espaces ouverts et elles commencent par le rassemblement des bonnes volontés.

Ces mouvements structurent le quotidien. Ils sont fortement dépendants de l'énergie et du charisme des animateurs qui seront d'autant plus motivés que leur action est soutenue, reconnue et valorisée. Le contexte est donc spécifique et montre d'emblée que l'animation est toujours dépendante du système qui la détermine. Par exemple, la capacité d'une personne à s'intégrer dans un groupe dépend de son tempérament et de ses attentes, mais aussi de la qualité de son accueil dans le groupe, de l'image de ce groupe dans la résidence, de la valorisation de sa participation par son entourage etc.

Si bien que ce qui se dit et ce qui s'éprouve lors de ces activités constitue, pour chacun, une occasion d'exprimer ses forces et ses faiblesses, sa satisfaction ou ses besoins à l'égard d'un dispositif bien plus large que celui de l'animation proprement dite.

Il existe toutefois une certaine réalité et des contraintes...

Les rigidités organisationnelles

Entre la nécessité d'un planning des soignants bien établi et la fragilité des résidents, il faut beaucoup d'énergie pour que toutes ces personnes parviennent ensemble à faire une activité. De fait, ce qui prime est l'organisation du travail avec le cortège des soins, des toilettes, de l'alimentation. Si un soignant est défaillant dans cette chaîne des tâches ou si un événement surgit, toutes ces utilités s'en trouvent menacées. Et l'activité d'animation, considérée comme accessoire par rapport au reste des services, peut être reportée ou annulée.

Cette complexité pour installer un mouvement n'est pas à prendre à la légère. Elle rend compte de la difficulté à donner un temps singulier (un rythme) pour la prise en charge de chacun. En étant considéré comme en besoin d'un soin, le résident se trouve d'abord identifié à cette nécessité. Ce qu'il est et la manière avec laquelle il va continuer de vivre sa journée – et finalement son histoire –, ne posent pas question. Il est éclipsé par les contingences de l'établissement, quand il n'est pas rendu responsable de la surcharge de travail que provoque sa dépendance.

Or, le fondement d'un travail humainement incarné est de garantir la quotidienneté ordinaire, quel que soit son lot d'imprévu. Dans son souci de garantir une activité, l'animateur ne devrait pas tant faire valoir la qualité de son intervention que sa volonté de faire lien dans ce collectif si souvent bouleversé. La fonction de ce lien est d'accueillir les aléas du fonctionnement du groupe avec ses commentaires divers de frustration, d'agressivité ou au contraire d'adaptation. Ce qui compte n'est pas que l'animation ait lieu à coup sûr, mais que les résidents puissent dire quelque chose en chaque circonstance où elle doit avoir lieu. Si l'activité n'a pas lieu, l'animateur peut rappeler la considération de l'institution pour cette animation et pour les personnes qui s'y rencontrent. En réponse, les résidents trouvent l'occasion d'évoquer ce qui est encore présent et ce qui est perdu. Ce qui contrarie ou ce qui rassure.

La possible émergence de liens inhabituels

Le fonctionnement d'un Ehpad n'échappe pas aux avatars de toute collectivité. Il s'y observe des rivalités, des alliances diverses ou des désaccords profonds avec des conflits ouverts ou secrets, latents ou explicites. Deux facteurs s'ajoutent : pour chaque professionnel, certains patients évoquent une figure espérée

ou redoutée du vieillissement. Cela se manifeste par des attitudes de surprotection ou de rejet qui peuvent aller jusqu'à la mise en place de relations exclusives et de comportements arbitraires. Par ailleurs, un tel environnement pousse ces professionnels... à faire l'enfant. La régression n'est pas l'apanage de quelques vieillards. Elle concerne aussi tous ceux qui, mal assurés de leur identité, s'identifient avec trop d'énergie au contexte dans lequel ils évoluent : puisqu'ils ont sous les yeux des personnes de l'âge de leur parent, voire de leur grand-parent, pourquoi ne pas faire comme si eux-mêmes avaient l'âge de leur enfant ou de leur petit-enfant ?

Ceci peut bouleverser l'équilibre nécessaire pour travailler, et aussi pour jouer, avec des patients : l'animation devient le lieu de toutes les excitations et aucune retenue ne vient entraver ces manifestations pulsionnelles. L'éthique d'une certaine responsabilité et sa conversion dans un lien rassurant et soutenant ne trouvent plus leur place.

La complexité pour accueillir les personnes les plus étranges

Évidemment, les Ehpad accueillent de nombreux patients. Il faut composer avec leur dépendance, leurs répétitions ou leur tendance à se mettre en danger. Dans certaines circonstances, un résident est agressif ou violent. Ce n'est pas toujours prévisible et encore moins compris. Des attitudes de désapprobation sont exprimées par les familles quand elles sont présentes et, parfois, ce sont des membres de la famille eux-

Il faut composer avec leur dépendance, leurs répétitions ou leur tendance à se mettre en danger.

mêmes qui heurtent la sensibilité des équipes soignantes. Souvent, ces situations concernent des résidents isolés avec des problématiques compliquées : ils souffrent de démences très évoluées, ils sont apathiques ou, pire (?), ils ont des antécédents psychiatriques.

Ainsi sont ces personnes si difficiles à accueillir et à accepter dans des espaces de vie collectifs. Ce qu'elles soulignent est pourtant l'essence de la motivation à travailler auprès des personnes âgées : il y a, dans leur fréquentation, l'espoir possible d'une certaine sagesse ou d'un émerveillement devant la découverte des ressources. Il peut y avoir aussi une forme d'embarras devant la complexité qui pousse à trouver d'autres stratégies pour ne plus s'en détourner ou se préserver d'y entrevoir sa propre fragilité. Il y a, enfin, certaines assignations issues de sa propre histoire. En toute occasion, la manière la plus adéquate d'être en lien

consiste donc à accueillir ce qu'est chacun sans lui demander de garantir nos propres besoins. Cette forme d'échange comporte une part d'invisible. Ce qui fait la qualité de la relation est tacitement posé. Il reste à en supporter les conséquences imprévisibles.

Traiter la solitude par un Comité d'animation

Une manière de conjuguer ces difficultés et d'en faire une valeur ajoutée qui, enfin, traitera de la solitude, est de constituer un Comité d'animation qui sera différencié du Conseil de vie sociale voulu par la loi du 2 janvier 2002. Comme ce dernier, ce comité favorisera l'émergence des questions relatives à l'animation et il en garantira la pertinence. Mais en tant que comité de pilotage des actions relatives à l'animation, il gagnera à être institué comme un espace *spécifiquement* consacré à ce sujet et comme une instance décisionnaire dans ce domaine.

L'Ehpad voit sa vitalité s'étioler sans une animation pensée et remise chaque jour au travail.

Tout ce qui concerne l'animation passera ainsi par ce comité qui sera en retour le garant d'une animation en prise avec l'Ehpad. Ainsi, l'animation n'est plus le fruit d'une initiative isolée ou d'une directive purement fonctionnelle. On ne « fait pas de l'animation » pour « qu'il y ait de l'animation » ou parce que « c'est utile pour les résidents ». L'animation a lieu car elle est l'un des organes indispensables au fonctionnement de l'Ehpad et donc à la vie des résidents : elle participe à sa bonne santé et, à ce titre, elle doit être entretenue sinon nourrie avec soin. *A contrario*, l'Ehpad voit sa vitalité s'étioler sans une animation pensée et remise chaque jour au travail.

L'existence d'un comité qui veille sur ces principes et dont les prérogatives sont reconnues par la direction de l'Ehpad fait valoir cette fonction fondamentale de l'animation. Ce comité garantit que les projets, les obstacles, les envies et les impossibilités de chacun pour soutenir toute forme d'animation y sont relayés et/ou débattus.

Quel est l'intérêt d'un tel comité ?

D'abord instituer un lieu où certains rapports de force pourront se mettre en mot. Ce qui peut faire valoir la parole d'un professionnel au nom des soins nécessaires est ici mis en perspective avec les avantages à prévoir d'une activité en tant qu'espace de socialisation. Faire vivre un comité offre de rappeler que la maladie ou la perte d'autonomie ne sont pas des aléas qui fixent définitivement l'impossibilité à être actif ou à être en lien.

L'existence du comité montre, par ailleurs, l'importance accordée aux activités et aux personnes au même titre que l'attention portée pour le soin. C'est un processus qui rappelle que la vie quotidienne est l'affaire de tous. Si un résident ou un aidant souhaite parler d'une activité, de ce temps qui passe, il peut venir s'adresser au comité. De même, si la forme d'une activité ne convient pas, qu'elle est l'occasion de désaccords, qu'elle est reportée sans explication.

Avec un Comité d'animation, les projets comptent indépendamment de leur réalisation. Faire des projets, c'est en effet accéder à des espaces de rêveries, d'espoirs ou d'inquiétudes qui agissent comme des mécanismes de pensée, non seulement humains, mais aussi familiaux. Pour des personnes déficitaires, cette dimension de la familiarité est essentielle, car elle peut apporter un soutien mnésique en offrant les conditions pour déployer un peu le temps de l'avenir et surtout en favorisant des circonstances où tous pensent en même temps à la même chose.

Faire des projets à plusieurs, c'est aussi offrir à ceux qui ne participeront pas à sa réalisation le sentiment d'avoir tout de même œuvré à quelque chose. D'y avoir agi à la manière d'un mécène, d'un électeur ou d'un entraîneur. Bref, de toutes ces personnes qui conçoivent d'agir par procuration, ce qui est essentiel dans le champ de la perte d'autonomie.

Enfin, l'existence de ce comité et la nécessité d'y faire des choix témoignent de l'implication des résidents et de leur famille pour aménager leur existence en tenant compte des impératifs liés au fait de vivre en collectivité.

Pour y dire quoi (par exemple) ?

Même avec un certain déficit, les vieillards gardent leurs tendances affectives, leur manière de faire valoir leurs envies si l'on y est attentif. Ajoutons cette conviction à un principe supplémentaire : un établissement n'est pas hors du champ social.

Dans un groupe consacré à l'animation, on admet que les résidents ont une parole. Quelle bonne idée de parier qu'ils peuvent en user ! On peut ainsi s'écouter, statuer sur telle situation, réfléchir à la manière d'informer l'ensemble de la résidence sur les événements qui la traversent. Définir aussi les conditions d'occupation des lieux collectifs mis à la disposition de telle activité. Ou dresser régulièrement un inventaire des actions entreprises et des actions à entreprendre. En cas de contribution réclamée pour une activité, on racontera la collecte des subsides, on argumentera pour une nouvelle utilisation du fond récupéré ou l'on discutera de l'intérêt d'un projet et du soutien qu'il faut y apporter. Progressivement, un mode de fonctionnement s'établira. Il se rapprochera de celui de la Cité et en aura les mêmes effets : responsabilisation des occupants, émergence de liens sociaux noués par des amitiés inattendues, des alliances ou des conflits,

proposition de projets vivants, stimulants, dérangeants et surtout : prise en charge authentique de la solitude...

Et faire encore davantage...

L'amélioration du sentiment de réclusion des résidents va avec l'ouverture des établissements vers l'extérieur. Ce qui doit favoriser l'accès transitoire des salles consacrées à l'animation dans les Ehpad à des personnes extérieures. Pour une association ayant un projet dont elle accepterait de raconter l'avancement, pour une troupe de théâtre dont les répétitions pourraient être ouvertes, pour un artiste qui aurait à cœur de commenter ses œuvres ou de parler d'art... Assurons aussi la fréquentation des espaces verts de l'établissement par les enfants des écoles ou par les habitants du quartier, tous âges confondus : pour y faire ensemble du jardinage, des pique-niques, des jeux divers.

Tous ces projets peuvent être débattus au sein du Comité d'animation. Celui-ci agit comme une caisse de résonance pour que chacun comprenne la force et la portée de ces accueils.

Avec ce nouvel élan, ce dynamisme porté par l'extérieur, d'autres démarches internes à l'établissement pourraient être engagées. En espérant améliorer les temps collectifs comme ceux du repas par exemple. Une collaboration avec un agriculteur local ou avec un maraîcher peut offrir l'accès à des légumes frais qu'il faut préparer ensemble ou cuisiner selon le goût des autres, déguster avec nostalgie, ingurgiter avec déception... L'essentiel est dans l'évocation, le souvenir, la position imaginaire qui permet d'espérer le maintien de l'identité. C'est tellement dommage de laisser les professionnels dire : « *Il faut que je donne à manger aux résidents.* » Il serait utile de les aider à penser : « *Qu'est-ce que nous pourrions bien partager ensemble qui nous donnerait de l'appétit ?* » Prenons encore le temps de la toilette. Aujourd'hui, une expression employée pour ce soin par les soignants résume tant de détresses. Aider à la toilette est dit « faire » un résident. Transformons cette assignation, cet inhumain impératif en un « faisons ensemble ». Ce qui veut dire inventons des formes d'attentions plus douces, moins systématiques, mieux réparties dans la journée, davantage partagées entre les résidents et ceux qui les aident.

Avec d'autres soutiens indispensables

Un tel dessein ne peut se décréter. Il va avec une réflexion de fond sur la vie dans les Ehpad, sur la place dévolue aux usagers et sur la crainte des professionnels de ne pas savoir faire, d'en faire trop ou pas assez, d'être encore sollicités. C'est ici que les organismes de tutelle doivent continuer de penser le cadre réglementaire qui mène à la certification des établissements et à la construction de leur financement. Les autorités ont déjà fait beaucoup en favorisant le recrutement et

la formation d'un personnel dédié ou en agissant dans la lutte contre la maltraitance. Elles savent toutefois que ces dimensions restent au second plan en l'absence de projets autonomes pensés et constamment travaillés par les établissements. Car l'inertie gagne chacun dans un climat déficitaire. Et la lutte contre cette forme de langueur passe par un ensemble de convictions assemblées en lignes directrices, régulièrement énoncées et sur lesquelles chaque professionnel peut s'appuyer : la nécessaire singularité des projets de vie, l'implantation locale ouverte sur l'extérieur, l'hypothèse d'un reste d'autonomie jusqu'au bout. Ce sont ces lignes qu'il convient de valoriser.

Rêvons encore...

Aidants et familles doivent toujours se sentir soutenus. Imaginons, pour cet accompagnement, la méthode suivante. Pendant une période donnée, des aidants engagés et assidus se réunissent avec le projet d'explicitier leurs inquiétudes ou leurs ressentis : la culpabilité de savoir leur proche dans un établissement, l'incapacité à créer une nouvelle forme de liens, la difficulté à dépasser certains conflits avec un soignant ou avec une équipe... Assez vite surgissent des questions pratiques : comment visiter son proche ? À quel rythme ? Avec quel projet ? Selon quelle articulation avec les autres résidents ? Comment parler aux soignants sans crainte de créer un préjudice à celui qui est hébergé ? Ces émergences étant favorisées, elles commencent par être formalisées et donc traitées. Puis, ces questions deviennent progressivement celles de leurs restitutions vers les autres aidants de la même résidence. C'est une nouvelle étape qui continue d'enrichir, provoque de nouvelles formes de partage, oriente vers un accueil plus collectif et moins anonyme. Et si l'on continue, tout cela peut déboucher, par exemple, sur des nouvelles formes d'échanges entre aidants, sur la publication d'un petit journal, sur tout dispositif qui favorise les interactions entre les familles. Peu importe la forme, il en résulte toujours un apaisement des tensions et des revendications, un plaisir nouveau à retrouver son parent, un allègement du sentiment de fardeau éprouvé.

Conclusion

Beaucoup d'actions sont pensables dans ces lieux d'hébergement pour personnes âgées. L'isolement y est un risque malgré la vie collective. Toutes ces interventions sont longues à mener, mais elles apportent la satisfaction d'un travail partagé aussi attendu que surprenant si elles sont coordonnées par l'institution de dispositifs de concertation et de partage. Ce faisant, s'installe une culture nouvelle, fondamentale et rassurante pour les usagers comme pour leur entourage. L'enjeu est que chacun puisse encore espérer qu'un après est possible. 

Les « vieux »

Si les « seniors » sont perçus comme des personnes actives, insérées dans la vie sociale ou économique, les « personnes âgées », elles, sont perçues comme vieillissantes, vulnérables et ces représentations leur imposent des limites et une place à laquelle chacune doit se tenir.

Marie Rajablat

Infirmière psychiatrique retraitée, animatrice SOS Méditerranée

ASSISE dans ma voiture, les larmes me monteraient presque aux yeux. Je sors bousculée de cette consultation médicale.

« Quel est le motif de la consultation?... » Non, plutôt: « Vous venez me voir pour quoi? ». Ça commence. Mon estomac se noue. Ça va être comme d'habitude, à peine commencez-vous à énoncer le motif de votre consultation, que vous sentez l'interlocuteur se détacher, la lassitude peser sur ses épaules.

Je me souviens de ce jeune remplaçant qui regardait la secrétaire en levant les yeux au ciel d'un air entendu, à chaque fois qu'il raccompagnait un patient âgé et en appelait un autre. Alors vous, vous êtes là, désolée de venir l'enquiquiner à parler de vos maux de vieille. Parce qu'il y avait eu aussi quelque temps avant, cette phrase de mon médecin dit traitant: « Ben oui, qu'est-ce que vous voulez, toutes les personnes âgées ont les mêmes problèmes! »... OK. Je ne me sentais pourtant pas une « personne âgée », mais peut-être fallait-il désormais que je l'admette. La petite phrase s'est insinuée en moi, même si j'ai ronchonné intérieurement que je n'étais tout de même pas devenue « les personnes âgées », que j'étais restée moi, Marie.

Vous ravalez votre colère et vous vous asseyez sur votre singularité parce qu'aujourd'hui, plus aucun médecin généraliste alentour ne prend de nouveaux patients. Vous seriez prêt à vous excuser de venir prendre du temps précieux à ces doctes personnages pour des brouilles de vieille dont la carcasse ne suit plus... Ou alors, vous finissez comme moi, par ne plus mettre les pieds chez un médecin et vous supportez votre sort, puisque sort il y a...

Donc: « Vous venez me voir pour quoi? » Assise sur le bord de la chaise, je me fais le plus synthétique possible pour ne pas lui faire perdre de temps. J'en viens même à lui dire qu'en fait, avec la chaleur et la sécheresse actuelle, je vais mieux! Sauf que lui aussi n'est pas de toute première jeunesse et il ne se contente pas de mes bredouillages. Il me pose des questions. Pire, il me regarde dans les yeux et m'écoute. Quand je pense que mon ex-généraliste, le nez sur son ordinateur, me demandait régulièrement qui était mon médecin traitant! Plus du tout habituée à ce genre de relation soignant/soigné, je suis totalement déstabilisée. Il doit

le sentir: « Vous êtes peut-être surprise que je vous pose tant de questions qui, en apparence, n'ont pas de rapport avec la raison pour laquelle vous êtes venue. » Je souris intérieurement parce que mon ex-médecin (mal)traitant s'affichait homéopathe. À notre première consultation, lui aussi m'avait posé une série de questions, mais pas tout à fait de la même façon. Le regard vissé sur une fiche bristol jaunie et écornée, extirpée du fond d'un tiroir, il a cherché les correspondances à mes réponses et a conclu triomphalement au bout d'un quart d'heure (et de 50 €): « Vous êtes une hyperactive! ». Le diagnostic était posé, il n'y avait pas à discuter.

Il se trouve que les dits « hyperactifs », je les côtoyais depuis de nombreuses années et ce diagnostic m'avait toujours laissée songeuse. J'ai souvent pensé que ces enfants étaient d'autant plus hyperactifs que leur entourage, même en faisant de son mieux, n'était ni assez soutenant ni assez rassurant. En conclusion, je ne me sentais pas plus « hyperactive » que « personne âgée ».

Donc, non, je ne suis pas surprise par les questions de ce médecin, mais plutôt par son approche. Il prend son temps, il écoute et surtout mes réponses semblent l'intéresser. En tout cas, c'est ce qu'il donne à voir. Non seulement ce que je ressens n'est pas invalidé, mais il s'appuie dessus pour cheminer tranquillement dans ses réflexions.

En fait, ce qui est le plus étonnant, c'est que cela m'étonne, car la soignante que j'ai été a décrit de mille et une façons la nécessité d'établir une relation soignant/soigné suffisamment bonne pour pouvoir prendre soin et peut-être parfois, devenir thérapeutique. C'est dire si la patiente que je suis parfois a fini par intégrer comme une norme, le fait d'être malmenée par les soignants.

« Vous n'êtes pas venue avec un bilan sanguin, une radio? » J'éclate de rire en répondant que cela aurait été trop organisé. En fait, j'y avais bien pensé, puis j'ai laissé tomber en pensant à l'histoire de notre coloc. Lorsqu'il est arrivé dans la région il y a quelques années, il s'est présenté à son nouveau généraliste avec ce genre de documents (son dernier bilan sanguin, une radio et un compte rendu d'intervention chirurgicale) et il s'est entendu dire: « Ah non, mais si vous croyez que j'ai le temps de lire tout ça! »...

Eh bien non, je ne suis pas venue avec pour ne pas déranger, pour ne pas prendre trop de son temps, mais aussi pour ne pas risquer de me faire rembarrer.

On en vient naturellement au moment que je redoute le plus chez un médecin, les antécédents familiaux : « Je ne sais pas. » Mais je précise toujours dans la foulée que je n'ai pas connu mes parents biologiques, parce qu'un jour un médecin s'est écrié : « Comment ça, vous ne savez pas ? ! Tout le monde sait ! » Si seulement on pouvait éviter cette question. Lui, non content de ne pas éviter la question, y revient plus tard pour en savoir plus. Ce qui l'intéresse me dit-il, ce sont les émotions, « la vie affective qui en prend un coup ». Je rêve de plus en plus !!!

Au bout d'une heure, il conclut : « J'aimerais bien que vous preniez un peu plus soin de vous... Il y a eu trop d'émotion dans votre vie... » J'en reste bouche bée. J'en serais presque agressive : ça ne va pas non ? ! Mais d'où sort-il ça ? ! Pour qui se prend-il ce gars ? ! Holà, tout doux. Au fond, ce qui me trouble, c'est de n'être plus réduite à un symptôme ou à mon âge. Dans le bus, je suis devenue une « dame âgée » à qui les jeunes offrent leur place. Dans la rue, je suis devenue une « mémé à qui on pourrait voler son sac »¹. Et bientôt, on s'adressera à mes enfants pour décider de ce qui serait le mieux pour moi !

Alors ça me touche bien sûr. Ce médecin me touche. Ça résonne même de très loin. Les soignants ne s'imaginent pas ce qui se joue avec les patients. Beaucoup d'entre eux nous racontent pourtant comment l'attention portée sur eux, les troublent voire les fragilisent. Je me souviens d'une jeune patiente qui, quelques jours avant sa sortie, m'a dit : « Vous ne vous en souvenez certainement pas, mais la semaine dernière, pendant que la perfusion s'écoulait, vous m'avez touché le front pour voir si j'avais de la fièvre... ça m'a bouleversée... je me revoyais petite fille quand j'étais malade... Ça faisait tellement longtemps que personne ne prenait plus soin de moi de cette façon-là... Je crois que c'est ce qui a déclenché le travail que j'ai fait ici avec vous tous... ce simple geste². ». Eh bien voilà, moi aussi, ça faisait tellement longtemps qu'un médecin ne m'avait plus considérée comme un sujet à part entière et n'avait plus pris soin de moi de cette façon-là... ❶

- 1 Réflexion d'un jeune à mon intention (qui m'a plutôt semblé être l'objet d'un pari avec ses copains hilares).
- 2 Marie Rajablat, *Mille et un soins en psychiatrie – entre combats et magie de la rencontre*, Éditions Erès, Toulouse, 2019, p. 64.

Septuagénaires

Serge Sadois
Retraité actif

À plus de 95 ans, ma voisine est partie en Ehpad.

Elle avait acheté son terrain de près de 4 000 m², il y a 70-75 ans.

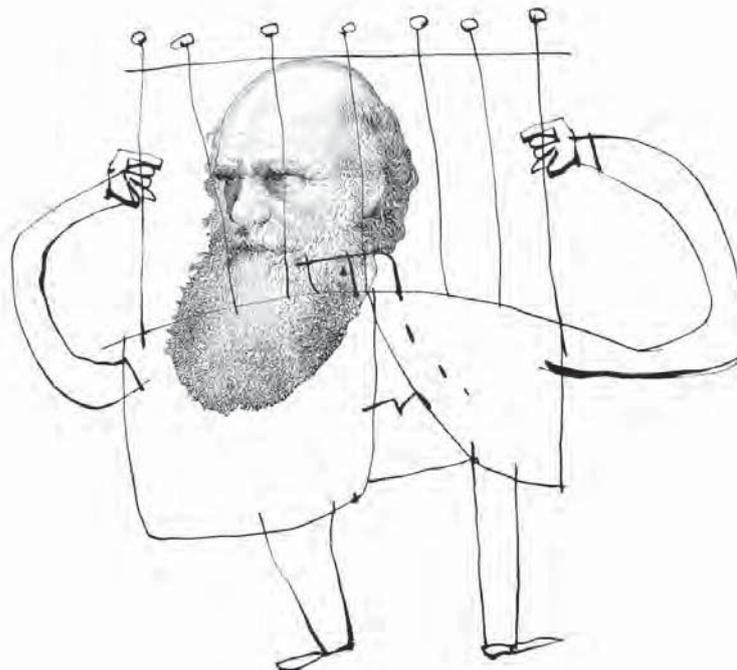
À la place de la friche existante, elle y avait planté des arbres qui, avec l'âge, étaient devenus magnifiques.

Elle a dû vendre.

L'acquéreur, qui veut jouer au promoteur, en a fait des parcelles de terrain à construire, pour ça, il a tout coupé. Un désastre. Un vrai

rêve d'administrateur de caisse de retraite : se débarrasser des septuagénaires encore verts pour faire des bénéfiques. ❶

Personnes âgées,
vieillesse, vieillissement.



La Covid n'est pas seule responsable !

On a permis à l'État québécois d'offrir aux personnes âgées en centres d'hébergement de soins de longue durée des patates en poudre et un seul bain par semaine. Aujourd'hui, on s'étonne que ces personnes tombent comme des mouches sous les assauts de la Covid-19.

Bernard Roy

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval

DEPUIS l'arrivée de la pandémie de la Covid-19 en sol québécois, ce virus venu d'outre Pacifique, a, en date du 19 novembre 2020, tué 6 664 personnes. À elles seules, les personnes de plus de 70 ans comptent pour plus de 80 % de ce nombre. De froides statistiques qui occultent des millions de pages d'histoire de vie, à jamais effacées de notre mémoire collective. Plus troublant encore est le fait que 85 % des décès comptabilisés depuis l'arrivée de la pandémie au Québec sont survenus en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), Ressource intermédiaire (RI) ou Résidence pour personnes âgées (RPA).

En ces lieux, ironiquement nommés « milieux de vie » par les gestionnaires du système de santé ainsi que par des experts de la sénescence, le taux de létalité de la Covid-19 dépasse les 30 %. Mais, en fait, est-ce vraiment ce coronavirus qui a tué toutes ces personnes du vieil âge ?

« Le droit sacré des peuples ça existe, oui ou merde ? »

En 2012-2013, au sein de la société québécoise, se déployait un débat autour de la délicate question de l'aide médicale à mourir. Ce dossier était piloté par la députée du Parti québécois, Véronique Yvon qui, à cette époque, occupait les fonctions de ministre responsable du dossier « Mourir dans la dignité ». Ma collègue, infirmière, philosophe et éthicienne, Danielle Blondeau, malheureusement décédée subitement en 2014, était farouchement opposée à ce virage qu'entendait prendre la société québécoise. Ce qu'elle craignait le plus, dans l'avènement de l'aide médicale à mourir, était que la société québécoise poursuive son désinvestissement dans le « soin » au profit, et j'utilise sciemment ce mot, d'un système de santé axé sur le curatif et la rentabilité.

J'appréciais discuter avec ma collègue. De mon côté, j'estimais essentielle – et l'estime toujours – l'adoption de cette loi du fait qu'elle allait contribuer au respect du droit à l'autodétermination des personnes jusqu'à

leur dernier souffle, cette autodétermination tant réclamée par Momo, pour Madame Rosa, auprès du docteur Katz dans *La vie devant soi* de Romain Gary. Je me souviens très bien de m'être mis en bouche les mots de Momo pour argumenter auprès de mon amie. « Le droit sacré des peuples ça existe, oui ou merde ? » Tout comme Momo le réclamait pour Madame Rosa, j'estimais que toute personne a « le droit sacré de disposer d'elle-même ». Danielle, pour sa part, craignait les dérives. Elle estimait qu'avec l'adoption de cette loi, le système de santé risquait, à la longue, de délaisser davantage son obligation de mutualité envers les humains et ses responsabilités éthiques du « prendre soin » d'autrui. Cet abandon du soin n'était certes pas un objectif des politicien·ne·s, tous partis confondus, qui militaient, à ce moment, pour l'avènement de cette loi. Toutefois, je le concède, aujourd'hui à Danielle, cette priorisation du « mourir dans la dignité » constituait un révélateur d'une société québécoise souffrant de

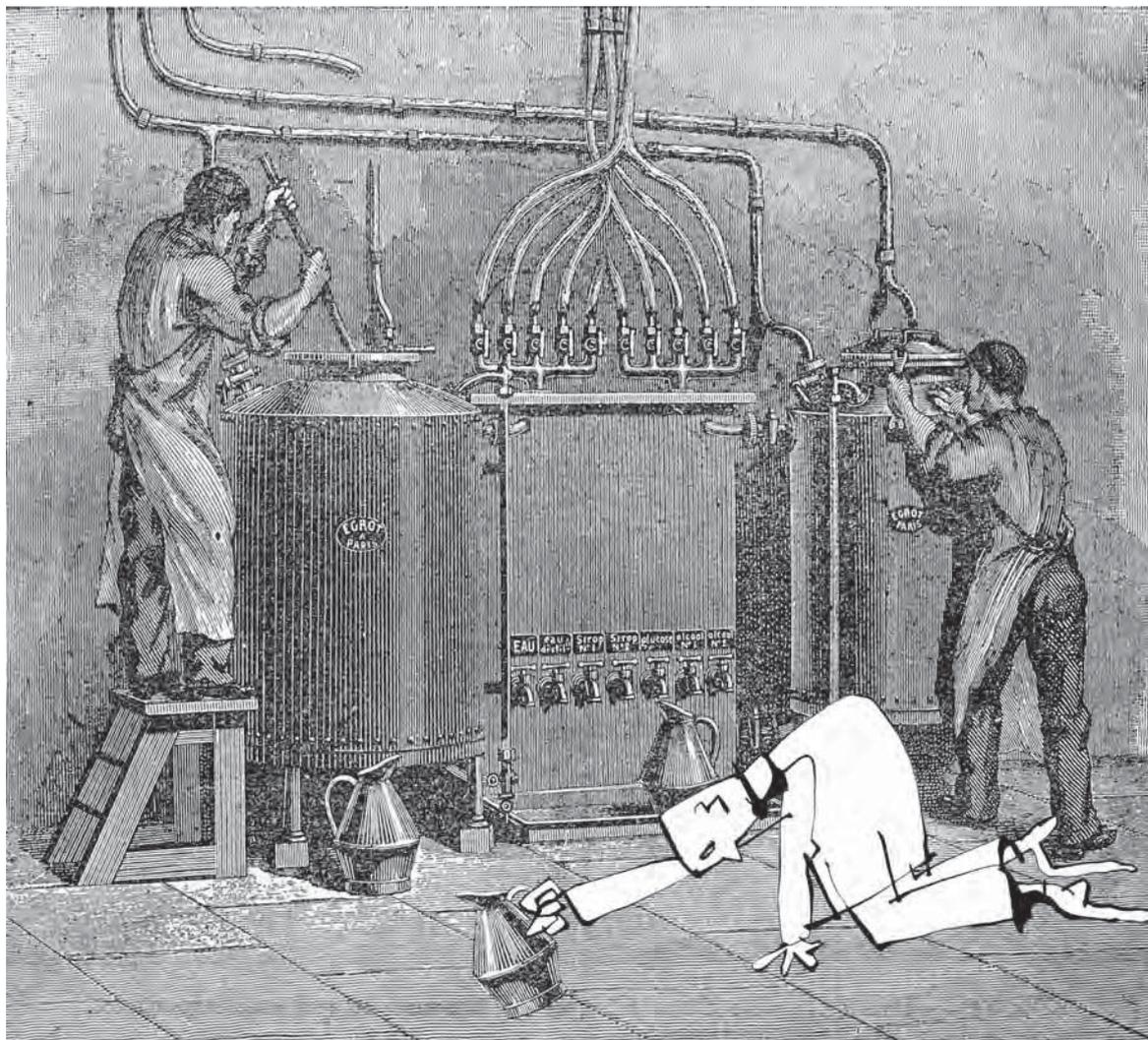
plus en plus de cécité envers la nécessité du prendre soin. Et, pourtant, déjà à cette époque et depuis fort longtemps, d'alarmants indicateurs scintillaient de tous leurs feux pour révéler le manque, pour ne pas dire l'absence de soins envers les plus vulnérables de la société québécoise. Réaliser l'inventaire de tous ces signaux d'alarme prendrait des semaines, voire des mois.

Imaginez ! L'État québécois, en 2016, le plus sérieusement du monde, légiférait pour justifier qu'un bain par semaine, pour un pensionnaire en CHSLD, suffisait et que les patates en poudre constituaient un choix nutritif pour le système biologique et bien rentable pour les finances de l'État. Nous avons, collectivement, laissé passer ça ! En 2017, les parlementaires débattaient, le plus sérieusement du monde, de l'importance de donner plus d'un bain par semaine aux résident·e·s des CHSLD. Le 21 septembre 2017, un article, à la une du quotidien *Le Devoir* titrait : « CHSLD : le droit à deux bains par semaine est reconnu ». Wow ! Et on s'étonne, qu'au printemps 2020, les personnes âgées en CHSLD, au Québec, tombaient comme des mouches sous les assauts de la Covid-19.

La crise de la Covid a également révélé le peu de considération que l'État québécois porte aux soignant-e-s, particulièrement celles et ceux qui œuvrent auprès des personnes âgées en CHSLD et RPA. Un état de fait qui perdure depuis de bien trop nombreuses années. Je dois, toutefois, nuancer mes propos. De quel soignant parle-t-on ? Des médecins spécialistes qui, au Québec, en 2019, gagnaient en moyenne 414 723 dollars par année ? Des médecins généralistes qui, eux, obtiennent une rétribution annuelle moyenne de 344 014 dollars ? Parle-t-on des infirmières cliniciennes qui, elles, gagnent, en moyenne, 66 000 dollars, cinq fois moins qu'un médecin omnipraticien ? Où, plutôt, parle-t-on des préposés aux bénéficiaires¹ qui, dans le secteur public gagnaient, en 2019, tout juste 40 000 dollars par année et, dans le secteur privé, à peine 32 000 dollars ? Il faut savoir qu'en 2019, l'Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS) établissait que dans une ville comme Montréal, le revenu viable pour une personne seule s'établissait à 27 205 dollars et, pour un couple avec deux enfants d'âge préscolaire à 58 166 dollars. Pas besoin de détenir un diplôme en économie pour constater que toutes les personnes occupant un poste de préposé aux bénéficiaires, travaillent, dans les faits,

pour à peine se sortir la tête en dehors des eaux troubles de la pauvreté. Doit-on se surprendre de constater qu'au Québec, le tiers des quelque 250 000 aides-infirmiers, aides-soignants et préposés aux bénéficiaires sont des immigrants, et que ce sont majoritairement des femmes ? Faut-il s'étonner que, dans la ville de Montréal, les arrondissements les plus affectés par la Covid-19 furent ceux où se retrouvent de fortes proportions de personnes issues de l'immigration vivant en situation de pauvreté et qui, au quotidien, se retrouvent, comme préposé et aide-soignant, au chevet des personnes âgées survivant en CHSLD et RPA.

Au moment du pic de la première vague de la Covid-19, lors de ses points de presse quotidiens, le Premier ministre Legault annonçait, dans un premier temps, le décès de dizaines de nouvelles personnes en CHSLD et RPA. Il reconnaissait, du coup, que l'État québécois avait, depuis des décennies, négligé les aides-soignants et préposés aux bénéficiaires. Leur pénurie était telle que l'État québécois a dû faire appel à l'armée canadienne pour assurer, tant bien que mal, les soins en CHSLD. L'absence de soin était à ce point critique que, dans les faits, ce n'est pas la Covid-19 qui tua toutes ces personnes. Un urgentologue de



Montréal mentionna que les personnes âgées transférées des CHSLD vers l'urgence de l'hôpital où il travaille étaient dans un bien piètre état. En plus d'être affamées, plusieurs étaient déshydratées à un point tel qu'elles souffraient d'insuffisance rénale.

Le soin, suggère la philosophe Céline Lefève, repose sur une relation éthique du fait qu'elle vise le respect d'une liberté qui cherche à s'exercer. Quelle que soit la faiblesse, le handicap qui afflige une vie, celle-ci cherche toujours à exercer sa liberté et ce, jusqu'à choisir, éventuellement, de s'éteindre volontairement. Il n'y a pas de soin, rappelle le philosophe Frédéric Worms, sans manifestation d'une vulnérabilité qui requière de l'aide. Toutefois, si cette aide peut apporter du secours, contribuer à l'émancipation, elle peut, malheureusement, devenir un espace d'exercice d'un pouvoir abusif et assujettissant. Et, manifestement, les gestionnaires de l'État québécois et d'un grand nombre d'institutions, pendant des décennies, en appliquant la *méthode Toyota* aussi nommée *Lean Management* (production allégée) on fait preuve d'un pouvoir abusif sur des milliers de vies fragilisées. En fait, ont-ils vraiment vu ces vies ? N'ont-ils pas, plutôt, considéré des colonnes de chiffres à faire balancer ? Depuis le milieu des années 1980, au Québec comme dans la majorité des pays occidentaux, la rationalisa-

breux scientifiques, associés au monde de la santé et de l'économique, s'acharnent pourtant à élaborer de rigoureuses méthodes de calcul permettant, prétendent-ils, de démontrer l'efficacité d'un « soin » dispensé dans un constant souci de rentabilité.

Dans le dernier ouvrage publié par Danielle Blondeau, en 2013, un an avant qu'elle nous quitte, le philosophe Thomas de Konink écrivait que « le degré de civilisation d'un peuple, d'une société, se mesure à sa conception de l'hospitalité ». Des propos qui rejoignent tout à fait ceux du philosophe Avishai Margalit qui affirme, lui, qu'une « société décente est une société dont les institutions n'humilient pas les gens ». La pandémie de la Covid-19 révèle l'ampleur de l'humiliation que nous faisons vivre aux personnes les plus vulnérables de notre belle société québécoise. Danielle soutenait, à juste titre, que l'hospitalité de notre système de santé était en voie de dissolution. Hospitalité... un mot d'un autre temps ayant pour origine latine *hospes*, qui désigne l'hôte et *hostis* qui, lui, renvoie à l'étranger envers qui nous avons des devoirs d'hospitalité.

Ce sont ces expressions latines qui constituent les fondements des mots « hospice », « hôtel-Dieu » ou encore, « hôpital ». Aujourd'hui, dans nos sociétés de haute civilisation, nous avons si peur du « vieux »

que nous nous sommes débarrassés des ringardes appellations des lieux de soins pour les remplacer par les jeunes et modernes concepts que sont les CHSLD, RI, RPA... Ce sont là, les acronymes des lieux où, sociale-

ment, nous enterrons, vivants, les vieux et autres citoyens en perte d'autonomie. « Le jeune pousse le vieux », dit-on. Intéressant de constater que le « H » de CHSLD réfère au mot « hébergement » qui, lui, a pour origine l'expression francique *heribergon* qui signifiait, entre autres, « fournir le gîte à une armée ». Je ne crois pas me tromper en affirmant qu'historiquement, on ne traitait pas aux petits oignons les militaires à l'intérieur des baraquements dans lesquels ils vivaient entassés. Mais, comme le chantait Jacques Brel... « au suivant... au suivant... ». Ces changements de dénomination illustrent, en quelque sorte, cette perte du sens du soin et un abandon des personnes vulnérables que craignait tant Danielle.

En juin 2016, la Commission de la santé et des services sociaux du Québec déposait un rapport intitulé : « Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée ». On pouvait lire, dans ce rapport émanant d'une consultation commencée en 2013 et, donc, précédant de sept ans la crise de la Covid-19 qu'il « ressort des échanges qu'ils (les préposés aux bénéficiaires) sont en trop petit nombre, que certains font face à de l'épuisement professionnel et que le taux de roulement est élevé ». Quatre ans après le dépôt de ce rapport, lors de ses points de presse, le

« Soins » et « méthode Toyota » sont incompatibles.

tion du système de santé et de l'offre de soins s'est accentuée sous l'impulsion d'une gouvernance et d'une pensée néolibérale qui a fait du secteur de la santé un secteur comme les autres. Un *business* à rentabiliser, en calculant rigoureusement le nombre de débarbouillettes, de serviettes, de papier hygiénique, de draps, de bains, de fibres, de calories... à investir dans le cycle de production. Le temps investi dans tout acte soignant étant, lui aussi, calculé, chronométré. Changer un lit, une couche, donner à boire, à manger à un patient, questionner, parler à une personne alitée... tout, absolument tout est calculé. Tant de patient·e·s + tant d'actes à poser = le moins de personnel possible. L'aide est apportée pourvu qu'elle rapporte ! Pendant ce temps, l'État puisait allégrement dans ses goussets pour assurer une rémunération équitable aux enfants chéris du système de santé, les disciples d'Esculape.

Quoi qu'en pensent ces gestionnaires du système de santé qui affichent fièrement leur « ceinture verte *lean* », « soins » et « méthode Toyota » sont incompatibles. Peut-on sincèrement faire du « soin » un objet de commerce qui se décortique en actes qui, eux, se rémunèrent à la pièce ? Comment peut-on, en toute humanité, transformer des personnes âgées en perte d'autonomie en objets de commerce qui font saliver des actionnaires en quête de profits ? De nom-

Premier ministre François Legault réalisait le même constat. En fait, loin de s'améliorer, la situation semblait s'être considérablement détériorée.

Depuis 2014, la loi sur l'aide médicale à mourir contribue à ce que de nombreuses personnes, en toute conscience et autodétermination, puissent mourir dans la dignité.

Il serait peut-être temps, maintenant, de nous préoccuper du « vivre dans la dignité ». Entre autres, du vivre dans la dignité des personnes âgées, particulièrement de celles en perte d'autonomie. Mario Paquet, un sociologue ayant consacré toute sa carrière à l'étude et au soutien des « aidants surnaturels » écrit, en paraphrasant l'épouvantail du magicien d'Oz, que « si vous ne savez pas où aller, la route que vous empruntez importe peu ». Il faudra, au sortir de cette pandémie de la Covid-19, que la société québécoise réfléchisse à la direction qu'elle entend prendre pour assurer, à toutes et à tous, et particulièrement aux plus vulnérables, un « vivre dans la dignité ». Et cette réflexion nécessitera, à mon sens, de nous sortir des lorgnettes économiques, mais, aussi, de retirer nos œillères médicales qui nous forcent à regarder le vieillissement comme une maladie qu'il nous faudrait, coûte que coûte, guérir. J'écris ces lignes et, en fait, je me demande : qui suis-je pour, ainsi, m'ériger en donneur de leçon ? L'actuelle ministre responsable des Aînés et des Proches aidants dans le gouvernement québécois est, à mon sens, une personne très compétente et excessivement dévouée. Mais, dans notre monde où les prêtres de l'économie et les bonzes du biomédical occupent le haut du parvis, a-t-elle les coudées franches ? À l'époque où j'étais étudiant en anthropologie, j'ai eu le bonheur d'avoir, comme professeur, le regretté Bernard Arcan. C'est fou comme certaines personnes parviennent, bien malgré elles, à marquer, à tout jamais, des trajectoires de vie. En 1983, dans la revue *Anthropologie et Sociétés*, Bernard signait un article intitulé « La construction culturelle de la vieillesse ». Un texte important qui, à travers l'exemple des Cuivas, peuple autochtone de l'Amazonie, montre que l'âge est, en

fait, une construction culturelle. Dans cet article, que je vous invite à lire, Arcan rapporte que « chez les Cuivas, les gens âgés ne forment pas une catégorie sociale identifiable pouvant être distinguée du reste de la société ». Arcan montrait que, chez les Cuivas, les personnes âgées ne sont jamais exclues ou maltraitées car « elles demeurent intégrées à l'ensemble social ». Ce n'est pas parce que les Cuivas âgés « participent à la production ou qu'elles détiennent un quelconque pouvoir économique, politique ou religieux... [...] C'est plutôt que dans ces sociétés, les activités de tous les autres membres du groupe ne sont pas essentiellement différentes de celles des plus âgées ». Je concluais ce texte en paraphrasant Simone de Beauvoir qui « pour briser la conspiration du silence » envers le vieil âge, publiait, en 1970, son volumineux essai *La Vieillesse*. La Covid-19 n'est pas la cause première des nombreux décès en ces lieux où des milliers de personnes de grand âge s'entassent derrière les murs de notre indifférence. La cause première de ces mortalités est, plutôt, le sort que notre société réserve à cette vieillesse fragilisée. Cette indifférence, cette absence de soins, concerne toute notre société et révèle, en quelque sorte, l'échec de notre civilisation. C'est l'humain tout entier, proposait de Beauvoir, qu'il faut refaire. Ce sont toutes les relations entre les êtres humains qu'il faut recréer si on veut que la condition des personnes âgées fragilisées devienne acceptable. Un être humain « ne devrait pas aborder la fin de sa vie les mains vides et solitaire ».

Certains diront que les idées que je défends dans ce texte sont celles d'un pelleteur de nuages. Pour ma part, je préfère, comme c'était le cas pour ma collègue Danielle Blondeau, appartenir à cette catégorie de gens qui, à grands coups de pelles, dégagent le ciel que les comptables ont assombri avec leurs opaques *cumuloéconomiques*.¹

1 Les préposés aux bénéficiaires sont, au Québec, ce que sont les aides-soignants en France.

Maintenus à l'écart sans concertation

Parlant en leur nom, dans l'optique officielle d'assurer leur bien-être et leur survie, le pouvoir contraint les personnes âgées, en Ehpad tout particulièrement, à se conformer à des mesures d'exception allant contre leur liberté sans tenir compte de leur autonomie ni solliciter la société civile.

Julien Vernaudon
Médecin gériatre

S'IL est bien une population fragile et fragilisée face à la Covid-19, c'est celle des personnes âgées, voire très âgées. Ceci est bien relayé et mis sur le devant de la scène : « Attention les vieux sont fragiles, protégeons nos aînés ! » Ce qui est bien moins mis en lumière en revanche, c'est leur absence criante du débat public où, intéressées au premier chef, elles n'ont pas voix au chapitre. C'est d'autant plus navrant que sous prétexte de les protéger, l'accès à la parole ne leur est pas possible.

Panoptique sanitaire

Dans le but de protéger leurs vies, les aînés et notamment ceux résidents d'Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Quand tout bonnement les visites et les sorties de leur chambre ne leur sont plus autorisées,

version hygiéniste du mitard. Démocratie autoritaire

(Ehpad) se retrouvent pris au piège de leurs citadelles médico-sociales. Afin d'éviter la propagation du virus, un certain nombre de restrictions leur sont imposées. À la peine de réclusion à perpétuité en collectivité forcée, peine souvent courte il ne faut pas l'oublier, qui déjà, en dehors de toute épidémie, a fait intituler par le Comité consultatif national d'éthique son avis n° 128 : « Quel sens à la *concentration* des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? »¹, s'ajoute tout un arsenal de mesures disciplinaires qui ont tout du carcéral. On y trouve des visites encadrées de leurs proches dans une salle commune, derrière une vitre de plexiglas, version à peine édulcorée du parloir avec des soignants changés en matons, à leur corps défendant, cela va de soi. Quand tout bonnement les visites et les sorties de leur chambre ne leur sont plus autorisées, version hygiéniste du mitard. Ces res-

trictions d'aller et venir, contrairement aux prisons et aux hôpitaux psychiatriques, ne peuvent même pas faire l'objet d'un appel au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, les Ehpad étant hors de sa juridiction, car censément non des lieux de privation de liberté. On assiste parfois aussi à des situations kafkaïennes où les visites sont autorisées, mais seulement du lundi au vendredi de 10 heures à 17 heures, soit pendant les horaires de travail des proches en activité professionnelle. Bien entendu, les professionnels du soin et les membres de la direction s'évertuent dans bien des endroits à trouver des expédients pour tenter d'adoucir cet isolement forcé, par exemple les appels avec caméra *via* des tablettes numériques, des photos envoyées aux proches ou encore plein d'autres initiatives locales. Des ersatz de relations sociales qui ne remplacent toutefois pas le lien physique, l'affection passe aussi par le corps et les gestes en réalité réelle. Difficile de prendre soin de son parent sans une certaine proximité physique.

À ces remarques, on peut faire prévaloir, à juste titre, que si on ne prend pas de telles mesures, la propagation de l'épidémie dans ces lieux peut être massive, mortelle et saturer les hôpitaux. De même, on peut opposer risque individuel d'être infecté et risque collectif de transmettre le virus aux autres résidents. Tout cela s'entend et est fort juste. Cependant, en démocratie, rien ne justifie en réalité l'absence de débats sur l'adoption de règles extraordinaires. Malheureusement, il semble bien que désormais, les états d'urgence se succédant les uns aux autres, le temporaire devenant permanent, l'arbitraire technocratique, malhabilement camouflé derrière un conseil scientifique objectif, faisant force de loi, le citoyen soit devenu l'esclave d'une « démocratie autoritaire »². Au printemps, lors de la première vague, tout le monde a été pris de court, la sidération initiale et la temporalité ont pu justifier l'inexistence du débat public sur les mesures prises. Quoiqu'en libérant nombre de citoyens

de leurs rôles d'exécutants et de consommateurs passifs d'un système néolibéral mis temporairement entre parenthèses, déjà des réflexions et des critiques se faisaient jour. Malgré tout, il devient difficile actuellement, après l'accalmie estivale qui aurait pu être propice à la réflexion à froid, d'accepter l'absence totale de concertation sur la suite. Le retour de l'épidémie n'est une surprise pour quiconque se renseigne un peu et surtout le virus est là pour longtemps. Dans ce cadre, les mesures arbitraires non débattues, non étayées par la société civile et d'autres « experts » que ceux choisis par nos dirigeants : philosophes, juristes, soignants, enseignants... demeurent certes légales, le législatif étant asservi à l'exécutif, mais complètement illégitimes. Toutes ces mesures ont un impact sur la vie des gens et sont amenées à perdurer.

Dans ce contexte, où l'urgence à agir, bien réelle, ne peut plus, ne doit plus justifier l'absence de concertation, à quel moment tiendrons-nous compte de l'avis des aînés confinés, isolés dans un milieu aseptisé ? Quand écouterons-nous ceux qui réfléchissent à cette situation ?

Considération des personnes âgées

L'Espace de réflexion éthique de la région Val-de-Loire a récemment produit une réflexion intéressante sur la situation des personnes âgées en Ehpad durant cette épidémie³. On y lit que trois libertés fondamentales y sont refusées : interdiction d'aller et venir, négation du consentement et contrôle des relations. Comme cela se joue dans le huis clos d'établissements volontairement mis à l'écart, l'indignation ne semble pas avoir explosé en place publique. Cet isolement social et affectif permet d'évaluer la dignité et le statut accordés à nos aînés les plus vulnérables. Ces longs mois de privation, chez des personnes arrivées à l'étape finale de leur vie, éclairent d'une lumière crue l'estime qu'on leur porte. Également, le choix de l'étalement-or consistant à publier médiatiquement la comptabilité des lits de réanimation pour évaluer la pression sur l'hôpital, sans évoquer l'augmentation parallèle, continue et très inquiétante du nombre de lits de gériatrie, offre un contraste de considération saisissant. Si l'on voulait paraphraser Lucien Bonnafé, on pourrait affirmer aujourd'hui que si on juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses vieux, l'image du Pays-des-Lumières-et-des-Droits-de-l'Homme est bien écornée.

Si la valeur première défendue par ces mesures est la vie, on est tout bonnement en droit de se demander de quelle vie on parle. Le plus court pour ces personnes est devant elles et on les priverait des ultimes instants de bonheur pour prolonger leur vie, assurer leur survie ou plutôt, en réalité, leur sous vie, une vie dépouillée de tout ce qui peut faire sens pour elles, une vie biologique, une « vie nue »⁴ sous-tendue par une « biolégimité »².

La transdisciplinarité, remède en cas de crise

Dans ses prises de position, le gouvernement se voudrait empreint d'humanité et de sollicitude envers nos aînés, alors pourquoi ne pas solliciter leur avis ? On peut monter un « grand dialogue », un « Ségur de la Santé » en quelques semaines et une convention citoyenne impliquant les premiers concernés sur ce sujet ne serait pas réalisable ? La démocratie ne s'use que si l'on ne s'en sert pas et l'urgence ne doit pas à nouveau être prétexte à empêcher toute analyse, critique ou idée contradictoire. La transdisciplinarité est une clé dont il faut se saisir dans des moments aussi critiques⁵. Le printemps a montré qu'il existe une aspiration à plus de transparence et de démocratie dans les institutions notamment sanitaires (tribunes, pétitions, témoignages...), la Convention citoyenne pour le climat que les citoyens savent se former et réfléchir pour aboutir à des propositions ambitieuses et solides. L'heure n'est plus aux décisions autoritaires, versatiles, culpabilisantes et répressives. Cela ne fonctionne pas et personne n'en sort digne, ni nos aînés ni les décideurs. 

- 1 Avis n° 128 du 15 février 2018 – Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? Comité consultatif national d'éthique.
- 2 Didier Fassin et al., « La démocratie à l'épreuve de l'épidémie », *Esprit*, vol. octobre, n° 10, 2020, p. 81-106.
- 3 M. Ladiesse, T. Léonard, B. Birmelé, « Les libertés en Ehpad, à l'épreuve du confinement », *Éthique et Santé*, (2020) 17, p. 147-154
- 4 Giorgio Agamben : « Qu'est donc une société qui ne reconnaît pas d'autre valeur que la survie ? », *L'Obs*, 27 avril 2020.
- 5 Pablo Servigne, Raphaël Stevens, Gauthier Chapelle, *Une autre fin du monde est possible – Vivre l'effondrement (et pas seulement y survivre)*, Seuil, 2018.

Impact de la pandémie dans les Ehpad

La pandémie de Covid-19 est une situation inédite pour les Ehpad, tant par les conséquences sanitaires, parfois dramatiques pour certains, que par les mesures prises pour gérer cette crise et tenter d'endiguer la propagation du virus.

Pierre Da Col

Médecin coordonnateur, gériatre – psycho-gériatre

NOUS allons évoquer les conséquences de l'interdiction des visites pour les résidents et aussi du confinement dans leur chambre.

Il ne s'agit pas d'un travail statistique, mais uniquement observationnel. Nous ne donnons aucun pourcentage pour chaque observation et certaines sont très subjectives, mais relevant souvent d'un consensus avec les professionnels. Ou simplement pertinentes par leur fréquence inhabituelle.

Il a été réalisé sur une population d'environ trois cents résidents, dans trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) différents avec respectivement 175, 70 et 65 résidents. Les observations ont été notées au fil de l'eau, chaque jour, suivant les différents événements remarquables et remarquables. Ces données ne sont sans doute pas exhaustives et demandent à être confirmées par d'autres observations similaires ou infirmées.

Nous devons préciser qu'aucun de ces trois Ehpad n'a subi d'épidémie de Covid-19. Il y a eu des résidents suspects, prélevés et mis en isolement, sans plus. Un des Ehpad a eu un de ses résidents contaminés, mais en dehors de l'établissement, dans le système hospitalier à l'occasion d'une hospitalisation. Au cours de cet incident, l'ensemble du personnel et des autres résidents ont été prélevés et se sont révélés tous négatifs.

Si, initialement, nous étions très inquiets et assez opposés aux mesures gouvernementales prises, nous nous sommes rapidement aperçus qu'il n'y avait pas que des observations négatives. En effet, les mesures de privation de liberté sont *a priori* totalement opposées aux recommandations de bien-être, telles qu'elles sont enseignées par toutes les écoles de gériatrie.

Nous allons tout d'abord énumérer les effets positifs engendrés par la privation de visite et le confinement en chambre, puis nous passerons en revue les effets délétères observés. Nous tenterons ensuite de tirer quelques conclusions de cette expérience.

Les effets positifs

Comment, face à de telles mesures coercitives, contraires au simple bon sens de la bien-être, a-

t-il été possible de noter des effets positifs ? Cela a été une vraie surprise de voir des résidents qui s'améliorent dans de telles circonstances !

Tout d'abord, à partir du 11 mars, suite à l'interdiction des visites des familles, nous avons constaté un grand calme et une grande tranquillité s'installer dans les Ehpad. L'ambiance globale est rapidement devenue apaisée. Malgré le manque de masques et de tenues, le personnel était plus détendu que d'habitude. Sauf en cas de nécessité d'isolement d'un résident lors d'une suspicion de Covid-19, la charge en soins est apparue moins lourde qu'en condition normale pour les soignants.

Ensuite, certains résidents sont devenus plus calmes, notamment des résidents atteints de démence. Ils sont généralement très sensibles à l'environnement et ces circonstances exceptionnelles ont permis de le vérifier. Par exemple, un résident régulièrement agité au moment des repas en salle à manger est devenu plus agréable et calme quand il a commencé à manger seul en chambre. Certains pensionnaires ont apprécié de ne plus voir leur famille (!).

Certains résidents ont pu montrer leur satisfaction à rester dans leur chambre, même seuls et sans visite. La personnalisation de certaines activités, parfois en petits groupes, a été très appréciée.

De manière assez évidente, nous avons observé moins de chutes, sans pouvoir encore chiffrer cette donnée.

Les effets négatifs

Bien évidemment, et cela nous le savions, nous avons noté des effets négatifs de l'interdiction des visites et du confinement en chambre, mais pas de la manière nécessairement attendue.

Tout d'abord, nous avons constaté des décompensations psychiques brutales, sur des terrains déjà fragiles avec crises d'agitation aiguë et parfois suraiguë avec nécessité d'injection de psychotrope intramusculaire pour passer un cap.

Nous avons aussi noté une aggravation des troubles du comportement chez certaines personnes âgées atteintes de démence.

Le nombre de décès brutaux et assez inattendus a augmenté dans un Ehpad en particulier. Dans cet Ehpad, nous avons observé neuf décès entre le 11 mars et le 30 avril, ce qui représente la moitié des décès de cet Ehpad en moyenne sur une année (dix-sept décès par an environ sur les trois dernières années). Ces décès étaient sans relation avec la Covid-19.

Comme attendu, nous avons eu un certain nombre de syndromes de glissement, parfois assez insidieux avec le décès à terme et assez rapide. Parfois, l'autorisation des visites des proches, dans la chambre et autant de fois que nécessaire, a permis d'éviter l'évolution fatale et le rétablissement d'une vie normale.

Régulièrement, certains résidents ont exprimé leur ennui et leur souhait de revoir leurs familles. Certains ont présenté des crises d'angoisse dans la mesure où ils étaient devant leur télévision, vissés aux chaînes d'information en continu (type BFM TV), avec une impression de « fin du monde ».

La surveillance des poids a permis de mettre en évidence une perte de poids de 1 à 2 kg pour certains résidents, avec une fréquence supérieure à la normale.

Analyse

L'analyse de cette expérience est difficile dans la mesure où il ne s'agit que d'observations non chiffrées, partielles et partiales. Malgré tout, nous pouvons formuler quelques idées-forces.

Tout d'abord, un Ehpad est un lieu de vie, comme le répètent tous les personnels soignants et administratifs de ces structures. Cet événement inédit par son ampleur et sa durée, impossible à reproduire même à l'échelle d'un Ehpad, nous montre que cette « vie » tellement idéalisée, n'est pas forcément adaptée à tous les résidents. Certains, comme les résidents atteints de démence, s'améliorent grandement quand l'environnement est calme et tranquille. Le va-et-vient (incessant ?) des familles et des visiteurs semble générer pour certains un niveau d'exaspération qui aggrave leurs troubles du comportement.

Les équipes soignantes semblent aussi travailler dans de meilleures conditions, avec moins de sollicitations et de regards désagréables (et même hostiles ?!) de la part de certaines familles. Nous connaissons tous des familles qui pratiquent facilement une sorte de harcèlement sur les équipes pour tenter d'obtenir la meilleure prise en charge pour leur parent.

Étonnamment, certains résidents ont apprécié de ne plus voir leur famille. Nous savons que les relations intrafamiliales sont parfois complexes, mais difficile d'imaginer un « soulagement » de certains de ne pas les voir.

Certains pensionnaires, en fait, apprécient de rester dans leur chambre et de ne pas en sortir. Il nous apparaît impératif de reconsidérer la notion de « stimu-

lation ». Il s'agit d'un mot que nous retrouvons régulièrement dans nos transmissions. Cette épidémie a montré que la stimulation devrait être utilisée avec plus de tact et de respect. Ce n'est pas dans l'idée première des « standards » de la bientraitance, mais il nous semble opportun de ne pas l'oublier et de respecter dorénavant le souhait de certains de rester tranquillement dans leur chambre. L'excès de stimulation, peut engendrer un « mal-être » et favoriser des troubles du comportement.

Les effets négatifs étaient attendus, mais pas nécessairement avec une fréquence finalement assez réduite au vu du traumatisme subi.

Effectivement, nous avons observé des syndromes de glissement, mais pas toujours comme nous pouvions l'anticiper. Certains ont pu être enrayés par le rétablissement du contact familial, mais pas tous malheureusement. D'autres ont été assez rapides et même soudains. En effet, certains pensionnaires avaient un discours ancien de vouloir « partir », mais sans vraiment mettre à exécution leur projet. La pandémie a constitué une sorte de « catalyseur » pour se laisser mourir.

Par contre, une augmentation soudaine du nombre de décès, sans relation formelle avec la situation a été une surprise. Une analyse des causes probables des décès pour cet événement n'a permis de rattacher la cause au confinement que dans 45 % des cas. Et 45 % de ces décès étaient inattendus.

Les repas en salle à manger semblent favoriser pour certains l'appétit, grâce à la convivialité et l'animation, mais pas pour tous qui peuvent vivre cela comme une agression.

Conclusion

Certains ont dit que rien ne sera plus comme avant, après cette crise de la pandémie. Il nous semble qu'à la lumière de ces observations, qui demandent à être partagées et confirmées, nous devons au moins nous poser cinq questions :

Notre volonté de « stimulation » des résidents ne doit-elle pas être analysée et réajustée aux besoins réels, parfois exprimés de nos pensionnaires ?

La vie en communauté doit-elle être idéalisée et proposée de manière souvent appuyée, comme c'est si souvent le cas ?

Ne faut-il pas respecter le souhait de rester en chambre et de peu communiquer ?

Comment trouver un équilibre dans le va-et-vient des visiteurs qui peut finalement perturber la quiétude de certains ?

Faut-il favoriser des animations en petits groupes, avec plus d'attention et de calme ?

Cette pandémie a permis de vivre dans des conditions exceptionnelles à tous les niveaux, puissions-nous en tirer le meilleur pour améliorer nos pratiques. 📍

C'est quand le bonheur ?

Le spectre de la perte des facultés cognitives et mnésiques, associée de manière systématique à l'avancée en âge, hante tous les sujets vieillissants. Alzheimer est ainsi devenu le synonyme de la déchéance redoutée. Qu'en est-il ? Y aurait-il des « Alzheimer » heureux ?

Catherine Caleca

Psychologue clinicienne, psychanalyste

CETTE formulation, provocante, réduit un sujet à sa pathologie, lui déniait par là une existence singulière. Comment, dès lors, lui accorder un quelconque accès au bonheur ?

Et tout d'abord, qu'est-ce que le bonheur ?

Depuis la plus haute antiquité, les philosophes ont tenté de définir le bonheur. Les épicuriens hédonistes cherchent le bonheur dans la jouissance, les stoïciens tentent d'y accéder par le détachement. La majorité des anciens ont postulé une voie « eudémonique », c'est-à-dire à travers l'action personnelle du sujet assurant lui-même son bonheur. Par la suite, les conditions externes au sujet, soulignées par les matérialistes, ont amené à penser les conditions d'un bonheur fondé sur des décisions politiques collectives. Pour Freud, le bonheur est menacé par trois états : le corps propre et ses maladies, le monde extérieur et les relations avec les autres hommes.

Quel que soit l'abord épistémologique retenu, nous pouvons noter la constance de la recherche du bonheur comme but, ainsi que sa fragilité et son instabilité, dépendant qu'il est de l'environnement extérieur, des relations avec l'objet, mais aussi de la disposition interne du sujet. Le bonheur, vœu indéracinable de tout homme, semble faire partie intégrante de son humanité.

De ce fait, la question posée à propos du bonheur des sujets atteints d'Alzheimer peut, en filigrane, porter à la fois sur la persistance de leur humanité et sur la capacité de l'environnement de leur procurer le bonheur par leurs soins. Dans la mesure où ils sont supposés ne plus pouvoir ni l'exprimer, ni se le procurer par leurs propres moyens, toute la responsabilité en reviendrait à leur entourage.

Un certain nombre d'études ont tenté d'évaluer le bonheur ou la qualité de vie des résidents en Ehpad. Leurs résultats concordent avec ceux d'une recherche effectuée auprès de vingt-cinq résidents en Ehpad¹. La question portait à l'origine sur la liberté d'aller et venir, à la suite d'un travail de réflexion engagé avec des professionnels de ce secteur. Nous avons choisi de nous adresser à tous les résidents en Ehpad, incluant dans notre groupe des résidents en Unité Alzheimer, ce qui a eu pour effet de mener des entretiens avec des personnes soit très dépendantes physiquement, soit atteintes d'Alzheimer à des stades avancés, voire

de cumuler ces deux déficits. Contrairement à la représentation courante qui les envisage dans leur seule dimension d'institution totale et de lieux de déréliction, voire de mourir, les Ehpad sont vus par leurs résidents de façon nuancée.

Les pesanteurs institutionnelles sont décrites, de même que le choix souvent difficile et poussé par l'entourage d'une telle orientation. L'institution, lorsqu'elle est secourable, donne la possibilité aux plus autonomes de continuer à exercer leur liberté dans les limites de la vie en collectivité. Comme le remarquent Saint-Jean et al² : « Le niveau de dépendance accentue la limitation de l'autonomie sociale dans le mode de vie et la gestion de soi pour ceux qui en sont affectés, mais l'état de santé n'est pas le seul facteur d'explication du maintien de la capacité d'effectuer des choix ». Dans l'ensemble, nous avons constaté que les résidents, quel que soit leur niveau de dépendance physique ou psychique, sont conscients pour la plupart qu'une partie des limitations dont ils souffrent tient aux effets de leur avancée en âge.

Dans deux cas, nous avons trouvé les signes d'une dépression, vécue pour l'une de manière plutôt mélancolique, avec un sentiment d'effacement et de disparition, pour l'autre sur un mode plus projectif rendant l'entourage responsable de son état. Pour ces deux résidentes, la passivation liée à l'intervention des soignants au cours des soins a été impossible à supporter. L'institution a donné à certains résidents l'occasion de rencontres amoureuses, battant en brèche les représentations d'appauvrissement libidinal lié à l'avance en âge. Ainsi face à la prévalence de nos représentations de la pulsion de mort, la pulsion de vie reste active, qu'elle s'exprime sur des modes de rencontres objectales homo ou hétérosexuelles, à travers la pratique de l'autoérotisme, voire la tentative de séduction de soignants ou soignantes.

Ces manifestations peuvent susciter de la part de l'environnement soignant ou familial diverses réactions, qui peuvent aller de la complicité parfois teintée d'une part d'excitation et de voyeurisme, à la prise en compte de la nécessité de garantir une intimité, mais aussi au refus, voire à certaines formes de répression, les relations ainsi établies ne bénéficiant plus de l'intimité d'un habitat personnel. Il est cependant à noter que lors de la survenue d'incapacités, le domicile tout en demeurant un havre sécurisant, se

transforme également en lieu de solitude parfois menaçante, de même que l'institution peut s'avérer rassurante, mais aussi étouffante. Les rapports avec la famille, les soignants et les autres résidents sont précieux. La possibilité d'aller à l'extérieur, seul ou accompagné, de retrouver l'environnement familial sont des éléments fondamentaux du plaisir d'exister. S'y ajoute une grande sensibilité aux éléments, soleil, vent, contact avec la nature. La conscience de leur fragilité est claire, ainsi que celle de la perspective de la mort qui se rapproche. Elle est évoquée, le plus souvent sans manifestation d'angoisse excessive, mais davantage dans sa proximité temporelle : « Dans dix ans, on ne sait pas comment on sera. En espérant qu'on reste à peu près comme on est ! », nous confie un résident.

Au terme de cette réflexion, il nous apparaît que la question « comment être heureux avec une maladie d'Alzheimer ? » nous renvoie à celle formulée par Montesquieu : « Comment peut-on être persan ? » L'étrangeté de cette période de la vie traversée par nos parents et nos proches convoque nos propres angoisses. À ce titre, les réactions de l'environnement, dont nous connaissons depuis Winnicott – dans la crainte de l'effondrement – l'importance dans les périodes de dépendance, peuvent s'articuler autour du déni, de la haine, de la surprotection qui en est la formation réactionnelle, ou d'une capacité à « être avec » en tant que « *Nebenmensch* » tel que le décrit Freud dans *L'Esquisse*.

La période de « crise sanitaire » que nous traversons vient exacerber ces conflits que nous décrivions dès 2013³ : « Nous percevons actuellement de manière aiguë le hiatus qui s'installe entre les injonctions paradoxales d'une société refusant le risque et tendant de ce fait à surprotéger les sujets fragiles ou dépendants, leur assignant de rester en vie mais sans plus aucune capacité d'initiative, à la manière de “morts-vivants”, comme le soulignait Urbain dès 1983⁴, et le nécessaire maintien pour les âgés du droit au choix de leur mode de vie y compris les risques qui lui sont inhérents. » Les conditions imposées aux établissements recevant des âgés, que ce soient des services hospitaliers ou des Ehpad, ont été drastiques : interdiction de toute visite et confinement dans les chambres. Les professionnels travaillant dans ces secteurs, avec lesquels nous sommes en contact régulier, nous ont fait part des conséquences délétères de ces mesures sur la santé psychique et physique des résidents, dont les plus valides ont exprimé leur sensation d'être en prison

sans avoir été consultés. Les plus fragiles, privés de tout contact social et familial dont nous avons vu à quel point ils sont primordiaux, ont souffert de dépression ou de confusion, malgré tous les efforts des soignants pour tenter de compenser ces graves carences par leur présence et en tentant d'utiliser les moyens de communication à distance.

Nous voyons à présent se répéter ces situations, de manière moins sévère, certes, mais laissée à l'appréciation des directeurs d'établissements qui règlent le rythme et les modalités des visites, interdisant le plus souvent tout contact physique pourtant fondamental pour les sujets les plus en difficulté.

Les personnels expriment leur malaise à se retrouver « surveillants de visite », ce qui les ramène brutalement aux représentations carcérales. À l'heure où nous, citoyens valides nous interrogeons sur la case à cocher dans notre attestation dérogatoire, nous réservant le droit de respecter ou de transgresser cette consigne en prenant éventuellement les risques d'une sanction, ce droit fondamental est refusé à toute une catégorie de la population, réveillant l'angoisse d'être dans la situation de mourir sans pouvoir dire adieu à ses proches. Il n'est pas difficile d'imaginer l'angoisse de tous au moment d'envisager une orientation en établissement qui doit actuellement se faire sans visite préalable et accompagnée d'un isolement total de quatorze jours ! Nous savons à quel point la fin de vie de nos aînés à travers l'accompagnement qui leur est dispensé par les proches enfants, petits-enfants et soignants, leur donne l'occasion d'élaborer un deuil pacifié et pose les bases d'une projection dans leur propre avancée en âge. Comment pourrions-nous soigner les plaies ouvertes par le sentiment de culpabilité que nous fait vivre une telle situation inhumaine ? 

Cet article est publié dans sa version intégrale sur le site Pratiques.fr en complément du dossier papier.

- 1 C. Caleca and C. Perrier, « Liberté chérie : qu'en est-il de la liberté d'aller et venir pour un résident en institution ? », *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie*, 20.118, 2020, P. 217-228.
- 2 Olivier Saint-Jean et al. , « Boire de l'alcool en institution », *Gérontologie et société*, 26/n° 105.2, 2003, p. 151-160.
- 3 Catherine Caleca, « Dépendance : enjeux individuels et collectifs de la fin de vie », *Gérontologie et société*, 145.2 (2013), p. 155-166.
- 4 Jean-Didier Urbain, « Les vacanciers des équinoxes », *Communications*, 37.1, 1983, p. 137-148.

Le vieil Innu qui voulait vivre sa mort

En toute lucidité, un vieil Innu refusait de sortir de son village pour être opéré dans un hôpital éloigné. En toute inconscience, l'infirmier ne respecta pas cette volonté autodéterminée.

Bernard Roy

Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Laval

■
VEILLIR VIVANT

L'histoire que je m'appête à vous raconter se déroule quelque part à la fin des années 1980. Jean-Marie¹ était un vieil Innu vivant dans la réserve d'Unamen Shipu située sur la Basse-Côte-Nord du Québec, à quelque 1 100 kilomètres au nord-est de la ville de Québec. Je me doute que 99 % des personnes qui, en cet instant, parcourent ce texte ignorent ce que signifient les mots, *Innu* et *Unamen Shipu*. Les Innus sont ces personnes qui, au temps des premiers contacts, vivaient dans les forêts montagneuses au nord de *Magtogoek*² (mot algonquin qui signifie Chemin qui marche) et que Samuel de Champlain nomma, en 1603, les Montagnés (Montagnais). Fatigués d'être nommés ou, plutôt, dénommés par les autres en des termes tel que « sauvages », « Indiens », « Amérindiens », « Autochtones » ou « Montagnais », ces gens exigèrent, il y a quelques décennies, d'être désormais nommés comme eux-mêmes se désignaient depuis des millénaires... Innus. Mot qui, le plus simplement du monde, signifie « être humain ». Et pour les mots *Unamen* et *Shipu*, ceux-ci signifient couleurs pourpres (*unamen*) et rivière (*shipu*). Rivière aux couleurs pourpres, en référence aux teintes rouges que l'on aperçoit sur les berges de ce large et puissant cours d'eau.

En qualifiant Jean-Marie de vieux, je ne désire surtout pas ternir sa mémoire. En fait, nous ignorions son « âge réel ». En relisant ces derniers mots, je prends la mesure de leur absurdité : son « âge réel ». Qu'est-ce que cela signifie ? À côtoyer des Innus pendant plus de trente ans, rarement les ai-je entendus prononcer les mots « vieux », « personne âgée » ou « vieillard » pour désigner une personne d'un grand âge. Généralement, ces derniers sont plutôt désignés comme des « aînés ». Parfois, des gens au début de la cinquantaine seront qualifiés ainsi. Ce qui suggère que l'histoire, la posture, le rôle familial et social constituent, au-delà de l'addition des années, des éléments qui positionnent la personne dans un gradient des temps de la vie.

Jean-Marie était né, plusieurs décennies plus tôt, dans une tente, au beau milieu de la forêt boréale du *Nitassinan* (mot innu qui signifie « Notre terre »). Il est né à une époque où le gouvernement canadien se préoccupait peu des femmes et des hommes de ce

peuple nomade. La réserve innue de La Romaine (une déformation du mot *Unamen*) sera officiellement créée par l'État canadien, le 31 mai 1956. Il faut savoir qu'avant 1925, l'État canadien ne recueillait, auprès des membres des Premières Nations, et cela d'un océan à l'autre, aucune donnée de nature épidémiologique. La création de la réserve de La Romaine accélérera le processus de sédentarisation de cette bande innue et verra s'accroître les efforts de l'État canadien pour les contrôler et les assimiler.

La date de naissance de Jean-Marie, du moins celle inscrite dans son dossier médical au dispensaire³ du village, était le premier janvier 1900. Quelques autres aînés du village partageaient, avec lui, cette même date de naissance. Le prêtre missionnaire du village, un oblat de nationalité belge, vivant auprès des Innus de la Côte-Nord depuis le début des années 1950, m'expliqua que, dans les faits, nous ignorions la date de naissance de plusieurs aînés. Pour acquérir une existence officielle dans les registres gouvernementaux, afin que ces gens puissent, par exemple, recevoir un chèque de pension de vieillesse du Gouvernement canadien, il fallait que ces gens soient inscrits dans les registres de l'État. Et, pour ce faire, l'établissement d'une date de naissance était, aux yeux des fonctionnaires, une incontournable nécessité. Comment les agents de l'État auraient-ils pu décider d'accorder la pension de vieillesse à un Innu sans la possibilité d'établir, avec certitude, que celui-ci avait bel et bien atteint l'âge vénérable de 65 ans ? Pour résoudre ce grand problème existentiel, on attribua arbitrairement, à plusieurs Innus, cette date de naissance : le 01-01-1900. En 1987, Jean-Marie était donc âgé de 87 ans. Qui sait ! Peut-être était-il plus âgé ou plus jeune.

À mes yeux de jeune infirmier en poste isolé, Jean-Marie représentait, comme quelques autres membres de la communauté, l'Innu dans sa plus noble et ancestrale identité.

Jean-Marie avait vécu la majeure partie de sa vie avec les membres de sa famille élargie, suivant les cycles nomades à travers le vaste territoire du Nitassinan. Mais, depuis quelques décennies, suite à la création de la réserve, il vivait dans une bien modeste maison au cœur d'un territoire aussi grand qu'une peau de

chagrin en phase terminale. Il ne vivait toutefois pas seul. D'ailleurs, aucun aîné du village n'était laissé à lui-même. Tous vivaient au sein d'une famille regroupant, souvent, de deux à trois générations. Les familles, toujours nombreuses, vivaient dans des maisons comptant rarement plus de deux chambres à coucher.

Dès que l'occasion se présentait, Jean-Marie partait, avec d'autres membres de sa famille, séjourner en forêt, pour de plus ou moins longues périodes. Ces départs avaient surtout lieu en automne et en hiver. Les dimanches, Jean-Marie et son ami Rodrigue, vêtus de leurs veste et pantalon de toile, chaussés de leurs plus beaux mocassins assumaient, aux côtés du prêtre, les rôles de servant de messe et de chantre.

Depuis plusieurs mois, Jean-Marie souffrait, épisodiquement, de colique hépatique. Selon le médecin qui visitait notre dispensaire quelques jours par mois, Jean-Marie risquait, à tout moment, de se trouver dans un état critique. Un jour, une de ces crises risquait de se transformer en cholécystite aiguë qui, elle, provoquerait une péritonite. L'avènement d'un tel scénario serait fatal puisque le plus proche hôpital, où se pratiquaient des chirurgies, se trouvait à plus de 400 km à vol d'oiseau. À plusieurs reprises, le médecin somma Jean-Marie de prendre l'avion pour subir des examens et, vraisemblablement, être opéré. Mais, malgré les avis répétés du médecin et les récurrents rappels du personnel infirmier, Jean-Marie refusait obstinément de quitter le village. Pour mettre plus de poids à sa recommandation, le médecin tenta, à plusieurs reprises, de convaincre les filles et fils de Jean-Marie, ainsi que ses petits enfants pour que celui-ci accepte

de faire le voyage. « S'il n'est pas opéré, votre père... votre grand-père va probablement mourir ». Rien n'y fit !

J'occupais, en 1987, un poste d'infirmier à La Romaine, un village coupé du réseau routier québécois et ne bénéficiant d'aucune commodité aéroportuaire. L'équipe de soins, constituée de deux membres de la profession infirmière, rarement trois, gardait le phare sept jours sur sept, 24 heures sur 24, pour une population de huit cents personnes. Lorsqu'une situation clinique dépassait nos compétences, nous pouvions joindre, par téléphone, un médecin du petit centre hospitalier de Blanc-Sablon, situé à plus de trois cents kilomètres à l'Est. Si un cas se compliquait et qu'une hospitalisation s'imposait, nous devions procéder à un medivac, par avion ou par hélicoptère. Mais, pour ce faire, les conditions météo devaient le permettre. La nuit tombée, puisque les vols étaient réalisés à vue, aucun décollage n'était possible. Si la situation nécessitait une éventuelle intervention chirurgicale, nous devions assurer le transfert du patient vers la ville de Sept-Îles, à quatre cents kilomètres à l'Ouest ou vers Québec, à plus de mille kilomètres. Lors des longs épisodes de brume ou de tempête, personne ne pouvait quitter le village. Très souvent, la petite équipe soignante devait traiter et soigner avec des moyens très limités, parfois pendant plusieurs jours et plusieurs nuits, des enfants, des jeunes et moins jeunes en situation de grande précarité.

Lorsqu'une crise foudroyait Jean-Marie, le protocole prescrit par le médecin consistait à se rendre à sa résidence, à prendre ses signes vitaux et à réaliser un examen de l'abdomen. Si tout apparaissait dans des



normes acceptables, nous lui administrions, illico, une injection combinant un antiémétique et un antispasmodique. Généralement, cela apaisait ses douleurs et la vie de Jean-Marie, reprenait son cours.

Ce qui devait arriver arriva.

Appelé au chevet de Jean-Marie, un soir du mois de mars, je lui administrai, comme à l'habitude, la médication prescrite. Mais, cette fois, le tableau clinique se détériora rapidement. Quelque temps après l'administration des premières doses de médicaments, les douleurs éprouvées par Jean-Marie s'accrochèrent. Sa température monta en flèche et son état général se dégrada.

Confus, Jean-Marie ne répondait plus à mes questions. J'insistai alors auprès des membres de la famille pour obtenir l'autorisation de commander un hydravion (sur ski) pour pouvoir, dès les premières lueurs du matin, transférer leur père vers l'hôpital de Sept-Îles. Les membres de la famille se consultèrent et, après quelques minutes, la fille aînée me fit part de leur décision. Ils acceptaient le transfert de leur père. De retour au dispensaire, j'appelai un « pilote de brousse » de Natashquan qui me confirma qu'aux premières lueurs du jour, il pourrait décoller de la baie de La Romaine avec son hydravion monté sur ski. De retour à la résidence de Jean-Marie, équipé d'une civière, je m'empressai d'ouvrir la porte de la maison, pressé de prendre en charge le vieil homme de plus en plus comateux. D'un geste de la main, Rodrigue stoppa mon élan. Pendant ma brève absence, un grand nombre d'aînés du village s'étaient réunis dans cette toute petite maison. Entassés autour du lit, dans le corridor et dans la minuscule cuisine, toutes et tous priaient et chantaient en innu. Immobile dans le cadre de la porte, tenant à bout de bras le brancard de toile, j'attendais qu'on m'autorise à m'approcher de Jean-Marie. Combien de temps dura ce moment de recueillement. Quinze, trente, quarante minutes ? Je ne m'en souviens plus et cela n'a aucune importance.

Le transfert de Jean-Marie vers l'hôpital de Sept-Îles ne le sauva pas. Pis encore ! J'ignore l'ampleur des manœuvres que le personnel hospitalier entreprit, mais je savais, toutefois, qu'il poussa son dernier souffle, loin de sa famille, accompagné d'une seule de ses filles. Cette pensée me troubla au point d'en perdre le sommeil.

Je savais pertinemment bien que les chances de sauver Jean-Marie étaient minces. J'étais habité par le remords de ne pas avoir respecté la volonté du vieil homme. Maintes fois avait-il affirmé avec insistance qu'il ne voulait pas quitter son village et sa famille pour l'hôpital. Du fait de mon insistance auprès de ses enfants, Jean-Marie n'avait pas vécu ses derniers moments en étant accompagné des siens. Mon statut de professionnel de la santé me donnait, en quelque sorte, une autorité que je qualifie, aujourd'hui, de démesurée. Je l'avais séparé des êtres les plus significatifs de sa vie alors qu'il vivait le moment ultime de son existence.

Bourré de remords, rongé par la culpabilité, je pris la décision de rendre visite au prêtre du village. Malgré mon athéisme, je cherchais, peut-être bien, l'absolution. Le soignant que j'étais éprouvait le besoin de discuter, d'obtenir un éclairage hors des cadres de la déontologie professionnelle et de l'objectivité scientifique. Au moment de ma visite, Rodrigue était présent au presbytère et il demeura assis un peu à l'écart. Sa présence ne m'importunait pas, d'autant plus que je croyais qu'il ne comprenait pas le français. Ému, je racontais au prêtre le déroulement des événements qui précédèrent la mort de Jean-Marie. Surtout, je lui partageais le remords qui m'habitait. Alors que je poursuivais mon récit, Rodrigue m'interrompit pour adresser, en langue innue, quelques mots au prêtre. Le silence revenu, le prêtre s'adressa à moi en des mots qui ressemblèrent à ceux-ci.

« Voilà ce que Rodrigue vient de me dire. Il désire que tu te calmes. Lorsque tu es retourné à la maison de Jean-Marie, avec ta civière, pour emporter Jean-Marie, ils t'ont demandé d'attendre que les prières et les chants prennent fin. Puis, ils t'ont autorisé à partir avec Jean-Marie. Rodrigue veut que tu saches qu'ils savaient que Jean-Marie ne reviendrait pas vivant au village. En priant, ils lui ont fait leurs adieux. Ils l'ont présenté à Dieu. Rodrigue souhaite que tu vives bien avec ta décision. Tu as fait de ton mieux. »

Ces paroles de Rodrigue eurent, sur moi, un effet immédiat. Je suis retourné à ma résidence, beaucoup plus calme, en me disant que, la prochaine fois, je demeurerai respectueux de la volonté exprimée par un aîné.

Quelques semaines plus tard, on m'appela au chevet d'un homme d'un très grand âge. Il vivait depuis de nombreuses années, entouré de sa fille, du mari de celle-ci et de ses petits-enfants. Tous prenaient grand soin de leur *umushuma* (mot qui signifie grand-père). L'examen était sans équivoque. Le vieil homme souffrait d'insuffisance respiratoire résultant, vraisemblablement, d'un œdème pulmonaire. Voilà que je me surpris à, de nouveau, envisager la possibilité de transférer ce vieil homme, en avion, vers un hôpital. Le prêtre du village arriva sur l'entrefaite. Il me regarda droit dans les yeux et d'un ton ferme me dit : « Souviens-toi de Jean-Marie... Lui, il reste ici ». Le lendemain, le vieil homme mourait aimé et entouré des siens. 

- 1 Tous les noms des personnages de ce récit ont été modifiés afin qu'aucun lien ne puisse être établi avec les personnes concernées. L'année de l'événement est également changée.
- 2 En 1604, Samuel de Champlain désigne ce grand cours d'eau *fleuve Saint Laurent* aujourd'hui, bien connu comme fleuve Saint-Laurent.
- 3 L'usage, à l'époque, consistait à nommer « dispensaire » ce lieu qu'aujourd'hui nous nommerions « centre de santé » ou « poste de soins infirmiers ».

Jusqu'à quand ?

Au début de mon exercice de médecin généraliste, je fais la connaissance de femmes de grand âge qui attendent... jusqu'à quand ?

Léa Schleck

Médecin généraliste

QUAND je l'ai rencontrée, Mme H. avait 94 ans et elle en avait marre. Ses yeux ne voient plus les mots croisés, ses mains ne tiennent plus les aiguilles, ses oreilles n'entendent plus les voisins, ses jambes ne la portent plus jusqu'aux toilettes. Elle vit en Ehpad depuis quelques années et ça aussi, elle en a assez. Elle est née en Ukraine, dans les années vingt. Elle a connu la guerre et la déportation, dans les camps de l'ex-URSS. Elle a dû en voir partir des gens qu'elle aimait, elle en a déjà connu de la souffrance. En tout cas, voilà ce que je me dis.

Maintenant, elle a 94 ans, elle n'a ni faim ni froid, mais elle en a marre. Quand l'aide-soignante sent la boule dure dans son sein, elle ne veut pas en entendre parler. Elle en a marre et elle me le répète inlassablement : elle en a assez vu, elle veut mourir. J'ai suivi Mme H. pendant dix mois à l'Ehpad, jusqu'à ce que ce cancer du sein s'affirmant plus sérieusement la conduise à mourir. Pendant tous ces mois à tenter de trouver une solution au ras-le-bol de Mme H. : changer le fauteuil roulant, changer les appareils auditifs, proposer qu'on « aille plus loin pour cette boule dans le sein », augmenter le traitement antidépresseur... j'ai agi comme si c'était une maladie d'en avoir marre quand on arrive au bout de la vie.

Mme D. a 106 ans. Elle vit à l'Ehpad depuis vingt ans... À la question : « Comment allez-vous Mme D ? », sa réponse était toujours la même : « À mon âge, comment voulez-vous que ça aille ? Ça ne peut pas aller ». Depuis

trois ans, elle ne peut plus se lever de son lit et, aussi, elle est très très constipée. Mis à part cela, pas de problème médical. On prend le temps d'échanger, je suis curieuse et en plus, ça m'impressionne une femme de 106 ans, CENT SIX ANS ! Mais elle, ça ne l'impressionne pas d'être aussi âgée. Elle ne semble attendre qu'une chose : que ça s'arrête ! Un jour, elle me dit : « Ça y est, j'ai passé le pire jour de l'année : mon anniversaire. Je déteste mon anniversaire, parce que ça veut dire que ça fait une année de plus que je suis là, alors que je n'ai plus rien à y faire ». En même temps, c'est pas faux, 106 ans, ça fait long. Pourtant, de la visite, elle en avait tous les jours ! Quand elle est décédée, après être parvenue à soulager tant bien que mal ses douleurs en fin de vie, au fond, j'étais contente pour elle : l'attente était enfin finie.

Dans la prise en charge médicale du vieillissement, on tente en permanence de lutter contre les effets « physiologiques » de l'âge : on vient suppléer/soutenir les organes qui fatiguent, on perfuse, on dialyse, on accélère le transit, on régule le rythme cardiaque, on baisse la glycémie... On est aussi attachés à accompagner pour « bien vieillir » : à la maison, sans avoir mal, en gardant de la « qualité de vie », sans déprime ; on met des aides en place, on remplit des dossiers pour changer la douche, on anime les après-midi à l'Ehpad... Mais quand une vieille dame du bout de la vie me dit : « Docteur, j'en ai marre, j'en ai juste marre de la vie, parce que là, elle est trop longue », je ne sais tout simplement plus quoi prescrire. 📌

L'administration de la mauvaise mort

Biopolitique
Droits des patients
Enfermement
Guerre
Idéologie sécuritaire
Maisons de retraite, Ehpad
Mort
Pandémie
Personnes âgées, vieillissement
Politique de la santé
Rite funéraire
Sars COV2, Covid-19
Science, scientificité
Symbolique, symbole
Vie, vivre

Nommer guerre la lutte contre la Covid la plaça sous le signe du sécuritaire et lui donna les traits d'une guerre contre la mort. Les Ehpad, établissements médico-sociaux hors champ du spectre médical trop souvent traités en exception du droit de la santé, en payèrent le prix fort en termes de décès.

Catherine Hass
Anthropologue

La pandémie actuelle fut l'occasion d'un surgissement inédit de La mort dans l'espace public. Spectre d'une mort de masse comme un anachronisme tant l'on croyait les facteurs d'une mortalité familière dévolus au passé (guerre, mortalité infantile); une mort à rebours de ses représentations contemporaines dès lors que, suivant ici Norbert Elias, elle n'est plus appréhendée aujourd'hui qu'en termes d'étape finale d'un processus naturel. Face à ce surgissement, l'État fit le choix inouï de la guerre qui, loin d'être anecdotique, conditionna la représentation qu'il donna de l'épidémie et entraîna son traitement sécuritaire. Les effets de ce choix, à la fois réels et symboliques, affectèrent peut-être le plus violemment les personnes âgées vivant en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Le mariage de la guerre et de la science

En déclarant la guerre, le président découplait de façon ahurissante le virus, constitué en « ennemi », de l'homme, son hôte nécessaire puisque sans lui point d'épidémie. L'effet de ce dédoublement fut que les gens ne furent plus appréhendés par l'État que depuis leur potentialité infectieuse, leur situation virale: l'ennemi, c'était donc chacun de nous. Dès lors, aux personnes et à leur dimension sociale, l'on substitua une population composée de 67 millions de micro-entités, toutes porteuses éventuelles du virus-ennemi comme autant de maillons d'une chaîne infinie de contaminations et verbalisables à l'envi: corps délicatueux en puissance, un ennemi ne gambade pas indûment dans les rues. Il n'y avait donc plus ni société ni personnes, mais une population à laquelle on appliquait un algorithme à même de casser ces chaînes pour désolidariser chacun de ces maillons et ce quel que soit son âge, sa situation.

L'État proposa alors un mariage douteux de la guerre et de la science puisque c'était elle, dit le président le 12 mars, qui guidait l'action de l'exécutif: « Un principe nous guide pour définir nos actions, il nous

guide depuis le début pour anticiper cette crise puis pour la gérer depuis plusieurs semaines et il doit continuer de le faire: c'est la confiance dans la science. C'est d'écouter celles et ceux qui savent. » C'est alors que deux profils d'épidémiologistes se dessinèrent: ceux qui, au nom de la science, transformaient le pays en un laboratoire géant auquel l'on appliquait équations, algorithmes et statistiques en faisant abstraction de la situation réelle vécue par les gens et ceux qui, moins nombreux ou moins audibles, pensaient les différentes mesures en tenant compte des gens, en les incluant, afin que les restrictions restent vivables pour le plus grand nombre. Dit autrement, il y a ceux qui séparaient l'homme de son virus pour ne plus considérer que ce dernier et ceux qui ne les séparaient pas. Logiquement, là où, pour les premiers, la mise en œuvre de la science contre l'ennemi viral relevait de la guerre, les seconds appelaient en général à la mise en œuvre d'une véritable politique de santé publique, à rebours de son traitement gestionnaire actuel confinant à l'incurie. Cet alliage de la guerre et de la science, en faisant d'un principe biomédical un principe politique réglant l'action du gouvernement, opéra, entre autres, un dessaisissement très autoritaire des gens sur l'épidémie au profit de « ceux qui savent ». Ce faisant, elle rompait ce point d'équilibre propre à toute politique de santé publique en ce que si les principes biomédicaux ne peuvent dicter la loi, la loi ne peut pas, en retour, les ignorer. En effet, s'il n'est pas rare qu'en contexte épidémique, l'État, par l'intermédiaire de mesures dites biosécuritaires, s'assujettisse pour part le corps des individus, la violence de leur mise en œuvre ouvrit dans de trop nombreux Ehpad à un traitement déshumanisé de l'épidémie. Confinés, piégés dans ce qui devint parfois de grands incubateurs de mort, des sortes de léproseries modernes structurellement sous-médicalisées, l'État y annihila les résidents en tant que personnes en les privant de tout. Administrateur de la *mauvaise mort*, gestionnaire de la seule population virale, trop nombreux furent ceux condamnés à des agonies de temps de guerre:

abandon, solitude, faim, soif, étouffement, obsèques indignes ; tel était le visage, en certains lieux, de la guerre. Ce ne fut évidemment pas le cas partout – on compte 7 200 établissements – mais ce fut le cas, la figure du directeur d'Ehpad ayant été déterminante. Ainsi, des médecins œuvrèrent sans répit pour contenir le désastre, des Agences régionales de santé (ARS) dépêchèrent des infirmières pour soulager ces ouvrières du soin que sont les aides-soignantes. La gestion des situations reposa sur les gens eux-mêmes, leurs décisions, leur inventivité, leur souci de ne jamais se défaire de leur éthique professionnelle en considérant chaque individu comme un patient ou une personne, et non comme le maillon d'une chaîne abstraite. Pour cette raison, en certains Ehpad, pas un seul résident ne fut touché tandis que dans d'autres, l'on parvint, sous certaines conditions, à voir ses parents.

Quand le militaire détruit le sanitaire

Inscrire l'une des plus importantes crises sanitaires depuis 1945 dans un registre guerrier, c'est en proposer un traitement depuis le seul sécuritaire. Or, subordonner la santé publique à la guerre revient à l'abandonner en ne la considérant plus pour elle-même ; appliquer le cadre de la guerre à une pandémie où tout relève de la santé publique, de la recherche, de la prévention, de la prophylaxie, révélait la crise d'un État incapable de mobiliser les termes politiques d'une crise autrement qu'à partir d'un lexique guerrier et sanctionna, *de facto*, son abandon de toute politique de santé publique au prix d'une fuite en avant sécuritaire. L'un des lieux manifestes de cet abandon fut les Ehpad dès lors que les projecteurs politiques et sanitaires furent concentrés sur l'hôpital : n'étant pas des établissements de santé, ils ne s'inscrivaient pas dans le champ du soin.

La guerre contre le virus avait également ses lieux, son personnel, ses dispositifs législatifs statuant sur bien autre chose que la crise sanitaire. Ainsi, l'« état d'urgence sanitaire » statua pêle-mêle sur le droit du travail ou les nouvelles prérogatives des préfets et non, par exemple, sur un détachement exceptionnel de personnel médical ou paramédical vers les Ehpad, une campagne de dépistages, l'envoi prioritaire de masques, une coordination quelconque de ces établissements à l'échelle nationale, etc. De même, depuis le mois de mars, la crise est dirigée par un Conseil de défense initialement dévolu aux décisions militaires ; instance soumise au secret-défense, elle se réunissait jusqu'à peu dans le bunker antiatomique de l'Élysée. Cette guerre eut également son personnel si l'on considère que durant le confinement de mars, cent mille agents des forces de l'ordre, parfois aidés de drones ou d'hélicoptère furtif, contrôlèrent plus de 20 % de la population pour 1,1 million de contraventions. Faisons l'hypothèse que si une politique de santé publique dotée d'instances réglées sur cette seule ques-

tion avait été à l'ordre du jour, une bonne partie de ces cent mille agents aurait pu être assignée à d'autres tâches : aider à transporter vers les hôtels obstinément déserts des personnes vivant en Ehpad ; appliquer du virucide dans les lieux et établissements publics – à l'instar de la Corée du Sud –, installer des aérateurs, renforcer les « brigades de *contact tracing* » dont les effectifs, récemment montés à quatre mille, sont notoirement insuffisants, au point de rendre le dispositif tout à fait inefficace.

L'État suivit néanmoins la voie du formalisme et saisit pour avis, notamment pour les Ehpad, les institutions faisant toute la noblesse de l'État de droit – Haut conseil de la santé publique, Académie de médecine, Conseil consultatif national d'éthique (CCNE). Ces avis, rappelant en général le caractère inaliénable de certains droits fondamentaux, y compris en situation d'urgence, restèrent lettre morte, à l'image de celui du CCNE (30 mars 2020) insistant sur le fait que, outre « le risque affectif de l'isolement, d'une séparation absolue d'avec les autres, (...) s'ajoutant alors au risque épidémique », « les principes éthiques fondamentaux doivent être respectés même dans cette situation d'urgence », cette dernière n'autorisant pas « qu'il soit porté atteinte aux exigences fondamentales de l'accompagnement et du soin, au sein de l'établissement ou en structure hospitalière. Le respect de la dignité humaine, qui inclut aussi le droit au maintien d'un lien social pour les personnes dépendantes ». Cet avis n'eut pas davantage de portée que celui sur l'« âgisme » émis en avril par l'Académie de médecine et rappelant qu'il ne faut « jamais utiliser le critère d'âge pour l'allocation ou la répartition des biens et des ressources ». L'avis attirait également l'attention sur les « adultes âgés les plus vulnérables et fonctionnellement atteints résidant en institution de long séjour et de veiller à ce qu'ils continuent de bénéficier de tous leurs droits ». Le savoir dispensé par ces avis ne relevait pas de la science, mais de la santé et du droit de chacun à pouvoir être soigné et traité avec dignité. Ironie funeste, la désignation des personnes âgées comme public prioritaire par le président les destitua trop souvent en tant que malades de plein droit ; restait la promesse d'une loi sur le « grand âge ».

Le droit d'exception *versus* le droit commun de la santé

Plus avant, l'une des caractéristiques de la guerre, c'est de suspendre le droit commun au profit d'un droit d'exception : c'est ce qui eut lieu, le droit commun de la santé ayant été rayé d'un trait de plume pour les personnes en Ehpad dès lors que, trop souvent, elles ne furent pas même prises en charge, notamment par le Samu tout à fait débordé. En effet, les refus de prise en charge ou la mise en œuvre d'un « âgisme » implicite dans certains hôpitaux foulèrent aux pieds la loi du 4 mars 2002 garantissant comme

droit fondamental un égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et ce, par tous moyens, sans discrimination et dans le respect de sa dignité ; de même, elle garantit le droit d'être informé sur son état de santé. Cette loi donne également des droits aux proches, ces derniers ayant le droit d'être informés, sauf opposition de sa part, de l'état de santé du malade afin, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, de leur permettre de lui apporter un soutien direct. Enfin, le secret médical ne s'oppose pas à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit pour leur permettre de connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits. L'ignorance dans laquelle nombre de familles ont été tenues ainsi que les plaintes déposées pour « homicide involontaire » pour cette période donnent la mesure du bafouement de ces droits dans certains Ehpad, comme de la violence qu'elle infligea.

Au-delà de cette loi, c'est l'ensemble des dispositifs élaborés ces vingt dernières années afin d'encadrer les soins comme la fin de vie des personnes âgées qui trop souvent volèrent en éclats : ni la médecine gériatrique, ni les soins palliatifs, organisés par la notion de bonne mort, ni la loi de 2005 (Léonetti) et de 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » ne s'appliquèrent. En effet, alors que l'esprit des lois de 2002, 2005 et 2016 œuvrent dans le sens du respect de la volonté du patient en affirmant son caractère absolu, en reconnaissant son droit de prendre les décisions concernant sa santé avec le professionnel de santé, la pandémie brisa, en certains Ehpad, ce rééquilibrage. Cette suspension du droit conduisit de fait à une régression brutale de l'évolution analysée par Philippe Ariès, puisque les *vieux* n'étaient plus reconnus comme des malades que l'on soignait, mais redevenaient des mou-

rants. Enfin, ces mêmes vieux dérogeaient également aux mesures d'exception : sans isolement dans les hôpitaux dédiés, impossible de réduire la charge virale des Ehpad, donc la contamination et ainsi protéger ceux qui pouvaient l'être. Directeurs d'Ehpad, soignants, familles, furent alors souvent réduits à une impuissance totale.

Une guerre opposant la mort à la vie ?

Faisons l'hypothèse que le traitement des Ehpad, ainsi que la chape de silence qui les ensevelit – il fallut du temps pour documenter ce qui en certains lieux était une hécatombe, du temps pour inclure ces décès dans le décompte national alors qu'ils en représentaient le tiers – résultaient de l'absence d'une politique de santé publique digne de ce nom (au mieux, l'incapacité matérielle de la prise en charge) ainsi que de *la mise en guerre* de cette crise sanitaire. En effet, la guerre contre le virus se soutenait d'un autre antagonisme dont la puissance était d'ordre symbolique dès lors que le chef de l'État ne déclara rien de moins qu'une guerre contre la mort, une mort incarnée ici par le virus ; il opposait ainsi la mort et la vie puisque l'ennemi, dans la guerre, c'est celui avec qui je ne partage rien et auquel tout m'oppose, celui dont j'entends triompher : la mort était notre ennemi et « nous gagnerons » promit le président de la République. C'est qu'avec l'épidémie, la mort n'était plus absorbée et routinisée par l'espace hospitalier (en 2009, 58 % des décès ont lieu à l'hôpital), mais surgit de façon extraordinaire dans un espace culturellement et politiquement incapable de l'inclure. Anomalie ou intruse, la mort battait en brèche le déni dont elle fait d'ordinaire l'objet et interrompait le long processus l'ayant réduite aujourd'hui au cercle intime, familial. Le traitement par l'État de l'épidémie nous rappela



à quel point, sur cet aspect, nous étions toujours les contemporains d'Elias et d'Ariès pour ce qui est du statut de la mort, qu'il s'agisse de son mouvement d'expulsion de nos espaces sociaux ou encore de son déni. En effet, la pandémie, loin d'infléchir ce processus, l'amplifia dès lors que l'on chercha à invisibiliser la mort elle-même, comme l'attesta l'invisibilité des Ehpad. Si le choix de la guerre consolida le déni, c'est qu'il sous-entendait que cette épidémie n'aurait pas dû avoir lieu, que chaque mort était une mort de trop. Or, s'il y avait bien des morts de trop, ce n'était pas tant du fait de l'épidémie que de l'absence de politique de santé publique, les deux, comme l'exemplifia l'Allemagne, étant interdépendantes. En effet, l'Allemagne déclara explicitement qu'il ne s'agissait pas d'une guerre mais d'une pandémie qu'elle traita comme telle dès les premiers cas en janvier en Bavière ; l'efficacité de sa réponse sanitaire – 193 morts pour un million de personnes en Allemagne contre 776,3 en France à ce jour – atteste que la létalité du virus n'existe pas en soi, mais qu'elle est intrinsèquement dépendante des politiques de santé mises en œuvre.

Cette guerre pour la vie se concentra dans les services hospitaliers de réanimation dont plus personne n'ignore le nombre – souvent ridiculement bas – de lits ; vies pesées au trébuchet de leurs capacités d'accueil. Ainsi, à la faveur d'un renversement inédit, l'hyper visibilité de l'hôpital fit de lui une grosse machine de vie et non plus le lieu de la mort invisible. Cette dernière se concentrait sur les Ehpad, hors-champ du spectre hospitalier. La partition était implacable et le dénuement médical parfois total : ni masques, ni oxygène, ni tests, ni morphine.

Dérèglement symbolique et anthropologique entre les vivants et les morts

Ainsi, l'opération consistant à séparer la vie de la mort eut pour effet de lui dénier tout statut et ce, aussi bien dans le champ du réel (le traitement des Ehpad, leurs morts non comptées) que dans celui du symbolique (la suspension de tout rite funéraire). Or, la mort n'est pas uniquement ce par quoi la vie terrestre se conclut puisqu'elle est prioritairement l'affaire des vivants. Les morts, nous dit Elias, n'ont pas de problème avec elle : « La mort n'existe pas si ce n'est dans la mémoire des vivants, présents comme futurs. » Pour cette raison, les défunts sont toujours considérés comme des personnes devant être traitées avec dignité, ce que le droit funéraire français ne cesse d'affirmer. Cependant, dans la séquence, il n'en fut rien ; à l'hécatombe de désespoir où l'ensemble d'une vie se concluait le plus souvent, au mieux, par quelques secondes d'un échange vidéo *via* un smartphone, succédait un enterrement physiologique : on mourrait et on serait enterré seul, le sacré étant passé tout

entier vers la vie considérée comme « souverain bien ». Enfin, si les morts pouvaient être comptés chaque soir à la télévision, ils ne devaient pas être vus et demeurer abstraits : les housses mortuaires comme les cimetières étaient fermés, exemplification radicale, délibérée ou non, de l'effacement. Ainsi, c'est l'ensemble de la chaîne symbolique qui fut ici rompue et fit de ces morts des morts nues ; la guerre contre la mort prit aussi les traits d'une guerre hideuse contre les morts.

En effet, mener la guerre contre la mort, c'est prendre le risque d'un dérèglement symbolique et anthropologique affectant profondément les rapports unissant les vivants et les morts. La suspension des rites funéraires rendit tangible cette séparation en traitant la mort et la vie comme deux choses tout à fait étrangères et sans rapport entre elles ; elle rompit ce lien symbolique assurant à la mort sa présence au sein des vivants pour la réduire à sa seule dimension biologique, toute liturgie étant considérée comme subsidiaire car « non essentielle ». Or, le symbolique est le seul lien unissant la vie et la mort au niveau collectif comme individuel : rites funéraires, commémorations ou deuils privés sont les accomplissements symboliques inscrivant les morts dans nos vies, vie de la nation ou vie personnelle. Que ce symbolique vienne à se défaire, ne demeure qu'une *mort nue*, sans statut où il ne s'agit plus seulement d'accompagner le mouvement constant de son expulsion, mais de rompre avec elle.

Les sociétés occidentales semblent l'avoir accepté si l'on se réfère à la rareté des obsèques clandestines durant cette période. Une exception cependant. Saviano, ville située dans la banlieue de Naples décida, en avril 2020, de rendre hommage à son maire décédé de la Covid pour n'avoir jamais cessé de la soigner. Sur la vidéo, on voit le corbillard quitter l'hôpital puis traverser la ville, suivi par des centaines d'habitants applaudissant sur son passage puis lançant des ballons aux couleurs de l'Italie. L'on voit aussi que tout le monde porte un masque, que chacun se tient à bonne distance de l'autre, que le risque, intégré, donne lieu à un aménagement du cérémonial ; l'on voit ainsi qu'entre le maintien à l'identique de pratiques et leur suppression, il y a un possible reposant sur la capacité des gens à le faire advenir. 📍



- « Verbatim chronologique des Témoignages sur le Tri validiste-capacitiste et âgiste », *Mediapart*, 26 mai 2020.
- Philippe Ariès, *L'homme devant à la mort*, Paris, Seuil, 2014.
- Norbert Elias, *La solitude des mourants*, Paris, Pocket, 2002.
- « Dans le secret du Conseil de défense de l'Élysée », *Vanity Fair*, 20 octobre 2020.
- Camille Bourdaire-Mignot, Tatiana Gründler, « La nouvelle loi française sur la fin de vie. Premiers regards sur la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie », *BioLaw Journal, Rivista di BioDiritto*, n° 1, 2016, p. 157-172.

Entrer dans le monde du grand âge

Introduire la musicothérapie dans les accueils de jour et dans les Ehpad, réunissant les personnes du grand âge et les dites Alzheimer, a été mon engagement depuis une vingtaine d'années.

Isabelle Ducloy
Musicothérapeute

A PRÈS une formation universitaire à Montpellier, je suis partie à la conquête d'un monde inconnu pour moi, munie de tambourins, de claves et de couronnes de grelots avec une motivation à toute épreuve. Très vite, les bonnes surprises m'ont accompagnée : les personnes âgées, déficientes cognitivement ou pas, sont attirées naturellement par la musique et particulièrement la chanson.

Si, au début, j'avais mon registre personnel, il a vite changé car j'ai dû adapter mon répertoire ; j'ai ainsi découvert le monde de la chanson et du bal musette. Je me suis laissée emmener dans les airs qui ont bercé nos anciens. Eux-mêmes m'ont initiée à *Le petit vin blanc*, *Le Mauvais Garçon* et tant d'autres dont l'inoubliable *Tout ça ne vaut pas l'amour*, entonné par une religieuse, à mes débuts, qui m'a laissé entrevoir les grandes découvertes qui m'attendaient !

Ces rencontres m'ont permis d'instituer des venues hebdomadaires pour former des petits groupes, à la mesure des capacités des personnes à rassembler. Le nombre de participants dans le groupe est variable : de trois à huit personnes.

Mon objectif de travail est de valoriser la personne par la médiation du groupe et aussi de trouver l'intérêt d'être avec l'autre. Pour cela, la musique offre mille et une façons de réunir les voix et les rythmes. La chanson a été la clé pour entrer en communication avec des personnes, enfermées dans les méandres d'une pensée, déroutées par l'anxiété et la désorientation, résignées à devenir le moins gênantes possible pour les autres. La chanson touche à une mémoire vivante, à celle des mélodies et des mots qui reviennent comme un étonnement, pour certains, de retrouver le mot, la phrase, le refrain et même, quelquefois le premier, le deuxième, le troisième couplet. Non seulement les mots sont retrouvés, mais ils prennent sens. La qualité d'attention permet de chanter tout en mesurant la portée des mots et des phrases. Et je découvre le degré d'écoute de nos « âgés » avec une capacité d'ouverture et de respect ; sans doute, une éducation de l'écoute plus développée, alors ? De *La Marseillaise* à *La java bleue*, il est devenu possible de parler, de réagir et de se remémorer.

Chacun, autour de la table, resitue une histoire, une réaction, une identité. Quand les difficultés cognitives sont importantes, un rythme est à trouver dans le ralentissement pour permettre la réceptivité. Pour ceux qui ont encore accès à la parole, le récit prend forme. Un récit en fait rebondir d'autres, même si les mots réapparaissent un par un. Comme si dérouler une chanson permettait à la parole de retrouver une fluidité. Les temps de parole se répartissent et s'échangent, même s'il est nécessaire de modérer, appuyer ou encourager.

À partir de ce regain de vitalité, une dynamique se crée, les voix (voies) se sont ouvertes. Les jeux sont introduits pour développer une nouvelle assurance : jouer avec la hauteur des sons jusqu'à porter sa voix, des graves jusqu'aux aigus, accorder sa voix avec une autre pour chercher l'unisson ou la consonance, et même tenter la mise en canon en menant sa propre voix parmi les autres. Partant de l'inoubliable *Frère Jacques*, nous avons pu explorer d'autres textes. Dans cette dynamique, je n'ai pas souvent rencontré de voix dominante qui empêcherait les autres de trouver une place, comme si la domination n'était plus dans l'ordre des choses. L'écoute de sa propre voix est, en premier, nécessaire et vitale. Entendre la voix de l'autre demande une attention et un petit travail que nous avons pu mener par le jeu. L'accordage, quelques fois trouvé, a pu générer le plaisir d'une découverte : les voix sont réunies et donnent accès à une harmonie. Dans les meilleurs moments, des applaudissements ont surgi spontanément.

Le rythme est lié à la vitalité

La dynamique d'un groupe réveille une énergie et si la voix n'est pas accessible, le jeu de rythmes peut suppléer une participation silencieuse. Munies de petits instruments (claves, tambourin...), les personnes les plus effacées trouvent « voix au chapitre » ! À partir de petits jeux incitateurs, la musicalité de certains s'exprime et l'on retrouve les différences de tonicité, les accordages, ainsi que les mouvements subversifs ! La séance se termine le plus souvent sur une écoute de musique choisie, avec des petits instruments

qui permettent à chacun de participer à sa mesure. Créer un moment de plaisir de groupe, ritualisé dans la semaine, a ouvert diverses formes d'expressions. Il y eut les plus spectaculaires où une personne est emportée dans une improvisation personnelle, allant d'un mouvement dansé à une création rythmique ou mélodique. Ce furent des moments rares et mémorables. Il y eut des moments accordés où chacun a pu produire une mélodie ou un rythme.

Il y eut des dialogues musicaux, où les sons se cherchent et se répondent, d'une clavier à un tambourin ou d'un ton de voix à l'autre.

Il y eut aussi de belles cacophonies qui ont permis d'apprécier d'autant mieux les moments harmonisés !

Les difficultés cognitives et les déficiences auditives ou visuelles ne facilitent pas le dialogue. Le langage musical et le jeu deviennent des atouts pour dynamiser une vitalité, oublier les difficultés et offrir un autre chemin de rencontre. Comme si un flux dynamique permettait le lien avec l'autre, dans le cadre du groupe. Ces terrains d'expérience permettent de créer et d'alimenter une relation ; c'est dans les moments, avant et après les séances, que les langues se délient le mieux, quand elles le peuvent. Ces séries de confidences, que j'ai pu recevoir, ont permis les ajustements nécessaires pour le déroulement d'une séance, toujours à repenser et à improviser. Les personnes dites Alzheimer ont été mes meilleurs enseignants !

L'expression devant le groupe n'est pas facile, surtout si, dans le groupe, il y a une personne avec des troubles du comportement qui ne manquent pas d'apparaître : incohérence d'un propos ou d'une conduite, tremblements d'une main, agitation... Les participants réagissent à la souffrance perçue : compassion, incompréhension, angoisse et aussi des mouvements de rejets. « Il faut faire avec », c'est bien l'attitude de la majorité avec un groupe qui doit rester sécurisé et cadré. L'équilibre d'un groupe est le plus souvent à l'image des personnes : fragile. Pour respecter cette fragilité, il est préférable d'avoir une connaissance de la personne et de sa sensibilité. Une participation dans un groupe est un réel travail ; tenter de vivre un moment agréable, mais accepter aussi le groupe avec ses agréments et ses désagréments.

Apprendre à ajuster une attitude pour favoriser un partage quand celui-ci prend une forme autre. L'observation est souvent accrue autour de la table et les détails n'échappent pas à la plupart. L'essentiel de la dynamique se trouve dans les échanges de regards et de gestes. Les indices deviennent subjectifs et les échanges implicites. Leur interprétation reste à la discrétion du thérapeute. La chanson est le meilleur modérateur quand les « cassures » apparaissent. Les séances sont entrecoupées de moments chantés, joués ou parlés. Le seuil d'excitation est ainsi recherché ni trop, ni pas assez, en convoquant l'attention, la moti-

vation et l'action tout en respectant la capacité de chacun. Les réponses, les plus intenses, sont dans la survenue d'un mot, d'une phrase, d'un sourire, d'un clin d'œil, d'un soupir ou d'un silence partagé. Ils représentent les vrais indices de l'état de bien ou mal être. La survenue de ces indices est la signature la plus juste de la personne. Elle donne accès à une intériorité présente où apparaît la grandeur dans le dénuement. L'infini détail devient un événement. Ce sont les moments les plus émouvants et les plus unifiants.

Pour illustrer ces moments de rencontres, la musique ne laissant pas de trace, contrairement au dessin, et n'ayant pas réalisé d'enregistrements, j'ai pu réunir dans un recueil, des phrases attrapées dans l'instant :

« Un peu, j'accompagne, beaucoup j'hésite ; il y a des choses lentes à développer, à faire naître. »

« Le cerveau qui ressent ; c'est le cœur qui domine. »

« Il ne faut pas croire à partir de ce que tu sais ; il faut ouvrir. »

« Ça développe la perception ; il faut se décarcasser, autrement on reste coincés dedans. »

« Se sentir comme un enfant à qui on dit quelque chose ; il écoute bien, il le met là (dans la tête) et il le garde. »

« Le cœur ne se casse pas la tête ; il ne se trompe pas. Il abrège. »

Les mots sont simples, spontanés.

Ils reflètent une intériorité vivante et juste, à l'image d'un tout jeune enfant qui perçoit.

« Retomber en enfance » disent-ils, quelquefois. À cela, les mots de Christiane Singer¹ font contrepoint : « remonter en enfance » et retrouver la joie d'oser découvrir, jouer et ressentir.

Une enfance vécue, un âge adulte traversé et une vieillesse atteinte, le parcours est accompli : les jugements de valeurs s'estompent, en même temps que les démonstrations extérieures. Une force intérieure transformerait la perception en une expression juste et authentique : les éclairs de lucidité.

Les personnes en difficulté cognitive, souvent dites Alzheimer, m'ont ouverte à ce qui alimente l'enrichissement d'une vie ; de nouvelles perceptions et la découverte d'un nouveau champ de réalités, développant une autre capacité de recevoir, de ressentir et de penser, d'où une transformation de l'observation et de l'écoute qui ouvrent d'autres horizons, particulièrement celui de l'art dans toutes ses formes.

Dès que les sens sont suffisamment aiguisés, ils trouvent partout ce qu'il faut pour découper les minces lamelles, destinées au microscope du bonheur,
J. Giono. 

1 Christiane Singer, *Les Âges de la vie*, Éd. Albin Michel, Espaces libres, Paris 1990.

La sanction

Les mesures imposées en raison de l'épidémie de Covid-19 favorisent une ségrégation des personnes âgées, sanctionnées en cas de non-respect des règles sanitaires, et révèlent une conception étriquée de notre existence sociale.

Pascal Caboret

Praticien hospitalier en médecine générale et gériatrique

C'EST vers la mi-mars 2020, alors que je participais en visioconférence à ma deuxième réunion hospitalière de cellule de crise Covid-19, que j'ai pris connaissance des dispositions funéraires qui encadraient le décès d'un patient infecté ou supposé infecté par le virus SARS-CoV-2.

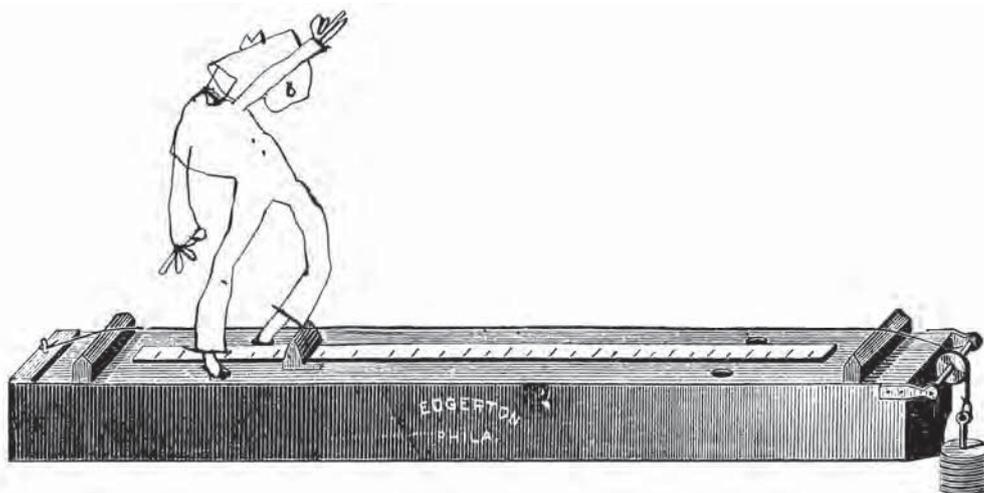
À la demande des autorités de santé, nous avons activé le plan blanc qui comprend un ensemble de mesures d'organisation destinées à répondre à une situation sanitaire exceptionnelle. Des consignes précises avaient été données aux établissements de santé afin de faire face à l'épidémie tout en garantissant la continuité des soins. Les points abordés en séance concernaient principalement les ressources humaines et le maintien ou pas de certaines activités médicales. Plus inquiétant était le niveau de notre stock de masques de protection pour les soignants. Le dernier point portait sur les recommandations précises du Haut conseil de la santé publique (HCSP) en cas de décès d'un patient contaminé par le virus SARS-CoV-2.

Dans un avis du 18 février 2020, le HCSP recommandait pour le personnel soignant : « le respect des précautions standards et complémentaires de type air et contact », que « le corps puisse être lavé uniquement dans la chambre », puis « enveloppé dans une housse mortuaire étanche hermétiquement close », que « la housse mortuaire soit désinfectée avec de l'eau de javel à 0,5 % avec un temps de contact d'une minute » et ensuite, pour le personnel funéraire, que « la housse ne soit pas ouverte et que le corps soit déposé en cer-

cueil simple [...] et qu'il soit procédé sans délai à la fermeture définitive du cercueil. Qu'aucun acte de thanatopraxie ne soit pratiqué ».

Les consignes étaient pour le moins expéditives et radicales. En clair, en cas de décès imprévu dans nos services hospitaliers, les familles et les proches ne pourraient pas revoir le défunt si ce n'est dans un linceul plastifié ! De son côté, le patient, confiné dans sa chambre et sans la moindre visite, sauf accord de l'équipe médicale, aurait très probablement pour dernière vision celle de soignants bardés de protections mais bienveillants, de toute évidence bien loin des regards familiers et de son idéal de la « bonne mort ». Le HCSP a modifié le 24 mars 2020 ses préconisations : « Les proches peuvent voir le visage de la personne décédée dans la chambre hospitalière, mortuaire ou funéraire, tout en respectant les mesures barrières ». En cas d'impératif rituel : « la présence active de personnes [...] doit être limitée à deux au maximum ». Aucun acte de thanatopraxie, c'est-à-dire de conservation, n'est pratiqué, mais la toilette mortuaire est autorisée avec, bien entendu, l'application des règles d'hygiène. La housse mortuaire est fermée « en maintenant une ouverture de 5 à 10 cm en haut si le corps n'a pu être présenté aux proches ». À peine de quoi entrevoir un visage, une mèche de cheveux ou une petite moustache facilitant ainsi la reconnaissance du défunt.

Mais le décret n° 2020-384 du 1^{er} avril 2020 ne suivra pas les recommandations du HCSP et réaffirmera, cette fois-ci, définitivement, l'interdiction de la toilette



mortuaire qui sera confirmée dans tous les décrets ultérieurs. Il en sera de même des toilettes rituelles après accord des autorités religieuses.

La publication, au *Journal Officiel*, de ce dernier décret a immédiatement provoqué de vives réactions, d'une part des professionnels de santé dépossédés de leurs pratiques habituelles de soins et d'accompagnement du patient remplacées par des soins palliatifs pour le moins spartiates et « hygiénisés » et, d'autre part, des familles reprochant aux autorités sanitaires et aux établissements hospitaliers de leur confisquer leur proche.

Dans sa contribution du 17 avril 2020, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), suite aux remontées des espaces de réflexion éthique régionaux, a rappelé l'importance de la toilette mortuaire comme un moment majeur des rituels funéraires. Quant à la mise en bière immédiate, elle empêche *de facto* « les présentations du corps aux familles et les derniers adieux, entravant la transformation du mort en défunt ». Le CCNE a insisté sur le fait que « la séparation entre les vivants et les morts est une codification culturelle qui participe de l'organisation du vivre ensemble », aussi n'est-il pas nécessaire « d'assigner une place aux morts pour que les vivants puissent continuer à vivre ? ». Les services funéraires ont témoigné à leur tour de la violence de l'épreuve subie par les familles d'autant que la cérémonie était initialement limitée à une vingtaine de personnes jusqu'à la parution du décret du 31 mai 2020.

Au-delà de l'application légitime des règles d'hygiène et des mesures barrières face à un virus émergent et méconnu, les contraintes imposées aux victimes de la Covid-19 amènent deux remarques : l'une sur la méthode et l'autre sur ses conséquences.

Les conditions redoutables imposées aux mourants ont probablement facilité l'observance des règles de confinement par la société civile et, en particulier, par les personnes âgées qui, terrifiées, n'ont plus osé sortir de leur domicile. Il est vrai que la perspective d'une mort solitaire à l'hôpital, suivie d'une plastification *made in China* puis d'une inhumation ou d'une crémation à la sauvette et en comité réduit, a de quoi freiner les ardeurs des plus récalcitrants. La menace de ces conditions drastiques sonne comme une sanction pour celle ou celui qui n'aurait pas respecté le confinement.

Ce constat n'est en rien nouveau. Dans l'histoire des épidémies, la médecine et les organisations sanitaires ont souvent été tentées de caractériser le malade par sa maladie assortie d'un discours moral dominé par la faute. En lien avec de nouvelles formes de rationalité, cette conception morale de la santé s'est progressivement substituée à une première approche à dimension religieuse. C'est ainsi que le malade de la lèpre devient un lépreux. Puni d'un châtement divin, son aspect redoutable facilite son exclusion. Il est

d'ailleurs fort probable que la ségrégation des lépreux ait indirectement contribué à réduire l'endémie. Bien plus tard, les prostituées syphilitiques identifiées comme une menace au renouvellement de la population ont subi un contrôle sanitaire et policier hors du commun. De même, l'incidence majeure du Sida dans des groupes minoritaires et déjà stigmatisés a conforté l'idée que la maladie était en relation avec des mœurs considérées comme douteuses.

La particularité de cette nouvelle pandémie de Covid-19 est qu'elle concerne essentiellement une population âgée et fragile, dont beaucoup de membres sont déjà soumis à une réclusion institutionnelle. Par ailleurs, ces 5 à 10 cm d'ouverture consentie d'une housse mortuaire plastifiée témoignent de notre capacité grandissante de déshumanisation. Et la mise entre parenthèses brutale de nos habituelles pratiques mortuaires en dit long sur la vitalité et la force de nos rituels contemporains. La mort ritualisée et familière, décrite avec minutie par l'historien Philippe Ariès, a depuis longtemps disparu pour devenir une mort médicalisée, voire institutionnelle avec le risque d'une mort solitaire ou clandestine particulièrement redoutée. Le renouvellement récent des formes individuelles de ritualisation, auquel nous assistons, exprime le refus collectif de l'occultation de la mort. Le cérémonial prend des formes diverses, plus intimes, avec l'éloge du défunt, la projection de photographies accompagnée parfois de chansons... relevant pour certains auteurs d'un bricolage rituel. Ces pratiques funéraires symboliques, même si elles se concentrent sur le mort, sont destinées avant tout aux vivants qu'il faut rassurer, soulager, reconstruire, tout en permettant d'assurer la permanence et la cohésion d'une communauté face à la fugacité de la vie. Les anthropologues résument la fonction des rituels par une belle formule : « de la sépulture naît la culture ! ».

En limitant ainsi brutalement les possibilités de rituels qui encadrent habituellement le décès d'un proche, l'état d'urgence sanitaire érige le fait de rester vivant comme l'objectif prioritaire. Dès lors, les pratiques d'accompagnement et les rituels funéraires déjà bien affaiblis apparaissent comme secondaires et encombrants. Cette posture est celle d'une nation qui se sent en danger et qui s'efforce de préserver les activités sociales qui lui semblent essentielles. Dans le même ordre d'idée, face à la pénurie, les professionnels médicaux sont tentés de sélectionner les patients qui pourraient survivre, privant indirectement les personnes les plus fragiles de soins adaptés, ce qui va à l'encontre d'une approche égalitaire de l'accès aux soins et sans que les critères médicaux de sélection soient d'ailleurs ouvertement débattus. Ainsi fonctionne la médecine humanitaire en situation de catastrophe !

Faire de la survie la seule valeur qui soit engendre indirectement une conception réductrice de la vie qui risque de se limiter à un ensemble de facultés ou à sa

dimension physiologique que l'on retrouve dans la célèbre définition du médecin vitaliste Xavier Bichat (1771-1802) : « La vie est l'ensemble des fonctions qui résiste à la mort », à la différence d'une approche plus vaste, plus humaine, voire absolue qui perçoit la réalité physiologique comme une des conditions nécessaires à la construction d'un sujet moral inscrit dans la société. Pour un tel sujet, le « mourir » devient l'acte social ultime de la vie, la consécration par la mort de la vie, le dernier moment d'une tentative de réappropriation de son pouvoir d'agir. Dès lors, négliger les modalités de la fin de vie aboutit inévitablement à troubler les conditions de l'existence humaine.



- François Delaporte, « Épidémie », *Dictionnaire de la pensée médicale*, PUF, 2004.
- Marie Gaille, « La valeur de la vie », in *Médecine et sciences humaines, manuel pour les études médicales*, Les Belles Lettres, 2007.
- Marie Gaille, *La valeur de la vie*, coll. Médecine et Sciences humaines, Les Belles Lettres, 2010
- Pascal Hintermeyer, *Euthanasie, la dignité en question*, Buchet-Chastel, 2003. Un remarquable ouvrage qui comporte tout un chapitre consacré à la quête de la « bonne mort ». Un consensus sociétal se dégage avec le souhait de mourir sans souffrance, entouré par ses proches et que le défunt soit respecté et socialement reconnu.
- Guillaume Lachenal, Céline Lefève, Vinh-Kim Nguyen..., *La médecine du tri. Histoire, éthique, anthropologie*, Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem, PUF, 2014. En fait, pour certains auteurs, le triage, en médecine, est considéré comme « une routine d'exception ».
- Henri-Hubert Mollaret, « Les grands fléaux », *Histoire de la pensée médicale en Occident*, tome 2, Éditions du Seuil, 1997.
- « Autour de la mort, des rites à penser », *Pratiques, les cahiers de la médecine utopique*, n° 34, 2006.

En retraite

Serge Sadois
Retraité actif

Avant j'étais travailleur indépendant, ce qui est un contresens dans la mesure où j'étais totalement dépendant de la demande des clients. Comme le jour où cet éditeur me demande si je

voulais ou pouvais m'aligner sur un concurrent qui ne proposait rien moins que 40 % moins cher, même s'il savait que le travail serait moins bon, patati patata, etc. J'en suis resté là avec ce client-là.

Quitte à faire des comptes, en prenant mon âge et les trimestres acquis, j'ai vu que je pouvais liquider ma retraite. Ce qui fut fait, vite fait bien fait.

Sauf que... J'arrêtais un travail que j'aimais bien pour faire quoi ?

J'ai eu l'affreuse sensation que j'allais m'ennuyer, voire m'emmerder carrément. Mais très vite, autour de moi, de bonnes âmes l'ont su et sont venues me solliciter pour des associations. C'est simple, elles sont venues me demander de travailler pour rien, alors que j'avais refusé de travailler pour 40 % de moins.

Avec l'avantage que le pro doit avoir des résultats et que le pauvre bénévole, il fait ce qu'il peut avec ce qu'il a, argument intéressant que je saurai utiliser.

C'est comme ça que je me suis retrouvé dans plusieurs associations et là ! Stupeur ! Quel cauchemar ! Que des vieux et des encore moins jeunes, tous très sympathiques, actifs, érudits et pleins d'idées, tous

Et, paradoxalement, la mise à l'écart de la mort risque fort de la rendre encore plus envahissante, car la mort et son cortège d'émotions refoulées trouveront inexorablement un chemin pour s'exprimer. C'est ainsi que le sociologue contemporain Pascal Hintermeyer retourne, avec pertinence, la proposition d'Aristote pour qui l'exigence qualitative d'une vie bonne favorise le désir de vivre en cité, en affirmant à son tour : « Ce n'est pas seulement pour ne pas mourir, c'est aussi pour ne pas mal mourir que les hommes se sont mis en société », et par conséquent inscrit l'idéal de la « bonne mort » comme relevant d'un projet politique, pour la paix des vivants. 📍

dévoués pour aider les autres, pour combattre les injustices et les grandes causes oubliées de la société... et j'en oublie certainement, mais tout de même, tous sérieusement âgés. Tous considérés comme improductifs parce que sans emploi rémunéré, mais finalement produisant un travail considérable.

J'ai compris que la retraite pouvait être un monde où je pouvais travailler juste pour me faire plaisir. Une manière comme une autre de me mettre en phase avec mon état civil et de me rassurer sur le remplissage de mon agenda.

Étant en contact avec ces gens intelligents et érudits, pour compenser le décalage, j'ai fréquenté quelques lieux dits culturels. Par exemple, début octobre, une nouvelle saison de spectacles a débuté.

Pour récupérer les billets de l'abonnement trimestriel, je suis arrivé un peu avant le début du spectacle et, très vite, installé dans la salle en haut du parterre. Les spectateurs sont arrivés, des vieux, cheveux blancs et crânes dégarnis, attention, pas des têtes rasées comme c'est la mode actuellement, non non, rien que des vraies alopecies terminales naturelles.

Pour finir, peu de jeunes dans la salle, à croire que le monde de la culture est en partie financé par cette tranche d'âge, par ces gens que la novlangue peine à désigner, *Vieux ? C'est daté, troisième âge ? Ça fait entrée en Ehpad*, etc. Le vocable utilisé est *nos aînés*, ce qui est con parce que, primo, je suis un des cadets de la fratrie, et que, secundo, je ne leur appartiens pas. 📍

Bénévolat
Personnes âgées
Retraite, retraités

Didier Morisot
Infirmier psychiatrique
www.infirmiers.com



LE BANQUET DES MATOUS

Un groupe de matous installé au sommet
De cette pyramide où chacun veut grimper
Passait le temps, avec ardeur,
À se renvoyer l'ascenseur.
Mais, quelquefois, un grain de sable
Clouait au sol le pauvre engin
Qui devenait donc incapable
De rendre service aux copains...
On assistait alors à un jeu bien cruel :
On savonnait la planche pour l'ami de la veille
Qui n'avait pas su appuyer
Sur le bouton tant désiré.
Mais ce genre d'attitude, en fait, ne durait guère,
Les matous ne pouvant se faire longtemps
la guerre.
La pyramide sus-évoquée
(Je veux parler de son sommet)
Est en effet un lieu poli
Où règne la diplomatie,
Chacun agrippant dans ses mains
L'anatomie de son voisin.
Les matous pragmatiques avaient donc décidé
De cultiver entre eux la convivialité ;
C'est pourquoi fort souvent, ils allaient festoyer
Pour se détendre un peu, parler de leurs métiers.

Un jour qui ressemblait comme trois gouttes de vin
À celui à venir et à celui d'hier,
Un des convives rongait son frein,
En proie à une sourde colère ;
Il faut dire qu'un virus expédié en avion
Par des chinois farceurs au mois de février
Faisait quelques dégâts dans la population,
Les plus âgés étant les premiers concernés.
Le matou en question était donc à la peine :
Directeur de maisons où de vieux résidents,
Contre gîte et couvert, lui donnaient leur argent,
Il voyait s'effondrer soudain son bas de laine.
Mais son voisin (taquin) était, lui, plus ravi :
Grand chef de l'Administration
Qui versait retraites et pensions,
Il jubilait de faire autant d'économies
Induites par la mise en jachère
De bon nombre d'allocataires.
Le pauvre directeur (au bas de laine troué)
Fulminait de l'entendre, de le voir exulter.
« Cessez de vous moquer, cria-t-il tout à coup,
Arrêtez je vous prie de friser la moustache :
Vous allez me pousser à bout,
Il se pourrait que je me fâche ! »

Le débat devenait de plus en plus violent
Lorsqu'un matou des plus matois
S'interposa en souriant :
« Allons donc, les enfants, tout ça ne mérite pas
De s'énerver de cette façon. »
Il se tourna ensuite vers le plus agacé,
Le regard malicieux, afin de lui parler :
« Je sais que la situation
Vous angoisse, mon ami... vous perdez de l'argent,
Vous en perdez beaucoup, et le plus inquiétant
Vous en perdez bien plus que vos femmes
n'en dépensent.
Mais gardez la raison, reprenez donc confiance :
L'argent de ces pensions que personne ne réclame
Peut quitter le Trésor (sans que ça fasse un drame),
Il peut bien gambader, aller vers le privé,
Devenir subventions afin de vous sauver.
Vos maisons, après tout, sont d'intérêt public,
Elles méritent un soutien, une aide économique ;
Vous pourrez ensuite dire merci
En faisant, s'il vous plaît, un don
Pour renflouer notre Parti,
En vue des futures élections... »

Ce discours empli de bon sens
Impressionna les querelleurs
Qui, oubliant toute violence,
Redevinrent d'excellente humeur.
Mais le matou matois n'avait pas terminé...
D'un mouvement de la patte, il montra, amusé,
Ce que l'on pouvait voir derrière la baie vitrée :
La silhouette d'un héron occupé à pêcher.
« Voyez, dit-il d'un air complice,
Ce héron à notre service
Qui fournit notre table, comble nos appétits ;
Depuis que ce virus perturbe le pays
En mettant le bazar dans notre économie,
Ceux qui travaillent encore redoublent d'énergie.
Notre ami le héron a déjà accepté
Pour garder son emploi, un salaire diminué !
Notre avenir est donc serein :
En cas de souci financier,
Nous trouverons, j'en suis certain,
La solution appropriée ! »

Le constat est limpide, et il n'est pas nouveau :
Si, toujours, un matou retombe sur ses pattes,
Les autres (les plus nombreux), tous ceux
que l'on exploite,
Se retrouvent, au final, souvent le bec dans l'eau...

Pandémie et technologies omniprésentes

La pandémie bouleverse plusieurs sphères de la vie des aînés qui se retrouvent dans une situation de double vulnérabilité à la fois face au virus, mais également face aux répercussions du changement de statut des technologies numériques.

Élisabeth Beaunoyer

Doctorante en santé communautaire, Faculté des sciences infirmières, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, Canada.

Si la révolution technologique suivait déjà son cours dans de nombreuses sociétés occidentales, la pandémie de Covid-19 l'a propulsée à un niveau inégalé jusqu'à présent. Bien que les technologies offrent une forme de soutien plus que bienvenue, ce n'est probablement pas une solution miracle. Des différences existent entre les personnes non seulement en termes d'accès aux technologies, mais également et surtout de littératie technologique. Cette dernière est définie comme la capacité, les connaissances, la motivation et la compétence à accéder, traiter, engager et comprendre les informations afin de bénéficier de l'usage des technologies. Bien que ces difficultés fussent autrefois fortement associées à l'âge, nous savons aujourd'hui que l'âge n'est pas le seul facteur. Les inégalités numériques constituent une forme cachée d'inégalité sociale, au même titre que les inégalités reconnues entre autres en matière de revenu, d'éducation et de littératie en santé, pour ne nommer que celles-ci. Ce faisant, nous retrouvons souvent une combinaison de plusieurs de ces facteurs, comme un âge avancé ou un revenu socio-économique faible, chez ceux ayant des niveaux plus faibles de littératie technologique. Ce phénomène est complexe puisqu'il se manifeste toujours au travers de parcours de vie singuliers.

Pour les personnes âgées désavantagées en termes de littératie technologique, le contexte de la pandémie a pu contribuer à accentuer une situation de double vulnérabilité à la fois face au virus, mais également au regard des répercussions sociales de la crise. Les aînés étant plus vulnérables à la contamination au virus de la Covid-19, ainsi qu'aux complications qui l'accompagne, la limitation de la propagation du virus auprès d'eux repose grandement sur le respect des mesures sanitaires prescrites par l'État et sa Direction de la santé publique. Or, les communications concernant ces mesures, qui aux périodes les plus aiguës de la crise pouvaient changer quotidiennement, sont principalement transmises *via* des technologies de communication (médiâs sociaux, télévision, radio). Par conséquent, les aînés ayant un accès réduit aux technologies

ou qui ont des habiletés technologiques limitées ont pu rencontrer davantage de difficultés à accéder et à comprendre les mesures imposées. Les inégalités numériques n'ont pas qu'un impact sur les questions de transmission ou de compréhension de l'information. Elles ont également des conséquences sur les capacités et les volontés à appliquer ces mesures.

Le contexte de la pandémie complexifie le processus décisionnel menant à l'application des mesures sanitaires. La majorité des décisions impliquent des notions abstraites et intangibles qui ont un impact sur la vie quotidienne et nécessitent une réflexion sur le risque que représente l'accomplissement de certaines tâches ou activités de la vie de tous les jours, comme faire ses courses ou réaliser des transactions bancaires. Considérons aussi le fait que la participation sociale se mesure de plus en plus en termes de participation à la société numérique. Certains services ou contenus sont désormais offerts uniquement en ligne, du fait que la distanciation physique et les mesures de confinement en limitent l'accès physique. Si certains aînés arrivent aisément à faire leurs courses en ligne et que d'autres peuvent compter sur des ressources alternatives (comme un proche qui apporte des denrées alimentaires), tous ne bénéficieront pas de ces mêmes opportunités. Même l'obtention d'aide se complexifie en raison de la nature des moyens technologiques requis pour fournir de l'assistance à ceux qui en expriment le besoin. Puisque lors des périodes de confinement, les aidants ne pouvaient pas se rendre sur place pour effectuer les manipulations requises, il incombait donc à la personne de réaliser les manœuvres par elle-même et ce, avec un minimum de soutien. Dans un tel contexte, les risques d'exclusion sociale et d'âgisme étaient bien présents pour les aînés ayant des habiletés et un accès limité – parfois absent – aux technologies. Dans la mesure où la littératie technologique est suffisante pour soutenir la participation sociale au sein des espaces numériques, la satisfaction retirée des interactions en ligne a pu, en de nombreuses occasions, ne pas répondre aux besoins d'humanité ressentis par un grand nombre d'aînés. Les appels vidéoconférences

avec la famille *via* les médias sociaux ont pu susciter de nombreuses frustrations chez les personnes âgées ayant des problèmes d'audition et/ou d'élocution. Dans de tels contextes où les interactions sont jugées non satisfaisantes par l'aîné, l'exclusion sociale peut se traduire par une perception de ne pas se sentir « dans le coup », voire dépassé.

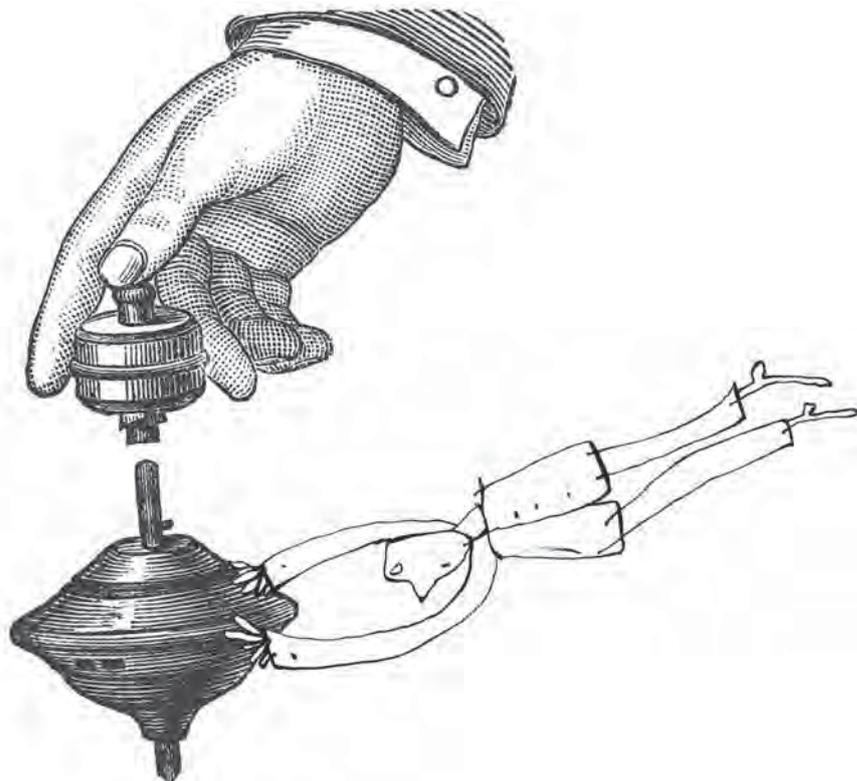
Les défis que les aînés peuvent rencontrer face à l'utilisation des technologies dans le contexte de la pandémie sont multiples. Elles touchent autant l'accès aux technologies, l'accomplissement de nouvelles tâches, l'obtention de soutien du réseau social qu'à l'actualisation des bénéfices que peuvent procurer les interactions sociales virtuelles. Face à de telles difficultés, certains aînés, et même leurs proches, ont pu se tourner vers les options davantage significatives pour eux, comme aller faire ses courses ou aller visiter leurs petits-enfants, même si celles-ci vont à l'encontre des recommandations de la santé publique. Des alternatives qui, du même coup, mettent à risque ces personnes de contracter la Covid-19. Malgré les nombreux efforts de communication par les gouvernements et les instances de santé publique, bien d'autres facteurs peuvent intervenir dans les décisions prises par les aînés et leurs proches. Ainsi, pourrions-nous penser autrement ces comportements, non pas comme un choix de « désobéir » aux directives de la santé publique, mais plutôt comme étant le reflet d'une volonté de maintenir un semblant de vie « normale ». Bien sûr, ces facteurs outrepassent la seule question des inégalités numériques. Toutefois, il est certain que celles-ci ont joué et jouent toujours un rôle quant

à la communication des informations ou l'accès à des alternatives satisfaisantes pour le maintien de la vie sociale de ces personnes que le contexte de la Covid-19 a enfermé dans la catégorie des « vieux ».

Si les technologies numériques ont pu faire office de bouée de sauvetage permettant, dans une certaine mesure, le maintien d'une vie « normale » pour les travailleurs et étudiants, elles n'ont pas le même impact pour certains groupes de la population, notamment pour les aînés, du moins certains d'entre eux. La transformation sociale numérique dans le contexte de la crise sanitaire est évidente, mais les impacts que celle-ci a et aura sur différentes populations demeurent largement inconnus. Pour prescrire le bon remède, encore faut-il avoir véritablement compris la cause des maux. 



- F. Baum, L. Newman & K. Biedrzycki, “Vicious cycles: Digital technologies and determinants of health in Australia”, *Health Promotion International*, 29(2), 349–360, 2014.
- E. Beaunoyer, S. Dupéré & M. J. Guitton, *COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies. Computers in Human Behavior*, 111, 106424, 2020.
- A. Seifert, “The Digital Exclusion of Older Adults during the COVID-19 Pandemic”, *Journal of Gerontological Social Work*, 2020 ; 63 (6-7) : 674-676.
- Z. Shahid, R. Kalayanamitra, B. McClafferty, D. Kepko, D. Ramgobin, R. Patel... R. Jain, “COVID-19 and Older Adults: What We Know”, *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(5), 926–929, 2020.



Ce que c'est qu'être fille

À mon père, *in memoriam*. J'ai choisi de raconter pour mon père et ma mère, en mêlant observations et émotions, ce que signifie pour eux de « vieillir vivant » et comment l'espérance et la dignité participent de forces vives et les entretiennent.

Annick Bernabéo

Cadre de santé dans le foyer René Capitant

MON père veille. Il veille sur ma mère, sur moi, sur la famille. Récemment hospitalisé, désorienté et un peu confus, il n'eut de cesse chaque soir de me souhaiter un bon retour, un sommeil réparateur et des rêves plaisants. Quand il sait que je suis préoccupée ou attristée, il trouve des paroles de soutien, il espère pour moi qui parfois doute du principe d'espérance. Et au-delà de moi, il espère pour une vie meilleure, plus douce et raisonnable, une vie sans guerre, sans virus, sans attentats.

Dans un texte de commentaires sur l'œuvre de Giorgio Agamben¹, Frédéric Boyer note que « l'espérance apparaît comme contestation du tragique ». Le tragique, c'est l'inéluctable avancée vers la mort. L'espérance se conjugue à la dignité. L'une et l'autre, se renforçant, entretiennent les liens existants et protègent la capacité à se sentir responsable.

Ainsi, mon père a lutté, et à mon sens, triomphé ces deux dernières décennies d'un accident ischémique cérébral et d'un cancer de la prostate, il a été opéré d'une hernie discale et souffre d'une neuropathie axonale sensitive, la pause d'un *stent* a été nécessaire pour soigner une cardiopathie qui s'est déclarée le jour de ses 55 ans de mariage avec ma mère ! Son médecin, dont il appréhendait le départ à la retraite, lui serinait à chaque consultation : « Il faut marcher M. B., il faut marcher. » Et de fait, ce sont ses jambes qui l'ont trahi, ses jambes dont la faiblesse provoqua de nombreuses chutes dans la maison, le jardin, sur le trottoir.

Mon père explique, lorsqu'au téléphone il discute avec les membres proches de sa famille : « Ma tête ça va, je mange bien, je dors bien, mais mes jambes, elles ne tiennent plus, enfin on ne peut pas être et avoir été. ». Il découvre la dépendance et la nécessité d'une aide dans les activités simples et ordinaires de la vie. Ma mère fut cette aide jusqu'à ce mois de mars où, alors qu'elle essayait de retenir mon père qui chutait, elle tomba et se fractura le col du fémur. Elle se retrouva elle-même privée d'autonomie, en proie à une douleur morale et physique inédite. Quand ma mère fut opérée de sa fracture, mon père déclara un zona. Comme le remarqua son médecin : « Ça lui fait quelque chose ce qui arrive à votre mère ! ». Je ne l'ai pas beaucoup entendu se plaindre des douleurs provoquées par

le zona, il demeure discret sur ses douleurs physiques, le dos, le genou, l'épaule. « Comment ils m'ont dit à l'hôpital : ah oui, c'est de l'arthrose ! ».

Mon père aime les contacts avec d'autres personnes, mais je crois qu'en dehors de sa proche famille, il se contente dans ses échanges d'une superficialité courtoise. Il reste secret sur ses sentiments, ses émotions. Cependant, son monde intérieur a été suffisamment peuplé d'affection et d'estime, sa vie suffisamment réglée et disciplinée, son moi suffisamment fort pour qu'il continue – et j'en suis admirative – à faire face aux attaques déléteres de la vieillesse. J'ai souvent pensé qu'il possédait cette *grande santé* décrite par Deleuze avec l'idée que cette *grande santé* doit être donnée et présente dès le départ. Non sous la forme d'une santé éclatante, encore moins celle, trop simple, d'une capacité peu commune à supporter la souffrance ou l'oppression ; mais sous la forme d'une santé capable d'emblée de « faire quelque chose avec son malheur ». Mon père a appris à aller lentement, à se taire, « à suivre avec prudence les lignes de fracture du monde et de soi, pour à chaque instant sélectionner en surface ce qui dans le pire peut nous aider à ouvrir des portes vers le meilleur »². Il a des atouts majeurs. L'humour, si vivace qu'il est noté dans les observations de son compte rendu hospitalier. L'amitié, qu'il entretient avec son copain d'enfance, son aîné d'une poignée de jours ; quand il m'arrive d'écouter leurs échanges téléphoniques, je suis frappée par leur voix, juvénile, joyeuse qui les ramène au temps de leur enfance. Les rituels, chaque jour il remonte son réveil et relève la température extérieure, chaque mois le chiffre de ses compteurs d'eau et d'électricité, il inscrit sur son éphéméride les anniversaires des proches, il s'intéresse particulièrement aux informations, à la politique, au sport. Et il veille sur ceux qu'il aime.

J'entends son découragement lorsqu'il avoue : « Je suis si fatigué ». Il me semble alors qu'il s'approche d'une limite, celle de l'usure de son corps, de l'incapacité de ce dernier à se mouvoir, sans cesse menacé de chute. Je ne perçois pas une fatigue qui saperait sa force morale, atteindrait sa vitalité, je perçois une résignation qui suit un constat d'impuissance : « Je suis en prison », répétait-il quand il n'a plus pu conduire sa voiture, condamné à demeurer dans sa maison, aussi agréable et rassurante

soit-elle. Dernièrement, au retour de l'hôpital, des soins supplémentaires ont dû être mis en place. Rester dans sa maison, aux côtés de ma mère, est le souhait le plus cher de mon père. Ce souhait absolu s'oppose de façon vivante à la mise à nu qui accompagne son vécu de la dépendance, à l'accès à son intimité, à l'intrusion dans ses sphères, incursion nécessaire mais qu'il peut juger violente. Il reconnaît à la fois son impuissance, celle de ses jambes à le soutenir, mais défend ses capacités de mémoire, d'accueil, d'humour. Lorsqu'il rencontre les infirmiers et aides-soignants qui s'occupent de lui, il les interroge sur leur famille, demande des nouvelles de leurs enfants. En se montrant bienveillant, il réclame une bienveillance en retour, un respect qu'il estime dû à son grand âge et à ses expériences de vie, une fiabilité dans laquelle il projette celle qui fut la sienne, notamment dans l'exercice de sa profession.

Celle qui veille sur le veilleur, c'est ma mère. Elle veille au bon ordre des choses. Elle trie, classe, étiquette, dans un effort obstiné d'ordonner le quotidien et maîtriser l'imprévu – pour elle, la catastrophe. Face « au cap au pire », elle organise le gouvernement de la maison : ravitaillement à portée de main, ergonomie des rangements, du matériel de cuisine, acceptation des aides avec lesquelles elle peut nouer un lien de sympathie.

Elle ne cesse de surveiller la solidité de ce tissage serré ; hélas, quand un accroc entraîne une déchirure, chute, fracture, hospitalisation, l'angoisse surgit et la laisse démunie et tremblante.

Sa dernière fracture l'a précarisée, entravant ses déplacements et la limitant dans les projets que régulièrement elle conçoit pour la maison : peinture, petits aménagements, achats de nouveaux appareils électriques. Un des dons de ma mère est celui d'embellir le quotidien, elle a du goût pour les belles tables, les broderies et un talent à assembler les fleurs. Récemment, alors que je lui rapportais du marché une gerbe de glaieuls, elle décida, encore fragilisée par sa fracture, accablée de douleurs, d'aller au jardin cueillir du feuillage pour embellir son bouquet.

Toute sa vie, sa volonté s'est mise au service de sa résistance qui fut et demeure une façon de ne pas sombrer dans le gouffre de la dépression et celui de la mort. Mon père fait semblant d'ignorer « l'orbite funèbre »³. Le jour de ses quatre-vingt-dix ans, il a quitté le restaurant où nous les avons fêtés en nous donnant rendez-vous dix ans plus tard ! Ma mère considère l'inéluctable, elle a écrit ses dernières volontés. Comme elle a organisé la vie, elle souhaite organiser la mort, au prix d'une inquiétude permanente qui désormais la soumet à l'angoisse.

J'ai sollicité l'accord de mes parents concernant l'écriture de ce texte. Ma mère me le donna d'emblée, mon père à la condition que j'écrive « qu'il était un brave type ». Voilà qui est fait !

J'ai tenté tout au long de ces lignes de « raviver » les mots, c'est-à-dire selon Yves Bonnefoy « de redonner aux mots qui s'usent une qualité d'intensité, de présence à qui l'on est, de lumière. »

« Le corps s'use, assurément », écrit-il dans la revue *Entretien* où parurent ses dernières réflexions, « et la pensée change, mais quelque chose d'autre qui n'est ni le corps, ni la pensée a une sorte d'immortalité en vous ». Sans conteste pour Yves Bonnefoy, la poésie est « ce quelque chose d'autre ».

Pour mon père, c'est le respect d'une loi morale et la lumière de son Algérie natale, pour ma mère l'obstination magnifique à donner un sens au passage des jours. 📍

- 1 Frédéric Boyer, « Notes sur l'espérance », *Critique* consacrée à Giorgio Agamben janvier-février 2017.
- 2 Gilles Deleuze, *Critique et clinique*, Éditions de Minuit, 1993, cité par Pierre Zaoui dans *La Traversée des Catastrophes, Philosophie pour le meilleur et le pire*, Le Seuil, 2010.
- 3 Michel de M'Uzan, « Le travail du trépas », dans *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard, 1977.

En finir avec le vieillissement social

La thèse soutenue dans cette contribution¹ est que le vieillissement social, à savoir la naturalisation de l'âge comme source de marginalisation sociale, est la conséquence de la déresponsabilisation des retraités vis-à-vis du travail productif.

Bernard Friot

Professeur émérite à l'université Paris Nanterre

DÉCLARER les retraités « utiles socialement » par leurs activités multiples, mais « improductifs » car aucune de leurs activités n'est considérée comme un travail producteur de valeur économique, c'est est amputer d'une dimension importante de la personne. *A contrario*, toute personne adulte doit être posée dans sa capacité de mener un travail productif jusqu'à sa mort.

Poser les personnes comme productives jusqu'à leur mort ne transforme pas toutes les activités des retraités en travail et n'est pas davantage une injonction qui leur serait faite de travailler : il faut distinguer soigneusement la validation sociale des activités comme travail (nécessairement aléatoire et intermittente) et la validation des personnes comme travailleuses (qui doit devenir permanente).

Si on ne résout pas l'aliénation dans le travail productif capitaliste en étant libéré du travail productif, mais en libérant le travail productif de sa soumission au capital, alors c'est un considérable déplacement de l'action collective, du *voice*², qui est en jeu. Il faut interroger deux tentations symétriques de renoncement au combat, d'*exit* : renoncement traditionnel qui s'exprime dans la conquête de temps de hors-travail (celui de la retraite en particulier) sans mobilisation pour la sortie du travail de sa folie capitaliste, renoncement plus nouveau avec la montée de l'aspiration à une société sans travail, sans valeur, sans monnaie, une société de l'activité où disparaîtrait magiquement la violence des choix nécessaires sur ce qui vaut et ce qui ne vaut pas.

Le vieillissement social est la conséquence de la déresponsabilisation des retraités vis-à-vis du travail productif

La retraite est un temps défini comme improductif. Or, la définition d'une période de la vie adulte située hors du travail productif exprime l'aliénation à la définition capitaliste du travail et du statut économique de la personne. Pire, cette improductivité du temps de la retraite, loin d'être questionnée, est célébrée comme une libération vis-à-vis du travail.

Le capitalisme organise notre impuissance vis-à-vis du travail productif. La définition de ce qui est productif dans nos activités, et son organisation, sont le monopole de la bourgeoisie capitaliste : elle décide de ce qui va être produit en ayant de la valeur, comment, où, par qui, et de sa distribution. La bourgeoisie et non pas « le marché », comme on le dit souvent. Que le monopole sur le travail productif s'inscrive dans une concurrence marchande entre les groupes capitalistes ne l'altère pas comme monopole de la bourgeoisie. Certes, la concurrence marchande fait que la pizza qui atterrira dans notre assiette sera une pizza Carrefour et non pas une pizza Leclerc, ou vice-versa. Mais, et c'est là l'essentiel, ces deux pizzas « en concurrence » sont exactement les mêmes produits, à la fois calibrés à toutes les étapes de la production et de la distribution alimentaire pour mettre en valeur du capital et adéquats à la détermination capitaliste de nos vies : emplois du temps, déplacements, arbitrages budgétaires (réduire la part de l'alimentation pour faire face à l'explosion du coût du logement), etc.

Une institution décisive de notre impuissance vis-à-vis du travail productif est l'organisation systématique de son étrangeté vis-à-vis de nos personnes, de son hétéronomie. Monopole de la bourgeoisie, qui ne nous y donne accès qu'à sa guise et sans nous laisser y décider quoi que ce soit, le travail est un ailleurs dans lequel il faut entrer (la période « d'insertion » imposée aux jeunes), dont nous pouvons être sortis par le chômage et dont nous sommes définitivement sortis dans la retraite. Le statut économique capitaliste de la personne repose sur sa constante nudité vis-à-vis du travail. « Individu libre » sur le marché du travail ou des biens et services, elle reste toute sa vie sans aucune qualification comme productrice, ne trouvant dans ses périodes de travail que l'occasion d'accéder à du pouvoir d'achat dont elle anticipe (emprunt) ou diffère (cotisation, épargne) une partie pour subvenir à ses besoins dans ses périodes « hors travail ». La bourgeoisie capitaliste nous tient en laisse.

L'obsécinité propre à la retraite est que cette amputation décisive est célébrée. Ne pas être reconnu comme

productif en tant que personne, ne l'être que par intermittence et sans pouvoir sur le travail au gré de l'accès à l'emploi ou de la validation d'une activité indépendante : cette amputation constitutive de l'anthropologie capitaliste, *fatum* pesant en permanence sur nos vies, est célébrée comme une libération dès lors qu'elle devient définitive. Définitivement amputés, nous serions libérés !

L'entrée dans cette irresponsabilité économique appelée à durer jusqu'à la mort amplifie les effets dévastateurs de l'irresponsabilité constitutive du statut économique de la personne dans le capitalisme. Car même si c'est sur un mode aléatoire et aliéné, soumis aux diktats du management et sans pouvoir de décision sur le produit, la participation à la production de valeur au cours de la carrière dite active inscrit régulièrement la personne dans l'espace public de la valeur et permet, comme pour le salaire, de poser les prémices de la subversion de sa pratique capitaliste. Mais la retraite sonne le glas de cette possibilité : produire de la valeur est désormais exclu. Dès lors, la sphère privée, associative ou militante sans prise sur la valeur mais aux activités « choisies » devient l'unique lieu d'investissement des retraités. Activités « choisies » entre guillemets, car l'organisation capitaliste d'un travail aliéné génère un hors-travail qui l'est tout autant : le bénévolat des retraités en matière d'aide aux devoirs, d'aide alimentaire ou de protestation militante contre les violences policières bouche les trous, à la marge, du travail d'éducation, de production alimentaire ou de sécurité. Cette marginalité pèse sur les intéressés, dont l'investissement bénévole des premières années d'inactivité cède la place à un repli parfois pratiqué dès l'entrée en retraite lorsque la fin du travail est vécue comme un arrachement. Ce repli est au cœur du vieillissement social.

Toute une industrie de l'activation va alors inciter les retraités à « lutter contre le vieillissement ». À l'obscurité de célébrer une amputation s'ajoute celle de vanter les mérites d'un moignon fait d'ersatz de l'essentiel manquant. « Maintenir ses liens sociaux », « conserver son capital cognitif » devient affaire d'activités multipliées. On ne sera pas surpris que cette activation des « vieux » soit la même, avec la même inefficacité, que celle qui accable les « jeunes » en train de « s'insérer » ou les chômeurs incités à « améliorer leur employabilité ». Tous, niés comme travailleurs, font face à une injonction d'activités, censées les rapprocher du travail, entreprise évidemment impossible, l'horizon du travail se dérochant à mesure que l'employabilité s'améliore.

Il n'est pas besoin de réinventer l'eau chaude pour sortir de ces impasses. Les combats du siècle dernier sur le salaire ont produit le salaire à la qualification personnelle, celui des fonctionnaires et des salariés à statut de la RATP, de la SNCF ou d'EDF-GDF, celui des retraités du régime général. S'ils sont attaqués avec une telle détermination, c'est parce qu'ils

commencent à instituer un statut du producteur alternatif au statut capitaliste : les personnes ne sont pas nues vis-à-vis du travail, elles sont habillées d'une qualification qui les pose en permanence comme productrices. On a bien vu pendant le confinement les effets positifs de cette sortie de l'aléa d'une reconnaissance capitaliste du producteur au gré de la validation sociale de l'activité : tandis que les indépendants et les payés à la tâche étaient à poil, les fonctionnaires ont conservé leur salaire dans sa totalité. C'est sur ce conquis qu'il faut aligner tous les adultes. Je m'en explique longuement dans *Vaincre Macron* et dans *Un désir de communisme*³. En matière de retraite, cela suppose d'opposer à l'unification des régimes autour du différé des cotisations voulue par Macron leur unification autour du maintien à vie du meilleur salaire.

Distinguer la validation sociale des activités de la validation des personnes comme travailleuses

Proposer que les retraités disposent à vie de leur meilleur salaire, voire qu'ils puissent continuer à progresser en qualification, qu'ils soient considérés comme des travailleurs et non pas d'anciens travailleurs, qu'ils restent en capacité de produire de la valeur économique jusqu'à leur mort, suscite couramment deux objections, l'une militante et l'autre savante.

L'objection militante est celle de l'injonction au travail jusqu'à la mort alors que la réduction du temps de travail, qu'elle s'opère sur sa durée au cours du cycle de vie (avec la prolongation de la scolarité et l'abaissement de l'âge de la retraite) ou sur sa durée hebdomadaire, est un conquis décisif. L'objection savante est celle de la confusion entre activité, travail concret producteur de valeur d'usage, et travail, au sens de travail abstrait producteur de valeur économique : dire que les retraités sont des travailleurs parce qu'ils ont un salaire, et non pas le différé de leurs cotisations, ce serait poser toutes leurs activités comme du travail par une espèce de coup de force nominaliste alors que seules les activités socialement validées comme productives sont du travail.

Qu'il ne faille pas confondre travail concret et travail abstrait, et que la réduction du temps de travail soit une conquête décisive, qu'une part croissante du temps que nous consacrons à des activités soit menée hors de toute considération de valeur, voilà des évidences à affirmer soigneusement. Mais elles ne fondent une objection à la pension comme salaire à vie, et à la qualification des personnes comme travailleuses jusqu'à leur mort, que si l'on en reste à la définition capitaliste du travailleur.

Ré-insistons sur ce point. Ne sont « travailleuses » dans le capitalisme que les personnes en train de mener une activité qui met en valeur du capital, parce que la validation sociale des personnes comme travail-

leuses se confond avec la validation sociale de leur activité comme productive. En dehors de ces périodes où elles mènent une activité productive, elles sont inactives. Objecter que la permanence de la reconnaissance d'une personne comme travailleuse suppose qu'elle est en permanence en train de mener une activité productive, c'est donc considérer comme naturelle la définition capitaliste du travailleur comme « quelqu'un qui est en train de travailler ». Or cette définition capitaliste du travailleur par quoi la bourgeoisie nous tient en laisse a commencé à être défaite par une autre, que je qualifie de communiste dans la mesure où elle est une condition nécessaire (non suffisante) de la souveraineté des personnes sur le travail, composante décisive de la sortie communiste du capitalisme. C'est tout l'enjeu de l'invention, au cours du siècle dernier, du salaire à la qualification personnelle, sur laquelle il faut revenir.

La rémunération capitaliste, que Marx désigne comme « salaire », est le prix de la force de travail, c'est-à-dire la reconnaissance des besoins dont je suis porteur pour faire telle tâche dont la validation marchande permettra la valorisation d'un capital. C'est contre elle que le salaire, inexistant comme institution au XIX^e siècle, s'est institué au XX^e siècle. Le salaire est une institution anticapitaliste, fruit d'un combat de classe constant de la CGT pour la qualification : qualification du poste, dans l'emploi défini par la convention collective qui sort les indépendants et les contrats à la tâche de l'infra-emploi, mais plus significativement encore, au-delà de l'emploi, qualification de la personne dans le grade de la fonction publique et des travailleurs à statut. La qualification est une institution haïe de la bourgeoisie qui témoigne que la classe ouvrière existe comme classe révolutionnaire pour soi, en capacité de contester la forme valeur capitaliste – la valeur d'échange – qui n'inscrit le travailleur dans l'ordre de la valeur que par intermittence, à la mesure de ses tâches validées sur des marchés, du travail ou des biens et services, sur lesquels il n'a aucune prise. Au contraire, la qualification, dans sa forme aujourd'hui la plus aboutie, la qualification du grade attaché à la personne, sort le travailleur de l'aléa de la valeur d'échange et le confirme en permanence comme producteur. Le mouvement n'est que commencé, et loin d'être abouti : les fonctionnaires, par exemple, ne sont payés qu'à mi-temps s'ils travaillent à mi-temps. Mais quelle libération que de n'avoir plus à quémander sur le marché du travail ou sur celui des biens et services sa reconnaissance comme travailleur, à la stricte mesure de ses tâches validées ! Dans le capitalisme, la personne reste en permanence étrangère au travail, institution qui est le monopole de la bourgeoisie, le travailleur ne pouvant que se constituer un avoir, un « compte personnel d'activité » sur lequel il pourra tirer dans les périodes où il n'est pas reconnu comme travailleur. Au contraire, dans le mouvement du communisme est en train de s'instituer un tout autre

travail, endogène aux personnes, lesquelles sont enrichies d'une qualification qui les libère de l'aléa de la validation de leur activité.

C'est parce que la personne est en permanence porteuse d'une qualification (et donc d'un salaire) qu'elle peut sans crainte livrer en permanence son travail à l'évaluation. C'est ici qu'il faut insister sur la nécessité d'une telle évaluation et sur sa dissociation de la validation sociale de la personne comme travailleuse. Le travail doit être évalué dans sa double dimension de travail concret et de travail abstrait. Le travail de soins est concret : une chirurgienne orthopédique sait poser un diagnostic, interpréter une radio, réaliser un plâtre, opérer une fracture et ces tâches doivent être en permanence évaluées dans leur qualité. Il est également abstrait : la chirurgienne produit de la valeur économique qui va être évaluée par un prix de jour, une tarification à l'acte, déterminés dans une convention avec l'Assurance maladie, ou par un prix de marché si le soin est mené hors convention. Ces deux évaluations, nécessaires, sont marquées par l'aléa : aléa des méthodes d'évaluation d'un travail concret lui-même soumis aux aléas de sa réalisation ; aléa des critères et des pratiques du conventionnement ou du marché des soins. L'inévitable aléa de l'évaluation du travail dans sa double dimension abstraite et concrète ne doit pas avoir d'incidence sur le statut économique de la personne au travail car elle n'en est pas responsable. La distinction entre validation de l'activité et validation de la personne est au cœur du communisme en cours de construction.

La permanence de la validation sociale des personnes comme capables de produire de la valeur s'exprime dans un salaire à la qualification attaché à la personne, droit politique inaliénable, évolutif de la majorité à la mort. Le premier niveau de qualification est automatiquement attribué à 18 ans, quel que soit le niveau de scolarité ou le handicap, et la montée en qualification est possible jusqu'à la mort par des épreuves portant sur l'expérience professionnelle, sans que le salaire puisse être interrompu ou diminué. Cette confirmation permanente des personnes dans leur statut économique, qui les libère de la suspicion dans laquelle les tient l'organisation capitaliste, est la condition, non suffisante mais nécessaire, de la responsabilité des travailleurs sur la production, laquelle ne peut s'exercer que par une évaluation du travail dans ses deux dimensions, évaluation marquée, elle, par l'aléa.

Libérer le travail : *voice* ou *exit* ?

Lorsqu'Ambroise Croizat, ministre communiste du Travail et secrétaire général de la Fédération des métaux de la CGT, aligne en 1946 la pension de retraite du privé sur celle de la fonction publique en en faisant la poursuite d'un salaire de référence et non pas le différé de cotisations de la carrière, il dissocie le droit au salaire

de la validation sociale des activités puisque la qualification, base de calcul du salaire, n'est plus un attribut de l'emploi du retraité, mais de sa personne même. Contre ce droit au salaire des retraités, la bourgeoisie va entreprendre une réaction déterminée pour, dès 1947, créer un régime complémentaire, l'AGIRC (étendu à tous les travailleurs du privé dans l'ARRCO dans les années 50-60), qui fait de la pension le différé des cotisations cumulées dans un compte personnel, et dont Macron veut faire la matrice, capitaliste, de l'unification des régimes. Soutenir l'enjeu de classe du caractère salarial de la pension suppose de conquérir la pension comme poursuite de l'intégralité du salaire net des six meilleurs mois⁴. À Réseau salariat, nous préconisons que ce passage de la qualification du poste à la personne, fondateur d'une pratique communiste de la retraite face à sa pratique capitaliste de différé d'un compte de cotisations, soit bien avant 60 ans, à 50 ans par exemple⁵. Loin d'être relégués dans la marge du bénévolat, avec des « seniors » marginalisés dans les entreprises dès 45-50 ans, les retraités cinquantenaires seront ainsi à l'avant-garde de la conquête pour tous les adultes d'un droit au salaire indépendant de la validation sociale des activités. Au service de quoi ?

Il est fondamental que cette indépendance entre salaire et activité soit constitutive d'un nouveau statut économique des personnes au service de leur responsabilité commune sur la production. C'est une conquête difficile, car l'irresponsabilisation des travailleurs sur les fins et les moyens de leur travail est au cœur du capitalisme. Il n'est que de voir combien les gestionnaires d'hôpitaux et d'Agences régionales de santé, qui ont organisé depuis des décennies l'incapacité du système de soins à lutter contre une pandémie qui les a complètement dépassés, sanctionnent aujourd'hui les soignantes et soignants qui depuis des mois ont assumé cette lutte sans eux, contre eux, en reprenant du pouvoir sur leur travail.

À la place d'un évidemment très difficile *voice* pour la conquête de droits rendant effective la souveraineté des travailleurs sur leur travail concret s'offre la tentation d'un double *exit*.

Le premier, majoritaire parce qu'au cœur de la tradition syndicale et de ses conquêtes, est la conquête d'un

temps hors-travail sans interrogation collective sur la valeur créée pendant le temps de travail. Il y a bien interrogation individuelle, dont témoigne la souffrance au travail de tant de personnes qui ne se reconnaissent plus dans le travail qui leur est imposé, mais elle conduit davantage à une aspiration à être libéré du travail (« vivement la retraite ! ») qu'à une organisation collective du refus de travailler selon les directives du management.

Le second *exit*, minoritaire, monte en puissance devant la brutale prise de conscience du mur écologique, anthropologique, territorial, vers lequel fonce l'organisation capitaliste du travail. Alors que le premier *exit* pose « la valeur » comme une donnée de nature, le second y voit le cœur du capitalisme et fait du travail abstrait l'origine de nos malheurs. Dès lors que la production est organisée selon des normes abstraites de travail qui excèdent les règles d'exécution des activités concrètes, le monstre serait là. Nous serions sauvés en nous débarrassant du travail, de la valeur, de la monnaie, pour vivre dans la transparence d'activités menées sans choix collectif sur ce qui vaut et ce qui ne vaut pas. Or autant il est fondamental d'avoir des tas de moments de la vie sociale hors de la valeur, autant il est irresponsable de rêver d'une société sans choix de valeur, à la fois appauvrie de la fécondité qu'il y a à transformer des activités en travail et débarrassée magiquement de la violence qu'implique une telle transformation, une violence qu'il s'agit de politiser et non de nier. **P**

- 1 Que l'on peut compléter par trois entretiens, dans la revue belge *Échos de Picardie* (décembre 2020), dans *Le Vent Se Lève* (lvsl.fr 4 sept 2020) et dans *La Lettre du Centre Pierre Naville* (n° 7, juin 2020).
- 2 La protestation peut se traduire dans une prise de parole (*voice*) ou dans une défection (*exit*). Albert O. Hirschman, *Exit, Voice and Loyalty*, Harvard University Press, 1970.
- 3 Bernard Friot, *Vaincre Macron*, La Dispute, 2017 ; Bernard Friot et Judith Bernard, *Un désir de communisme*, Textuel, 2020.
- 4 Porté au salaire net moyen mensuel actuel (2 300 euros) s'il est inférieur et plafonné à 5 000 euros net.
- 5 Voir le site www.reseau-salariat.info

3977

Si pendant la période du premier confinement (mars-avril 2020), on a beaucoup parlé de la maltraitance des enfants et des violences conjugales, celle des personnes âgées vivant à domicile a été absente du débat public. Or 80 % des personnes âgées de plus de 75 ans vivent à domicile.

Christine Mouton-Michal

Magistrate honoraire, présidente du Comité d'éthique de la Fédération 3977 contre la maltraitance des personnes âgées ou en situation de handicap

LA Fédération 3977 propose une **plateforme téléphonique** qui recueille les appels de personnes victimes ou témoins de maltraitements concernant les personnes âgées ou en situation de handicap.

Pour les personnes âgées, les **appels** proviennent le plus souvent d'un proche (49 %), moins souvent de la victime elle-même (21 %), des professionnels, personnels d'établissement, services médicaux, services sociaux (13 %), ou de l'entourage (12 %).

En 2019, 65 % des victimes ont été des femmes et 28 % des hommes, 7 % des couples ou des groupes de personnes. Les plus nombreuses ont été les personnes de 81-90 ans (33 % des dossiers).

Pour les plus de 60 ans, les personnes mises en cause étaient en 2019 un proche dans 52 % des cas et un personnel de l'établissement dans 19 %.

En 2019, 73 % des situations de maltraitements signalés étaient survenues à domicile et 27 % dans les établissements.

Ce contraste particulièrement marqué entre le domicile et les établissements appelle toutefois plusieurs remarques importantes. Si le nombre d'appels venant du domicile est bien plus élevé, on ne peut en déduire que les risques de maltraitance y sont plus élevés : pour analyser ce risque, il faut tenir compte de la répartition de la population, qui vit très majoritairement à domicile plutôt qu'en établissement. Le calcul de ce risque est très difficile, compte tenu de la part très faible des maltraitements qui font l'objet d'un appel. Les appels issus du domicile et issus des établissements n'ont pas le même sens : la plupart du temps, il n'y a qu'une seule victime à domicile, alors que dans les établissements, les maltraitements, lorsqu'elles sont avérées, relèvent en général d'une cause institutionnelle, ce qui implique que pour un appel reçu pour un résident ou un patient, il y a souvent de multiples victimes, même si la Fédération n'est sollicitée que pour une seule.

Les **maltraitements** principaux les plus fréquentes sont psychologiques (26 %), des négligences (22 %), physiques (20 %), ou financières (15 %). Le reste est constitué par d'autres formes de maltraitements, liées aux soins et privation de droit. Le plus souvent ces maltraitements sont associées, par exemple financières et psychologiques.

Les **réponses** à ces appels sont personnalisées et se déroulent selon trois grandes étapes.

L'écoute accueille la parole des victimes (à défaut, des autres appelants), dans les conditions définies par le Comité d'éthique. Elle comporte un recueil d'informations sur le contexte, les protagonistes, les modalités des maltraitements, l'historique, les attentes des uns et des autres. Ce processus plus ou moins long, qui fait évoluer la compréhension de chaque situation, donne lieu à l'ouverture d'un dossier informatisé sécurisé établi sur des bases juridiques (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Les propositions, élaborées en réunion, de façon pluraliste, s'appuient sur les données recueillies à la phase d'écoute et sont proposées par des bénévoles différents de ceux qui ont assuré l'écoute. Il peut s'agir de conciliation, de sollicitation d'établissements (direction, médiation), des agences régionales de santé (ARS), des mairies ou des centres communaux d'action sociale (CCAS), des professionnels (santé, social, juridique), des dispositifs de coordination et réseaux de santé (Clic, Maia, PTA)¹, des services sociaux (Conseil départemental ou autres), des institutions publiques (police, justice). Les propositions sont soumises à l'accord de la victime (à défaut, d'un autre appelant).

Les mesures d'accompagnement sont très diverses : sociales, juridiques, administratives, sanitaires, touchant au cadre de vie ou même négociation entre les intéressés, quand elle est acceptée. Elles ne sont pas toujours acceptées d'emblée et peuvent nécessiter une réflexion ou une maturation des intéressés. Elles sont accompagnées par les bénévoles des centres, qui apportent un soutien, sans jamais se substituer aux professionnels, aux services et aux institutions légitimes et compétents. Ces mesures ont souvent été réalisées par les intéressés. Ceux-ci ont parfois mis en œuvre des mesures qui n'avaient pas été préconisées.

Un souci **éthique** guide ces actions.

Dans tous les échanges avec l'appelant, les salariés et les bénévoles de la Fédération témoignent d'une attitude bienveillante, dans un esprit d'ouverture, de neutralité et d'indépendance, de sollicitude et d'attention portée aux autres.

Les victimes de maltraitements sont des personnes vulnérables : la parole et la souffrance morale de

l'appelant, sa dignité et son autonomie (même réduite) doivent être respectées.

Les informations relatives à chaque appelant, et au-delà, leur vie privée, font l'objet d'une stricte confidentialité de la part des salariés et des bénévoles de la Fédération.

Pour comprendre sa situation, adopter une attitude et prendre des décisions, l'appelant doit disposer d'informations claires et objectives, adaptées à ce qu'il peut comprendre. Les salariés et les bénévoles de la Fédération s'efforcent d'y contribuer.

Le non-respect des droits et des volontés d'une personne vulnérable constitue une forme de maltraitance ; les valeurs de citoyenneté doivent inspirer les salariés et les bénévoles de la Fédération dans leurs activités. Les salariés et les bénévoles de la Fédération s'interdisent de rencontrer la victime supposée ou son entourage. Les échanges téléphoniques avec les professionnels et services susceptibles d'intervenir sont subordonnés à une demande explicite de la victime (à défaut, d'un autre appelant). Les salariés et les bénévoles de la Fédération cherchent à favoriser le recours de l'appelant aux professionnels, services et institutions locales, et en aucun cas à assurer des interventions ou des prestations à leur place.

La réponse apportée aux alertes pour maltraitance cherche à orienter et à soutenir l'appelant dans la durée, autant que de besoin, tout en respectant sa volonté et son autonomie. Cette réponse ne vise pas à juger les faits portés à la connaissance des salariés et des

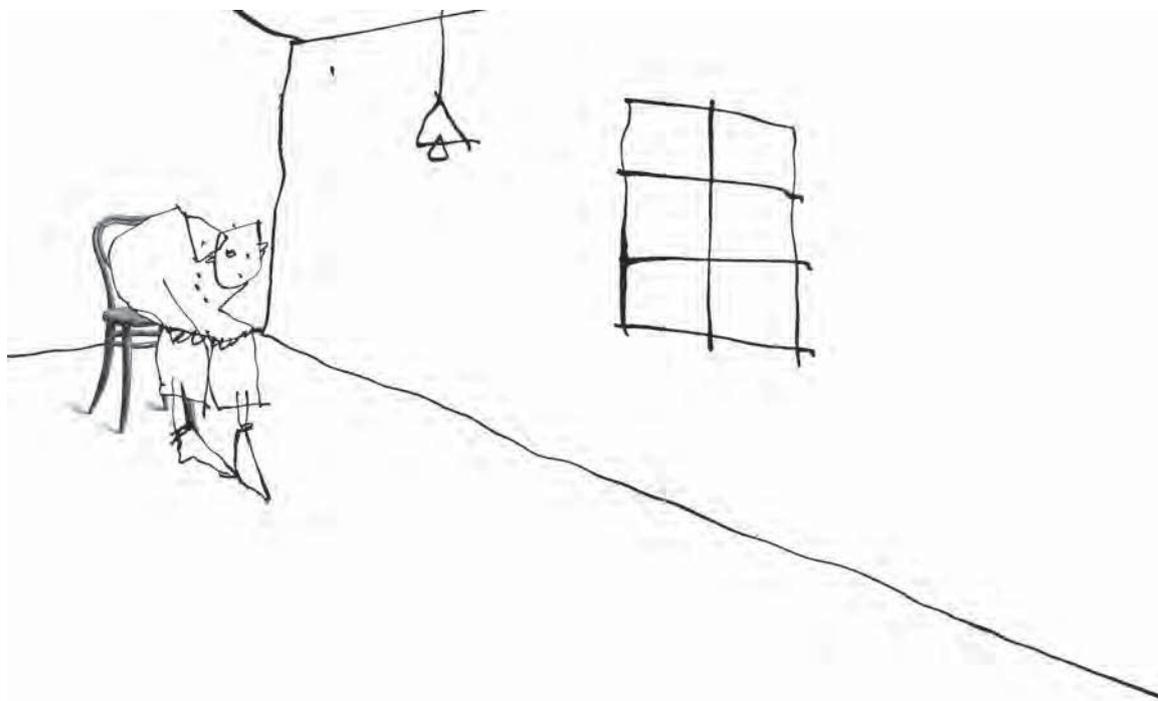
bénévoles de la Fédération, mais à contribuer à faire cesser les maltraitances, si elles sont avérées.

Les salariés et les bénévoles de la Fédération tentent d'assurer partout des réponses de même ordre, d'un point de vue quantitatif aussi bien que qualitatif, en tout point du territoire national.

Ils s'interdisent dans leurs activités toute forme de discrimination, que ce soit du fait du genre, des origines, de la position sociale, du niveau d'éducation, etc.

Ces réponses aux appels reçus pour des situations de maltraitances présumées résument les activités mises en œuvre par les centres de la Fédération 3977. Toutefois, les chiffres ne rendent pas entièrement compte des réalités dans leur complexité, leur caractère parfois imprévisible, leurs particularités, ni surtout de la dimension humaine des échanges dans lesquels les membres de la Fédération sont impliqués au quotidien. Les quelques **situations** qui suivent donnent quelques exemples de maltraitances à domicile, puis en institution. Elles sont survenues avant la crise sanitaire due à la Covid-19.

Yvonne, âgée de 75 ans, vit à domicile avec son époux Grégoire. Ils ont eu trois enfants, dont Anne-Marie, qui vient souvent les voir et est proche de sa mère. Une aide à domicile vient la faire manger le midi et prépare les repas du soir. Elle est hospitalisée par son médecin traitant.



Emmanuel, médecin hospitalier, appelle le 3977 suite à l'admission d'Yvonne qui présente un état de dénutrition sévère, une dépression avec anorexie, et en outre, des hématomes. Les échanges avec Anne-Marie confirment ses soupçons de maltraitance.

Les relations conjugales seraient dégradées depuis des années. Les repas du soir seraient jetés, d'où la dénutrition. Grégoire serait violent, notamment après alcoolisation. Emmanuel a fait en parallèle un signalement au procureur. Pour continuer d'assurer la protection d'Yvonne, et avec l'accord de ses enfants, le médecin obtient son transfert temporaire dans un autre établissement. Son médecin traitant, en congés, est destinataire d'un compte rendu du séjour et des décisions prises. L'écoute confirme la vulnérabilité d'Yvonne (perte d'autonomie, besoin d'aide); elle ne bénéficie cependant pas de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA). Elle n'est que provisoirement en sécurité. Les référents suggèrent à Emmanuel d'informer le médecin traitant de l'implication d'ALMA, pour faciliter les contacts: ce médecin indique qu'il a fait hospitaliser Yvonne, mais qu'il « tombe des nues » à propos des maltraitances. Il dit n'avoir jamais constaté de violences de Grégoire envers sa patiente. Les référents conviennent de contacter Anne-Marie, et lui proposent de demander l'APA en cas de retour à domicile, de rechercher un hébergement médico-social proche du domicile et d'écrire au procureur, au nom des trois enfants, en vue d'une mise sous protection d'Yvonne.

En attendant, une prolongation du séjour dans l'établissement peut être demandée dans ce contexte. Anne-Marie, en plein désarroi, est accompagnée par les référents dans ses démarches: service APA du Conseil départemental, courrier au procureur.

Le médecin traitant a obtenu une prolongation de séjour pour trouver une solution, mais un nouveau contact avec Anne-Marie informe du décès de sa mère suite à un accident cardiaque lors du séjour.

Christiane, 82 ans, est veuve et vit chez elle. Elle a eu trois enfants: Xavier habite dans une autre région, il appelle sa mère toutes les semaines et lui rend visite une fois par an; Magali vit à une vingtaine de kilomètres et Lydie vit à proximité et s'occupe de sa mère au quotidien. Christiane a perdu son autonomie physique et souffre de troubles cognitifs liés à des accidents vasculaires cérébraux. Une infirmière vient deux fois par semaine pour sa toilette et une femme de ménage chaque semaine.

Xavier rappelle le 3977. Il met en cause Lydie qui détournerait de l'argent de sa mère: elle a une procuration sur son compte bancaire et se fait chaque mois virer la pension de sa mère; elle aurait aussi « vidé » le compte épargne. Xavier dit avoir constaté un découvert de 500 euros et des dépenses que sa mère n'a pu faire elle-même. Selon lui, Lydie aurait « fait le vide autour de sa mère » et lui imposerait la présence à son domicile d'amis de son mari, avec des violences verbales

qui, d'après lui, affolent Christiane qui, cependant, cache la situation pour protéger sa fille.

L'écoute précise que Lydie semble avoir des difficultés financières et sociales (elle bénéficie d'un des minima sociaux) et son conjoint aurait des problèmes d'alcool. Xavier aurait déjà écrit au juge des tutelles et au procureur, sans réponse depuis plusieurs mois. Il analyse clairement la situation et ne semble pas en conflit avec Lydie, et son avis est partagé par Magali, qui ne veut pas (ou ne peut pas) s'impliquer. Christiane semble bien vulnérable, mais elle ne reçoit pas d'aide. Elle ne fait pas l'objet d'une protection juridique. Outre les faits évocateurs de maltraitances financières, sa sécurité semble compromise.

Les référents proposent à Xavier de contacter le Conseil départemental, de communiquer les faits signalés et de solliciter une demande d'évaluation de la situation de Christiane à son domicile. À sa demande, les référents proposent un courrier dans ce sens. En quinze jours, les services du Conseil départemental répondent avoir pris en compte les éléments transmis. Une évaluation médico-sociale est en cours. La situation de Christiane n'est pas réglée, mais les services compétents sont en cours d'intervention: le rôle du centre ALMA s'achève et le dossier peut être clôturé avec l'accord de Xavier.

Henri et Madeleine, couple âgé de 86 et 82 ans, vit à domicile. Madeleine est atteinte de la maladie de Parkinson et sa situation se dégrade: difficultés croissantes à marcher, troubles de la mémoire et dépression. Une aide à domicile et une femme de ménage interviennent plusieurs fois par semaine.

Jean-Marie, le fils du couple, appelle ALMA pour faire part de violences physiques et psychologiques exercées par son père Henri sur sa mère. Il a toujours connu ses parents en situation de conflit, mais sa mère lui aurait confié, depuis 4-5 ans, que son père était violent, ce dont il a pris la mesure récemment lors d'une altercation avec son père, en présence de son beau-frère. Jean-Marie précise qu'il a été informé par les professionnels intervenant chez ses parents de ces violences: « Il peut pousser votre mère dans l'escalier ». Il sollicite l'aide d'ALMA pour mettre sa mère en sécurité, sachant qu'il habite à 800 km de ses parents.

Après plusieurs échanges, Jean-Marie va faire état d'une discussion avec sa mère, qui serait finalement d'accord pour quitter le domicile conjugal et aller vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il a fait une demande d'admission. Une place s'est libérée dans l'établissement, mais Madeleine a refusé d'y rentrer car « il dépend de l'hôpital ».

Cette situation illustre les difficultés liées à l'ambivalence des victimes face aux maltraitances qu'elles subissent pourtant, et liées au principe de respect de l'autonomie de ces victimes: il est clair que la gravité des faits peut amener à un signalement au procureur.

Marie, 79 ans, est veuve et vit à son domicile. Son fils unique, Gilbert, souffre d'addictions et rencontre de multiples difficultés sociales.

Isabelle, auxiliaire de vie, contacte ALMA pour faire part des violences physiques et psychologiques que Marie subirait de la part de son fils : lorsqu'il est « en manque », il viendrait chez sa mère, la menacerait, « casserait tout ». Elle serait harcelée par son fils, au téléphone et par mail. Ayant trouvé Marie prostrée après le passage de son fils, il y a deux ans, elle avait appelé les pompiers, mais Marie a refusé d'être hospitalisée. Il y a un mois, la gendarmerie aurait refusé de prendre sa plainte. Ce jour, Gilbert aurait frappé sa mère et Isabelle ne sait plus à qui s'adresser. Le service d'aide à domicile aurait demandé à Marie de faire un signalement au procureur et Marie aurait accepté d'être accompagnée par Isabelle dans ses démarches. Isabelle souhaite prendre contact avant de proposer à Marie d'appeler elle-même en sa présence. Après plusieurs appels et messages laissés sur son répondeur, un rendez-vous téléphonique est pris avec Isabelle et Marie. Cette dernière dit qu'elle n'attend rien d'ALMA ; elle a déjà contacté le 3977 où on « ne l'a pas écoutée » et on « ne lui a posé que des questions ». Marie ne souhaite pas porter plainte contre son fils qui « est malade » : elle veut seulement qu'il se fasse soigner, alors qu'il est déjà suivi par un psychiatre et par le Centre médico-psychologique. Lors de son entretien avec la gendarmerie, Marie a refusé de porter plainte. Elle ne souhaite pas couper le lien avec son fils. Sur le conseil d'une intervenante sociale police-gendarmerie sollicitée par ALMA, Isabelle a de nouveau proposé à Marie de porter plainte en demandant une obligation de soins pour son fils. Marie a accepté et les gendarmes sont venus pour prendre la plainte à domicile.

Cette situation illustre l'importance du lien de confiance (ici Isabelle) pour rendre une proposition acceptable et la faire aboutir. En l'absence de signalement par la victime, il appartient aux autres intervenants concernés de faire cette démarche, notamment lorsque la santé ou la sécurité de la victime est menacée.

Henriette, 78 ans, est veuve et vit chez elle. Elle souffre de problèmes de motricité, ne reçoit pas l'APA. Elle a un médecin traitant, bénéficie de soins infirmiers matin et soir et d'auxiliaires de vie qui interviennent trois fois par semaine. Elle va chez le kinésithérapeute en ambulance deux fois par semaine. Sa fille unique, Aline, 52 ans, vit chez sa mère ; elle est atteinte d'une affection mentale et de problèmes avec l'alcool, elle est suivie au Centre médico-psychologique. Elle touche un des minima sociaux.

Éliane, infirmière libérale, appelle le 3977 pour « maltraitances physique, psychologique » subies par Henriette, « et aussi un besoin d'écoute pour souffrance et isolement ». Aline brutaliserait régulièrement

sa mère quand elle a trop bu, avec constat d'ecchymoses et de plaies, et même une « chute » récente dans les escaliers. Cette situation perdure depuis environ trois ans.

Lors du dernier épisode, Éliane a conduit Henriette aux urgences, avec l'accord du médecin traitant, puis a déposé une plainte à la gendarmerie. La plupart des autres professionnels ne se positionnent pas.

Chaque fois qu'elle est frappée, Henriette régresse à la marche, elle est triste.

Elle s'est confiée à Éliane en lui demandant de garder le secret. Elle a peur d'être envoyée en Ehpad, ce qu'elle ne veut pas.

Aline dénie toute responsabilité, invoquant les anticoagulants que prend sa mère, pour expliquer les hématomes. Le médecin traitant parle plutôt d'épuisement d'Aline qui s'occuperait de sa mère.

Henriette est en soins de suites. Suite à la plainte, Aline a rompu les liens avec les professionnels qui intervenaient auprès de sa mère.

ALMA conseille à Éliane de préparer le retour d'Henriette avec d'autres intervenants possibles. Il est convenu avec elle d'appuyer sa plainte par un signalement d'ALMA au procureur. Celui-ci précise qu'Henriette est usufruitière du logement, Aline en étant la propriétaire.

L'enquête diligentée par le Parquet confirme les maltraitances physiques (constat).

L'évaluation psychosociale a conduit à proposer une mesure de protection pour qu'Henriette puisse faire valoir ses droits. Le gériatre hospitalier parle d'un « état de démence profond » alors que, quinze jours avant, Henriette avait son discernement.

Aline est convoquée en audience correctionnelle, elle est poursuivie pour « violences aggravées par trois circonstances suivies d'une incapacité n'excédant pas huit jours » envers sa mère, en explicitant les multiples sévices subis.

Aline est condamnée, après avoir exprimé son attachement à sa mère, et fait part de la lourde charge des soins qu'elle assurait. On apprendra qu'Henriette a été admise en Ehpad, où elle est décédée six mois après, en ayant renoué des liens avec sa fille.

Cette expérience lourde illustre l'ambivalence des liens entre les acteurs, le positionnement difficile des professionnels, le blocage des situations et la difficulté de faire valoir les souhaits des victimes. Elle montre la durée longue des situations, les centres pouvant être sollicités à des stades de dégradation plus ou moins avancés. 

Sources : Rapports d'activité 2019 de la Fédération 3977.

1 Respectivement, Centre local d'information et de coordination gérontologique, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, Plateformes territoriales d'appui.

Vieillir en société ?

La question du grand âge ne perce le mur médiatique ou politique qu'à l'occasion de scandales ou de catastrophes. Pourtant, l'avancée en âge n'est pas synonyme de handicap ou de désinsertion sociale.

Jean Vignes

Infirmier de secteur psychiatrique retraité

TROIS phénomènes majeurs sont intervenus quant à l'émergence de la problématique actuelle, la progression de l'espérance de vie (en bonne santé ou non), la dispersion de la cellule familiale et le facteur économique. Pour ne pas avoir anticipé, voire nié ces effets, les politiques sont aujourd'hui confrontés à une crise majeure. Pourtant, les réponses à cette crise sont avant tout politiques.

Toutes les recherches démontrent que les stimulations, intellectuelles ou physiques, à travers des activités multiples sont les meilleurs outils de prévention des dégénérescences physiques et mentales. Si la prévention par définition prend sa place à tout âge, nous considérerons, pour envisager les politiques spécifiques au vieillissement de la population, celles à mettre en œuvre dès l'âge de la retraite.

La retraite n'est pas la cessation de toute activité sociale (associative, politique, sportive, artistique, ludique ou artisanale...), voire productive. La France peut se targuer d'être un des pays au monde à avoir un tissu associatif des plus développés. Il représente des lieux où une personne qui n'a plus besoin de travailler pour gagner sa vie trouve un débouché d'activité sociale, maintient un lien social et de stimulation intellectuelle. C'est aussi une richesse en matière de transmission générationnelle. Nombre de ces associations sont animées par des personnes dont le temps est libéré par l'accès à la retraite. 41 % des dirigeants d'association ont entre 65 et 74 ans. Ce tissu s'affaiblit aujourd'hui, baisse des capacités financières des collectivités locales à les soutenir, diminution des fonds qui leur sont dédiés, privatisation ou commercialisation d'activités, c'est un risque pour les centres culturels, les foyers ruraux et les clubs. La part des subventions et des commandes publiques dans l'ensemble des ressources a diminué de sept points entre 2005 et 2017 (source Institut national jeunesse et éducation populaire – INJEP). On peut se poser la question de la diminution drastique des cafés bars, près de 20 % en dix ans et plus de 90 % en un siècle. Ces lieux de convivialité et de rencontre participent aussi de la dynamique de maintien du lien social et à l'accueil des associations. Une réflexion est donc à mener sur la dynamique sociale des espaces de rencontre intergénérationnels qu'ils représentaient et un effort particulier est à mener, à l'inverse de la politique qui se dessine aujourd'hui, avec la diminu-

tion des moyens des collectivités locales, la disparition de la réserve parlementaire. Soit en créant de nouveaux espaces et les financements *ad hoc*, soit en revitalisant le tissu associatif en réinterrogeant les obstacles ou les évolutions (régressions ?) qui les menacent. De même, une politique d'accès aux productions artistiques et culturelles devrait compenser la diminution des revenus liés à la retraite.

La mise en œuvre de réseaux, de moyens pour favoriser le maintien à domicile

Le maintien à domicile ne doit pas être un dogme aveugle comme ceux récents du « virage » ambulatoire ou autre « télé-médecine ». Cela ne sert à rien de vouloir maintenir à domicile une personne dans un logement insalubre, dans une situation d'isolement, d'environnement pathogène. Mais reste que dans la majorité des cas, les personnes ont des relations d'amitiés, de voisinage, des habitudes, des souvenirs qui nourrissent leur psychisme et une maîtrise de leur environnement dont la rupture est préjudiciable. C'est en quelque sorte du sur-mesure qui doit être mis en œuvre avec une politique du logement et de transports qui favorisent ce maintien dans de bonnes conditions. Quand l'avancée en âge s'accompagne de perte d'autonomie, beaucoup d'entre elles peuvent être compensées par une aide à domicile. Que ce soit pour le ménage, les repas, un aménagement du logement, la mobilité extérieure les solutions existent et sont connues. Elles sont porteuses d'emplois, mais trop souvent hors de portée économique de la personne ou des familles. Elles sont aujourd'hui fonction de leur classement dépendance sur la grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressource (AGGIR), beurk ! Ce système de classement est trop rigide, inhumain et doit être plus facilement évolutif, revalorisé et ne pas dépendre pour le montant de l'Allocation personne âgée de la variabilité des taux des Conseils départementaux. Pour beaucoup des personnes concernées, rester dans un environnement familial, porteur d'histoires, est une condition de maintien de repères qui préviennent d'un décrochage précoce qui vient aggraver la perte d'autonomie initiale en rajoutant de la désorientation aux problèmes, ainsi qu'une perte des initiatives qui concourent au maintien d'une activité intellectuelle inhérente à la vie quotidienne. Il est donc nécessaire

de développer un réseau d'aide à domicile, accessible à toutes et tous financièrement dans le cadre du service public. De même, les personnels de l'aide à domicile doivent bénéficier de formations adaptées polyvalentes et d'un statut. Or aujourd'hui, ces personnels font partie des emplois les plus précaires, les moins reconnus avec des conditions de travail très difficiles et une convention collective de bas niveau. L'irruption d'entreprises privées lucratives dans ce domaine vient en aggraver les conditions. Les bénéficiaires qui en sont tirés le sont au détriment des conditions de travail des personnels et/ou de la prestation fournie.

Des solutions intermédiaires à l'orientation en Ehpad

En complément du réseau de soins à domicile, le système actuel manque de souplesse. Il est nécessaire d'imaginer des structures de proximité, d'accueil à temps partiel, de restauration, d'accueil de jour. L'imagination peut être vaste en la matière, pourquoi ne pas imaginer des cantines, scolaires, municipales ou autres, qui accueillent aussi des personnes retraitées qui, bien que ne pouvant pas assurer leur autonomie alimentaire, jouissent de toutes leurs facultés mentales et dont l'apport pourrait être bénéfique dans une dynamique intergénérationnelle d'échange. Ce n'est qu'un exemple. D'autres expériences ont été menées en milieu rural autour de potagers partagés où les enfants des écoles bénéficiaient de l'expérience et des savoirs de leurs aînés à travers une activité commune. Cela vaut aussi pour d'autres formes d'activités, sorties, séjours, ateliers...

Ehpad (établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes)

La dépendance n'est pas un absolu, une personne n'est pas forcément dépendante pour tous les actes de la vie. Séjourner en Ehpad ne doit pas signifier être coupé de son environnement de vie ni subir un traitement standardisé. La résidence en Ehpad coûte entre 3000 et 5000 euros en zone urbaine, en moyenne 2200 euros au niveau national. Il est facile de constater, sachant que le montant moyen de la retraite en France tourne autour de 1400 € que le reste à charge pour les familles est important, sans compter que les dépenses pour la personne (lecture, loisirs, communication, déplacements, habillement...) ne se limitent pas au seul hébergement.

Malgré ces tarifs élevés pour les résidents, le financement est loin de permettre une prestation de qualité. La liste est longue d'établissements où des mouvements sociaux, regroupant aujourd'hui personnels et usagers (et leurs familles) dénoncent les conditions de travail et d'hébergement. Selon le panorama de l'OCDE, les dotations en personnel des Ehpad en France sont de 50 % inférieures au reste de l'Europe du Nord. À l'heure où tout est comptabilisé, le temps d'une douche, d'un soin, l'usage de couches, le change de draps... sont rationnés. Les personnels sont pressurés, familles et résidents subissent souvent sans se plaindre de peur de perdre leur place et même les associations de directeurs (AD-PA), qui ne peuvent pas être taxés de gauchisme primaire, tirent la sonnette d'alarme et communiquent sur le dysfonctionnement de ce secteur. L'expression de maltraitance institutionnelle devient prédominante dans l'ensemble des discours. Recruter du personnel formé, rémunéré en fonction, en nombre suffisant est une urgence pour ces établissements. Avoir le temps pour une prise en charge permettant une approche individuelle des besoins de chacun, pour adapter ces prises en charge et en faire un soin ou un accompagnement respectueux des personnes concernées, un accompagnement adapté au handicap pour conserver une vie sociale est une urgence.

Une politique territoriale de structures de proximité complétée d'une politique de recrutement et de formation est donc nécessaire. Le mode de financement doit être repensé dans le cadre de la Sécurité sociale de façon à ne pas être un obstacle ou source d'inégalités dans l'accueil des personnes et en finir avec une situation honteuse pour une société dite évoluée.

Conclusion provisoire

Pour répondre aux besoins sociaux en matière de vieillissement de la population, le premier objectif est de ne pas considérer la vieillesse comme synonyme de dépendance et permettre d'aborder cette période de la vie comme source de richesse sociale et culturelle participant à la vie économique. Favoriser dans tous les domaines l'insertion sociale et le maintien de l'autonomie. Donner les moyens aux services publics territoriaux de proximité d'organiser la réponse à ces enjeux, dynamique sociale d'intégration, d'accompagnement, d'aide ou de soin à domicile. Favoriser l'invention de structures et de projets intermédiaires, toujours dans le souci de la proximité. 📍

Che Guevara est mort à 39 ans

« De mémoire de rose on n'a vu mourir un jardinier » disait-on autrefois pour illustrer le fait que les roses devaient très vraisemblablement deviser entre elles à propos de l'immortalité prouvée du jardinier et de ses outils. Oui, je croyais, plus ou moins, être immortel.

Pascal Boissel

Psychiatre, psychanalyste

Je me souviens qu'enfant, je me demandais si vraiment mes grands-parents avaient pu un jour être jeunes sans alourdissement de la silhouette et sans flétrissure du visage et du corps, leur vie préhistorique m'intriguait. J'ai tenté de rester assez fidèle à la curiosité et à l'étonnement de mon enfance, même lorsque c'est devenu mon tour d'être biologiquement et irrémédiablement éloigné de ma jeunesse et de mon enfance.

Lorsque la Covid-19 déferla sur la planète, je fus comme beaucoup fort dépourvu. J'annulai alors les rendez-vous de mon cabinet de psychiatre-psychanalyste, afin d'éviter une possible contamination entre patients, ou entre eux et moi. Puis je dus constater que pendant quelques semaines, il y eut très peu de demandes de rendez-vous téléphoniques, ce fut une période d'activités nouvelles mais non professionnelles, une époque de grande incertitude. J'en venais à penser que cela pouvait durer éternellement, ainsi que des roses de mes amies me l'affirmaient.

Je me retrouvais à ne me préoccuper que de quelques proches, de ma maison voire de mon jardin, et peu au-delà. Pendant ces semaines, les messages officiels se firent précis et insistants : au-delà de 65 ans, on était « à risque », « fragiles ». Moi qui avais toujours évité le plus possible de penser à mon âge, cet évitement m'était maintenant rendu impossible par la juste propagande sanitaire officielle. Certes, je n'ai pas encore 65 ans, mais peu d'années m'en séparent. Rétrospectivement, je sais que le nombre croissant de bilans médicaux et paramédicaux et d'opérations pas encore trop graves, auxquels je dois me soumettre, aurait dû me mettre la puce à l'oreille.

En juin, la vie reprit. Des manifestations en défense de l'hôpital public eurent lieu, les foules rassemblées furent en deçà des espoirs que les éloges fourmillant sur les réseaux sociaux et les applaudissements vespéraux adressés aux soignants les trois mois précédents avaient pu faire naître. Puis le « Ségur de la santé » aboutit à une hausse salariale d'un peu plus de la moitié de ce qui était demandé par le Collectif interorganisations et ses alliés, il y eut une prime aux soi-

gnants exténués, mais simultanément, il s'avéra que longue était la liste des personnels ayant soigné des malades du coronavirus qui ne recevraient rien : la récompense se fait selon le caprice du maître, non pas comme un juste dû. La destruction du service public de santé continue comme jamais, le gouvernement continue à briser avec obstination et rouerie les solidarités dans les métiers du soin (comme ailleurs) et nous n'avons pas à ce jour la force de l'en empêcher. Il y eut aussi des manifestations partout en France et dans le monde à la suite de l'assassinat de George Floyd aux États-Unis. Cet homme noir est mort, étouffé sous le genou d'un flic blanc, sa mort fut filmée, publiée, diffusée mondialement. Cette mort en écho de celle du français Adama Traoré (mort en 2016) souleva une vague de révolte dans les quartiers populaires, et pas seulement. Des jeunes gens souvent menés par de jeunes femmes racisées menaient le cours nouveau de l'antiracisme. D'autres fractions de la jeunesse se mobilisèrent pour mettre un coup d'arrêt au dérèglement climatique, Greta Thunberg devint l'icône provisoire de cette adolescence à la révolte calme et déterminée.

Ainsi des jeunes femmes s'affirmaient dans ces deux situations en meneuses et oratrices, probable signe d'un changement d'époque et de registre de la radicalité politique. Bien sûr #MeToo depuis fin 2018 l'avait annoncé et les murs de nos villes continuent à se parer de formules féministes créatives. Mais les aides-soignantes, les aides à domicile et d'autres professions si féminisées, qui furent en première ligne durant la montée de la pandémie, restent méprisées et sous-payées en cette fin 2020.

Pendant le confinement, des appels divers annonçant la possibilité d'un monde plus sobre, plus égalitaire, plus lent et moins hargneux, circulèrent. Des syndicats et des écologistes entreprirent de dire les conditions de possibilité d'un monde autre, au-delà du cri partagé : « Plus jamais ça ! ». L'idée est juste et louable, mais il reste à inventer des formes de sociabilité nouvelle qui permettent que des solidarités expérimentées, dans des ZAD ou par des activistes en soutien des migrants, se répandent et se multiplient dans ce monde

éclaté par les peurs, les méfiances et les rancœurs. Un certain bilan de vie s'imposa à moi. Cette période fut celle de deuils, à bien des égards.

François Sauvagnat, un psychanalyste de l'École de la cause freudienne (ECF), professeur d'Université à Rennes 2, que je rencontrais pour la supervision de ma pratique professionnelle depuis plus de quinze ans, mourut brutalement pendant cette période honnie de confinement, j'en fus très affecté, et je tente depuis de penser en quoi son enseignement continue à m'accompagner.

Je repense à mon passé. La mort de mon grand-père coïncida avec le coup d'État de Pinochet au Chili (1973). Je suis toujours un peu de cet adolescent pour lequel chagrin, colère et envie d'en découdre se lièrent, jusqu'à aujourd'hui encore, alors même que je suis devenu, force m'est d'en convenir, un homme vieillissant et « à risque ».

Dans la tentative de penser le monde pour essayer de le changer, j'ai rencontré durablement les réflexions et actions passées d'Ernesto Che Guevara (1928-1967), du communiste antistalinien Léon Trotsky (1879-1940) ou encore du militant et théoricien révolutionnaire Daniel Bensaïd (1946-2010). Mais la révolution fut d'abord associée à un sentiment d'urgence et aussi à la perspective d'une mort prématurée, puisque la confrontation avec les ennemis pouvait être violente. Vivre au-delà de 30 ans était une hypothèse d'école parmi d'autres, les résistants et les combattants révolutionnaires eurent au vingtième siècle des vies souvent écourtées. Guevara fut assassiné à 39 ans, Trotsky à 61 ans et il était surnommé « le vieux » depuis très longtemps lorsqu'un agent stalinien lui perça le front. Il avait rompu avec le parti qu'il avait dirigé, combattit la politique de ce parti et de cet État dont il avait été un dirigeant de premier plan, dut s'exiler et fut un « prophète désarmé ». Cette dernière période de sa vie me semble exemplaire de courage et d'intelligence. Lorsque l'éthique politique l'exige, il faut savoir rompre, parler à contre-courant de l'ambiance générale et des discours dominants dans telle ou telle contre-culture, je persiste à tenter d'agir selon cette exigence.

Il fallut aussi apprendre la patience. Ce fut pour moi l'apprentissage d'un savoir-vivre et un savoir aider à vivre. J'ai été orienté alors par la pensée de Jacques Lacan (1901-1981), ce psychanalyste français dont la pensée (celle des *Séminaires* comme de ses *Écrits*) est riche et source de créations multiples, avec et au-delà, ce que Jacques-Alain Miller, dirigeant historique de l'ECF, en a dit, déduit, proposé comme pistes à

explorer. Il proposa de distinguer plusieurs périodes dans l'élaboration de Lacan, il inventa la notion de « tout dernier enseignement » correspondant aux dernières années de la vie de Lacan. Selon la lecture que Miller en a faite, Lacan très vieux remit en cause son travail, le mit en perspective d'une façon tout à fait nouvelle et productive. Ce fut pour moi une leçon de vie que d'en être convaincu. Vivre très longtemps ce n'est pas seulement durer, c'est aussi continuer à créer, ou du moins continuer à s'y efforcer.

Longtemps je me suis étonné de ces personnes qui, plus âgées, évoquaient le passé en le nommant : « de mon temps ». Ils se situaient ainsi comme vivants d'un passé révolu et survivants dans une vie qui était devenue le présent habité par d'autres.

Maintenant, je constate que je suis un peu en marge du productivisme acharné, de l'informatique domestiquée en un moyen de contrôle des populations, des modes de vie et des modes que le système capitaliste produit de nos jours. Bref, je ne suis pas « moderne », je ne me sens pas pleinement de ce temps, mais je n'oublie pas que j'éprouvais un sentiment proche en cette époque où le présent me semblait annoncer une société nouvelle.

Ce que le vieillissement a changé, c'est que je sais maintenant que sans les inventions des nouvelles générations contestataires, mes convictions peuvent virer au radotage. Ce temps actuel peut rester « mon temps », mais il me faut une énergie croissante pour y parvenir. Je ne crois pas qu'il existe un jeunisme dans cette société qui exclut par le chômage de masse et de très longue durée, par la misère, le sexisme, le racisme et les xénophobies. Ce sont les jeunes des quartiers populaires qui sont les exclus parmi les exclus, à rebours de l'idée qu'un culte de la jeunesse dominerait le monde. C'est un culte de la performance, de la compétition dans tous les domaines de la vie qui nous domine et ce culte est produit en priorité par de vieux mâles dominants.

Au terme de cette esquisse, je dirais que je suis toujours, tout à la fois un enfant curieux, un adolescent en colère, un adulte sauvé de certaines angoisses et inhibitions par la psychanalyse lacanienne. D'autres qualités et propriétés pourraient concourir à me définir.

Aujourd'hui, je tente de penser à ce que vieillir peut être pour moi : c'est choisir ce qui de mon passé peut mériter d'être transmis, sachant que ce passé se réécrit chaque jour dans mes actes présents ; je tente de ne pas vivre dans mon passé, mais de vivre sans le nier. 

Une vie effacée

L'immigration tardive, surtout lorsqu'elle est traumatique et que les conditions d'accueil ne sont pas à la hauteur des espérances, efface la vie et la met en pointillé, en suspens.

Brigitte Trégouët

Médecin généraliste

M. a 83 ans. Petite et menue, jupe noire, chemisier noir, chaussures plates, collants noirs, fichu sur la tête. On la croirait sortie des années soixante ou d'une publicité pour le Portugal, « le pays où le noir est couleur ». Elle est pourtant venue de Géorgie en France avec son fils, elle avait déjà 78 ans. Il a été régularisé en raison de ses problèmes de santé comme nombre de ses compatriotes, mais pas elle. Elle disait qu'elle était sa tante. Ce mensonge absurde et inutile lui avait sans doute été conseillé par un compatriote sûr de lui, à tort. Maintenant, après le décès du fils, elle reste seule, même si la communauté a tissé des liens avec elle. Quand je l'ai connue, elle habitait au 115. Elle appelait souvent, moi ou le Samu, pour des douleurs thoraciques dont il était difficile de savoir si elles étaient d'origine cardiaque ou liées à l'anxiété. Elle habite toujours au 115, car que faire d'elle, déboutée du droit d'asile mais tolérée sur le territoire, ce qui ne lui donne aucun revenu ? Elle n'a pas de retraite puisqu'elle n'a pas travaillé en France.

F. a 70 ans. Elle est francophone, souriante avec son foulard coloré, noué à la martiniquaise. Elle est venue d'Afrique subsaharienne. Je ne sais pas si elle a un titre de séjour. Elle vit chez sa fille que j'ai connue à ses premiers jours en France, et qui a été régularisée je ne sais comment après de multiples demandes infructueuses. La fille a deux enfants qu'elle élève seule. La fille travaille, la mère (la grand-mère donc) s'occupe de ses petits-enfants. Il n'y a pas d'homme à la maison, mais les petites portent le très rare nom de famille d'un voisin, compatriote, que je soigne aussi. Le sujet de sa paternité est totalement tabou. Je l'ai fâché un jour en lui demandant des nouvelles d'une des enfants. Il n'accompagne jamais les filles en consultation. La grand-mère sourit, semble avoir trouvé sa place ici, très fine dans ses relations avec le personnel soignant.

R. et **K.** sont tchéchènes, ils avaient 55 ans à leur arrivée en France, avec leurs corps et leurs esprits cassés, avec la difficulté d'apprendre la langue et la perte de leurs compétences professionnelles, ils se sont installés dans une vie en pointillé où l'espoir d'être de quelque utilité dans ce monde est parfois bien fragile. Lui était professeur de mathématiques dans un collège, non reconnu réfugié pour une raison incompréhensible, il a l'espoir d'être régularisé à l'usure au bout de huit ans, il est le sage de la communauté. On le

sollicite de toute la France pour toute sorte de soucis : quand un adolescent ou un adulte a commis un délit, ou pour un problème conjugal, sa dignité force le respect, il n'a aucun revenu. Un de leur compatriote, **S.**, est venu avec sa sœur, il était ingénieur agronome, et danseur de très bon niveau lorsqu'il était à l'université. Il a dansé pour nous un jour à Migrant scène, le festival de la Cimade¹. Époustouflant. Style Bolchoï. Il est venu en France avec sa sœur, mais sans sa femme ni ses enfants, restés en Tchétchénie sous les décombres de leur maison bombardée. Jamais il n'a pu s'en relever. Au revenu de solidarité active (RSA) encore pour l'instant, il aura un jour le minimum vieillesse. Il y a **P.** aussi, du même village, un peu mécanicien mais surtout carrossier. Régularisé comme conjoint de réfugiée. Il n'arrivait pas à raconter son récit. Cela déclenchait des crises d'angoisse insurmontables. Elle était arrivée quelques mois avant lui et avait obtenu le précieux sésame. Il trouve sa place grâce aux multiples services bénévoles qu'il rend par sa compétence et son ingéniosité.

Quant à **E.** et **I.**, ils sont arméniens. Ils sont venus tous les deux avec leur fille de 40 ans, mourante, espérant qu'elle serait sauvée par la médecine française, ce qui a été le cas. Ils ont vécu dans une caravane, installée par des bénévoles, sur un parking inutilisé, mais du coup sans eau ni électricité, ils allaient aux toilettes dans le hall de l'hôpital tout proche, puis dans un squat, alors que la fille, du fait de son état de santé, était logée en foyer. La fille a eu des papiers, pas eux. Ils ont eu une Obligation de quitter le territoire français (OQTF), ils ont longtemps dormi dans deux lieux séparés, espérant qu'une éventuelle arrestation de l'un au petit matin, ne serait pas suivie d'expulsion si la police ne trouvait pas l'autre. Rien n'était moins sûr, mais la police n'est pas venue les chercher. Il travaille bénévolement depuis huit ans dans une association caritative, et malgré son état de santé marqué par des séquelles de guerre Azérie-Arménienne à l'époque de son service militaire, il y trouve son insertion. Ils espèrent, eux aussi, avoir un titre de séjour du fait de l'ancienneté de leur résidence en France. Ils n'ont aucun revenu. La fille les loge et les nourrit.

On pourrait continuer de dépeindre tous ces visages, chacun dans sa singularité. Qu'ont-ils en commun cependant ?

L'exil traumatique des seniors est très peu médiatisé. C'est un point aveugle des différentes études et des politiques publiques sur l'immigration. Pourtant cette émigration tardive a bien des aspects spécifiques.

En tout premier lieu, la grande difficulté d'apprentissage de la langue, qui complique considérablement le tissage de liens de proximité ou d'amitié avec les habitants du pays d'accueil. On le sait, on le constate, l'apprentissage de la langue se fait en quelques mois lorsque les enfants arrivent en primaire à l'école française. Cet apprentissage est déjà un peu plus long, et un peu plus dépendant du niveau d'aisance intellectuelle, lorsque les jeunes arrivent à l'âge du lycée. Plus l'âge augmente, plus la proportion de migrants arrivant à une pratique aisée de la langue est faible, même avec un bon niveau scolaire de départ. La violence subie dans le pays d'origine est une entrave supplémentaire à l'apprentissage de la langue.

En second lieu, la régression sociale est quasiment constante dans la migration traumatique et prend ici une dimension d'absolu. Celui qui était entraîneur de l'équipe de lutte pour les Jeux olympiques s'est retrouvé manœuvre dans un abattoir de volailles parce qu'il a migré à 40 ans, mais le professeur de mathématiques qui a migré à 55 ans et qui a dû attendre plusieurs années pour avoir un titre de séjour, est maintenant trop vieux pour supporter un travail aussi dur, qui abîme les articulations des mains, des coudes et des épaules, ces fameux troubles musculo-squelettiques (TMS), qui sont reconnus en maladie professionnelle.

Troisièmement, la santé physique et mentale est souvent gravement altérée chez ces arrivants tardifs. Avoir passé des mois dans les caves de Grozny, sous les bombardements russes, ou dans des appartements aux vitres cassées pendant l'hiver caucasien, abîme les corps. Les femmes tchéchènes sont notamment très marquées et leur âge physiologique est supérieur à celui d'une femme française du même âge ayant toujours vécu dans des conditions matérielles minimales. L'âge physiologique ou âge fonctionnel ou âge biologique reflète l'état physiologique ou fonctionnel exact de l'individu. En clair, ces femmes paraissent plus vieilles que leur âge via leurs corps fatigués. Là aussi, nous manquons d'études. Cette situation est donc à l'inverse de celle des jeunes migrants qui sont

plutôt en meilleure santé que les natifs, car ce sont les plus solides qui partent, parfois envoyés et choisis par leur communauté en raison de leur pugnacité. Si l'Ined et l'Insee² fournissent de grandes données sur l'espérance de vie et la mortalité en France en fonction du sexe et du statut social, sur le tabagisme des travailleurs immigrés, etc., si Cairn³ et autres publient des articles sur le vieillissement des travailleurs migrants en foyer, la qualité de vie et l'espérance de vie après un exil tardif sont peu étudiées.

Il peut y avoir également une inversion de la structure familiale. Alors qu'ils étaient le père protecteur ou la mère nourricière, animateurs de la maison familiale, porteurs et transmetteurs des valeurs et de la culture, ils se retrouvent à la traîne de leurs enfants, handicapés par leurs incapacités multiples. Cela peut être vécu comme une humiliation supplémentaire. Leur vie en pointillé et invisible s'illumine lorsque parfois des petits-enfants viennent chercher auprès d'eux leur affection, leur mémoire, leurs services, mais même là il leur manque une vie qui leur soit propre. Quand la dépendance du grand âge survient, il est le plus souvent impensable culturellement et inabordable financièrement de rentrer dans une structure d'accueil de type Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), à moins d'être totalement seul au monde et de dépendre alors de l'aide sociale⁴. Ce vieillissement en famille n'est pas si simple, quand des conflits antérieurs entre parents et enfants restent présents et douloureux, et est physiquement éprouvant pour les aidants.

Enfin, la mort en exil pose la question du lieu de sépulture. Les corps sont souvent rapatriés vers la terre natale. Les familles créent alors des rituels de deuil adaptés à la situation d'exil, avec notamment pour les musulmans l'impossibilité dans ce cas d'enterrer le corps dans les 24 heures. L'inhumation dans le pays d'origine est l'ultime effacement de leur vie en France. 

- 1 Comité intermouvements auprès des évacués.
- 2 Respectivement Institut national d'études démographiques et Institut national de la statistique et des études économiques.
- 3 Cairn.info : revues et ouvrages en sciences humaines et sociales.
- 4 Centre communal d'action sociale ou Département.

Mort sociale et disparition des étoiles

La déprivation sociale est mortelle parfois, psychiquement nocive toujours. Internet fournit les moyens de la contrecarrer en ce temps de confinement. Or pour son perfectionnement, il exige un enfermement d'une autre nature à la logique délétère. La menace dicte ce que devrait être notre résistance.

Texte rédigé en mai 2020.

Marie-Jean Sauret

Psychanalyste

Du social au temps du numérique

Dans certaines sociétés « premières », l'individu qui avait transgressé un tabou était considéré comme mort et parlé comme un défunt, même en sa présence. Bien ou mal traité, il ne tardait pas à mourir d'ostracisme¹. La déprivation sociale « aidait » le sujet à mettre son organisme à l'unisson de la mort culturellement imposée. Le rejet par un collectif, surtout doublé d'isolement social, est susceptible d'effet négatif. Cet isolement n'est réservé ni aux sociétés « primitives », ni aux temps de confinement. Des facteurs sociaux, psychologiques et physiques en ont fait une source de souffrances et une cause majeure de mortalité. Le Conseil économique social et environnemental chiffre en 2017 à 5,5 millions de personnes le nombre de Français (un sur dix) souffrant d'isolement social.

L'impact délétère du confinement sur le social serait-il sous-estimé ? Le constat est pourtant déjà lugubre : des dépressions, détresses psychologiques (notamment des sportifs), violences conjugales, maltraitance des enfants, syndromes de glissement dans les établissements pour personnes âgées (Ehpad) et à la maison, ruminations et autres comportements obsessionnels, voire déclenchements psychotiques, pensées et actes suicidaires... Est-il compensé par les conséquences positives telles qu'allongement du sommeil réparateur, régulation du poids, place pour vie familiale et amour, temps disponible pour la lecture et l'écriture, travail à la maison (bien vécu seulement par certains), et *déculpabilisation* du temps passé à regarder ce qui se déverse à travers le monde sur nos écrans branchés sur Internet ? Quotidiennement, ce sont des dizaines et des dizaines de messages : articles sur la pandémie, critiques politiques, analyses sociétales, vidéo d'artistes solidaires, montages humoristiques d'images légendées ou de pitreries diverses – outre les habituelles séries, films – qui nous font presque oublier ce qui surnage de *fake news*. Sans parler de la possibilité, apparemment largement saisie, d'appeler amis et parents éloignés au téléphone, renouant des liens parfois anciens.

La veille de la pandémie, ignorant le temps passé devant nos ordinateurs ou pendu à nos mobiles, nous reprochions encore à nos enfants leur addiction aux écrans. Nous bénissons aujourd'hui ces mêmes écrans qui nous valent, outre des moments de calme à la maison, de ne pas être coupés de nos semblables, de poursuivre nos activités professionnelles, de soutenir autant que possible la scolarité, et de visionner plus que de coutume films ou séries. Le numérique vérifie sa face Janus. Ces technologies (téléphones portables, Internet) conduisent ici à l'isolement social, et là compensent l'absence de relations chez ceux qui sont plus ou moins socialement isolés. Les uns, tel Michel Desmurget, accusent les nouvelles technologies de cultiver la pente au dit isolement, d'affaiblir les liens sociaux forts (d'affecter le développement de l'intelligence des enfants). Tandis que d'autres affirment le contraire, ou au moins considèrent le numérique comme socialement inactif – et capable de développer des compétences nouvelles –, ce qu'affirme Serge Tisseron. Des chercheurs distinguent ainsi les personnes qui sont « incarcérées » dans la logique néolibérale par le recours au numérique, et celles qui se sortent de cette logique par un artisanat numérique (les *makers* dont parlent Isabelle Berrebi-Hoffmann, Michel Lallement et Marie-Christine Bureau). Sans trancher par la parabole du clou (la meilleure invention comme outil, la pire comme arme), il me semble *qu'une autre détermination oriente la relation du sujet au numérique*.

L'envoûtement autistique du monde

Profitons du répit confiné pour prendre de la hauteur et pour un détour buissonnier. Là-haut, dans le ciel, Starlink SpaceX, la société d'Elon Musk, lance un chapelet de satellites déjà visibles, officiellement dans le but d'améliorer la couverture Internet de pays dont l'accès au Web est le plus limité. Il servira aussi au passage à de très grandes vitesses et à de nouvelles dimensions, sans parler du risque d'application à la surveillance et à tout ce que ce dispositif permettra à

l'échelle de la planète. À terme, douze mille satellites seront opérationnels en orbite basse contre deux mille en activité aujourd'hui. Si l'on a à l'esprit que les propriétaires des machines, des algorithmes, des tuyaux de communication, des lieux de stockage de l'information, font fortune avec nos données personnelles piratées « à l'insu de notre plein gré », il y a fort à parier que d'autres acteurs, États ou privés, vont entrer dans la danse. Ils construiront un véritable treillis de points lumineux autour de la terre, tel que Dean Devlin l'avait imaginé dans son film *Geostorm* (2017).

Si le film évoque les conséquences dramatiques d'un dérèglement ou d'un piratage, il y a une catastrophe déjà là. Celui qui est fixé sur l'univers que lui ouvre un écran et qui s'y engouffre perd de vue tout ce qui existe autour de lui : il suffisait (avant la pandémie) de marcher sur un trottoir pour être bousculé sans arrêt par des personnes branchées sur leurs appareils sans même un mot d'excuse ; au moins la « distanciation physique » nous protège de cela. Pour la « distanciation sociale », c'était déjà là malgré les « contacts ».

Peut-être avons-nous été préparés au renfermement actuel... et à ce qui se construit dans le ciel : ce chapelet de points lumineux, auxquels nous finirons par nous habituer (on ne voit plus les illuminations de nos villes), masque l'éclat des étoiles qui sont derrière (remarque d'Olivier Las Vergnas, astronome). Seuls d'autres satellites, des astronautes et les astronomes auront – grâce au numérique ! – les moyens d'y aller voir : fin de l'expérience commune d'un regard naturel pour saisir ces éclats nocturnes.

Nous allons être privés de la voûte étoilée, de la Voie lactée, des constellations dans lesquelles Grecs et Romains ont écrit les grandes figures de leurs panthéons, racines de nos grands récits. Une prison de lumière nous coupe de l'univers. La terre devient autiste, et le branchement de chacun avec chacun sera perfectionné, offrant à la biopolitique des moyens considérablement plus puissants que ceux dont nos gouvernants font preuve pour gérer la situation actuelle : un traçage intégral et universel. Certains autistes savent étayer le langage au moyen d'une machine, pour le meilleur. Nos sociétés, elles, installent un Dieu de synthèse mais, cette fois, faisant du pire un possible.

Il n'est pas exclu que la fuite de toute « vie intérieure » dans la profondeur de nos écrans nous mérite ce retour de l'intériorité dans un réel enveloppant : nous voilà non pas faits comme des rats, mais faits rats ou taupes « tracés » !

La dictature sanitaire

La crise du coronavirus ne concerne pas le seul domaine de la santé. Elle révèle le crime de la marchandisation néolibérale de l'hôpital, de la recherche, de l'École, de l'Université, de tous les services publics,

et, surtout de la politique. Elle rend manifeste que le calcul économique passe avant toute autre considération malgré les démentis : la solidarité pour les entreprises se fera au détriment des salariés, l'ouverture des écoles au mépris de la contamination, et si l'on a changé d'avis sur le maintien du confinement des seniors, c'est parce qu'il aurait fallu se passer de nombre de maires, de députés, de sénateurs, et surtout de dirigeants de très grosses entreprises et de très grands groupes financiers qui ont tous l'âge canonique. Il n'est pas impossible d'ailleurs que l'on puisse se passer des cadres politiques : la situation d'urgence, l'état d'exception, peuvent s'inscrire dans la loi, et rendre les élus inutiles – un despote et sa police suffisent. C'est plus difficile avec les bénéficiaires du système capitaliste qui continuent leurs affaires durant la pandémie : ils boursicotent, spéculent sur les médicaments et les produits de première nécessité, versent ou touchent des dividendes (y compris aux actionnaires du plus gros gestionnaire d'Ehpad)... Dans tous les cas, servis par les pouvoirs néolibéraux, ils nous auront préparés à nous remettre au travail d'arrache-pied pour rattraper le temps perdu, quitte à « ajuster » le Code du travail, et inviter à apaiser les souffrances des frustrations de l'enfermement par une surconsommation... Dans le même temps, les États refusent d'aider les plus pauvres d'entre eux, ferment le verrou de l'immigration (que l'on rouvre pour les secteurs en manque de main-d'œuvre), etc. La raison politique l'emporte au point que Trump a resserré le blocus contre Cuba, l'accusant de tirer profit de l'aide médicale apportée par l'île à quarante pays dont les Antilles françaises. La faillite de la solidarité, voulue, consentie par impuissance, ou subie massacre le lien social.

Le lien social n'est pas constitué par la possibilité de contacts humains si l'on entend par là la masse ou la foule. Le terme de « distanciation sociale » est dû à l'anthropologue Edward Twitchell Hall (*La Dimension cachée*), spécialiste de la perception culturelle de l'espace. Il développe le concept de « proxémie », incluant la dimension subjective qui va plus loin que les frontières corporelles, et la distance physique que la culture impose spontanément entre les individus, selon quatre modalités : intime, personnelle, sociale, publique. Reprendre l'expression pour désigner une mesure d'hygiène la sort de la culture et la transforme en instrument du biopouvoir. Seule la biopolitique confond les sujets avec leurs organismes : confusion qui est celle de nos gouvernants quand ils appellent « distance sociale » ce qui est « distance physique ».

Une atteinte à l'être de filiation et à l'ordre des générations

Le lien social n'est pas non plus réseau de communications, même s'il n'y a pas de lien social sans communication : parce que la parole ne se réduit pas à la communication, à l'information, aux techniques

et images. Au tout début de l'aventure spatiale, à l'époque où les satellites perdaient le lien avec leur base quand ils se trouvaient dans la face opposée de la Terre, les astronautes ont pu témoigner de leur expérience de la rupture très angoissante du lien de parole avec elle. Le lien social résulte du partage d'un habitat langagier tel qu'il nous fournisse les moyens de parler. L'humain est un être social : le langage lui vient des générations qui le précèdent, la parole implique un interlocuteur, et langage et parole structurent demande, offre, soin, etc. Être humain suppose que l'on se parle – y compris entre générations – et d'accueillir celle d'après.

Le langage porte les structures de la parenté, soit l'ordre des générations qui soutient notre être de filiation et nous confère le minimum « sûr » de la réponse à la question de ce que nous sommes chacun : fille ou fils de X et Y. Cela est dangereusement mis à mal, non par la mort des plus vieux qui, elle, s'inscrit dans la logique du vivant, mais par leur mépris : leur condamnation au plus fort de la pandémie. Qui dira l'impact de l'eugénisme affiché en cas de dilemme avec des malades plus jeunes (faute de moyens), l'abandon des Ehpad longtemps sans gel, masques, blouses et, du coup, le confinement des personnes dans leur chambre, et jusqu'au flux d'informations sur les écrans annonçant tour à tour l'abandon des Ehpad et le nombre de morts alors à venir sans égard pour les téléspectateurs qui s'y trouvent ? Il n'est pas sûr que les syndromes de glissements qui y naissent soient réversibles à la sortie. L'allusion présidentielle à l'inutilité publique des seniors suivie du renoncement à leur imposer le confinement pour des raisons économiques et politiques méprise leur fonction sociale et peaufine le tableau. Sans parler de ceux qui meurent isolés parce qu'ils sont déjà isolés de tous, l'absence de manifestation publique de compassion et de cérémonial de deuil touche à la dignité élémentaire (il aurait suffi d'une minute de silence quotidienne au milieu des applaudissements aux soignants, lesquels auraient pu être élargis à tous les travailleurs qui œuvrent au sauvetage des malades et à la régulation de la vie sociale, éboueurs, caissières, policiers, pompiers...).

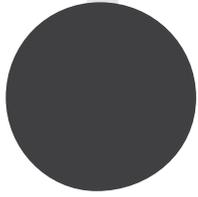
Cette attaque contre l'ordre des générations ne date pas de la pandémie, si celle-ci la rend, là encore, manifeste. Inutile d'insister sur l'habitat moderne qui, interdisant la cohabitation de plusieurs générations sous le même toit, favorise l'essor d'une industrie de la prise en charge : la dépendance comme marchandise. Le recul de l'âge de la retraite et sa transformation en système à points en soumettront plus d'un à la pauvreté tandis qu'elle enrichira les fonds de pension. La retraite est dénoncée comme oisiveté et le retraité pauvre, qui ne peut consommer, est targué de manque de civisme. Qu'il ait travaillé et contribué à la vie collective ne pèsera jamais rien au regard de l'intérêt économique. On nous ressortira le coût du travail. Mais le travail n'a pas de coût : il est ce qui permet de produire des richesses, de la solidarité, s'il est au service du lien social. Il n'est pas sûr que « l'Apocalypse virale » (Luc Périno) soit au rendez-vous. Sa menace pèse moins que celle d'une mort sociale par délitement du lien.

Tant qu'il y aura des étoiles dans les yeux

La bataille est rude pour la restauration d'un lien social viable pour tous : elle implique le soin des générations. Puissent nos enfants voir encore des étoiles dans les yeux de leurs grands-parents. Un autre monde serait encore possible. 

1 Dans la Grèce ancienne, l'ostracisme visait à purifier la société en choisissant anonymement un *pharmakon*, un homme des bas-fonds, mis à mort, mais à d'autres époques celui qui, s'élevant au-dessus de la communauté, menaçait le fonctionnement des hommes ordinaires, était exilé (J.-P. Vernant et P. Vidal-Naquet, *Mythe et tragédie en Grèce ancienne*, Paris, La Découverte, 1972). Le terme a fini par désigner le rejet social et être repris dans d'autres champs disciplinaires (cf. Robert Deliège, « Chapitre 3 : L'efficacité symbolique », *Introduction à l'anthropologie structurale, Lévi-Strauss aujourd'hui*, Paris, Seuil, Point, 2001, et Claude Lévi-Strauss, « Chapitre X : L'efficacité symbolique », *Anthropologie structurale*, Paris, Plon, juillet 1958).

Prati



Z

os

R

e

L'exception ne fait pas la règle

Un hypnotique hors AMM pour une deuxième jeunesse ? Ceci est l'histoire clinique singulière¹ d'un suivi médical épique² qui m'a conduit à accompagner une patiente depuis plus de 30 ans.

Georges Yoram Federmann
Psychiatre

C. est née en 53.

Elle a été visiteuse médicale. Elle est célibataire sans enfant, mais a avorté une fois à l'âge de 30 ans. Les réminiscences traumatiques de cette décision la rattrapent souvent et elle en a toujours voulu à son partenaire de ne pas l'avoir soutenue.

Elle a vécu avec un praticien réputé de médecine chinoise, puis un artiste peintre.

Elle s'est toujours montrée insatisfaite et revendicatrice sur le mode hystérique, avec une pointe d'humour irrésistible, mais aussi avec la capacité de dénigrer et d'annuler les travaux en construction.

Elle n'a jamais totalement sombré dans la paranoïa. Elle a toujours été pauvre vivant des minima sociaux ou de l'Allocation adulte handicapé (AAH), passant par la désignation de curateurs épisodiquement... qu'elle vilipende.

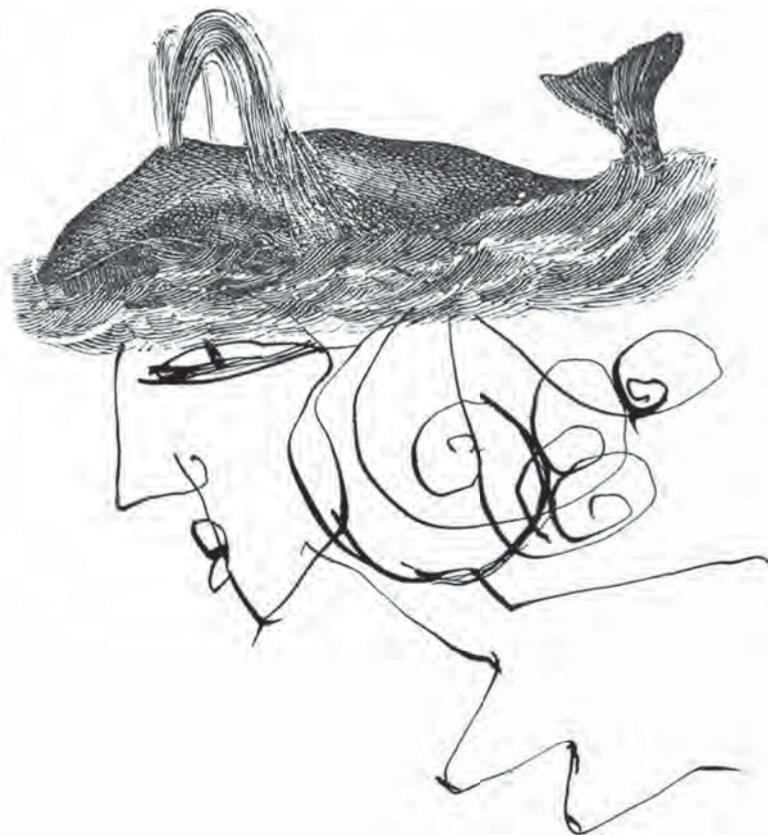
Pour accéder à la culture, elle affirmait voler des livres qu'elle me confiait ensuite après les avoir dévorés : c'est à elle que je dois d'avoir découvert Jonathan Littell ou Sandor Marai, notamment.

Je ne suis pas demeuré en reste (non pas au niveau des « vols », mais en échanges de bons procédés et elle a puisé régulièrement dans la bibliothèque de mon cabinet en libre accès pour mes patients).

C'est une patiente curieuse et vivante très souvent, mais ces élans alternent avec des moments de découragement profond avec alcoolisation massive, qui ont pu mettre sa vie en jeu par risque de chute ou de crise d'épilepsie.

Sa mère est morte très âgée à plus de 90 ans et son père, plus jeune, à un peu plus de 50, des suites d'une alcoolisation chronique.

Quand je l'ai connue, elle était dépendante des dérivés



de la morphine et de l'alcool. Je me souviens que je n'en menais pas large et me disais que cette patiente instable et ingérable allait me glisser entre les doigts et que je ne pourrais peut-être pas éviter le suicide ou la contamination par le VIH ou les hépatites.

Mais j'étais prêt à me battre et à en découdre avec le malheur et la douleur morale.

Et puis, insensiblement, au fil des années, longues comme « des jours sans pain », se sont instaurés une confiance réciproque et le partage d'un élan vital que j'ai pu tenter de lui insuffler et qu'elle a, somme toute, plutôt bien accueilli.

Tout cela s'est soldé par l'arrêt progressif des morphiniques pour passer à la prise compensatoire de Stilnox® dont il m'est arrivé de prescrire jusqu'à vingt-huit comprimés par jour. Aujourd'hui, nous sommes stabilisés à quatorze comprimés par jour depuis au moins sept ans.

Je m'en suis ouvert à différentes instances et ai mis un point de précaution à ne jamais l'accompagner seul ; toujours en cothérapie soit avec un autre psychiatre se chargeant de la psychothérapie, soit avec une institution spécialisée dans la prise en charge de toxicomanes ou un service hospitalier spécialisé.

Jamais personne n'a accepté de reprendre ni de soutenir pareilles posologies jusqu'à aujourd'hui où j'ai trouvé un généraliste expérimenté prêt à prendre le relais en cas de départ définitif à la retraite (j'ai 66 ans).

Moi-même, avec le recul, je dois reconnaître que je n'en reviens pas du chemin et du travail accomplis, mais aujourd'hui je suis persuadé que le Stilnox® a sauvé la vie de cette patiente et lui permet de vieillir en lucidité et en conscience douloureuses.

Privée de carte bleue, elle m'a demandé de l'abonner à Netflix au moment du confinement pour s'extraire d'une solitude invalidante ainsi qu'à Meetic pour favoriser les rencontres.

Avec l'engagement de me rembourser via le curateur, dans un deuxième temps.

Le virement à Meetic apparaissant sur mon relevé bancaire, il a fallu à mon épouse une bonne dose de confiance pour admettre que ce geste relevait de l'art de soigner.

C. a participé aussi au documentaire tourné dans mon cabinet : *Le Divan du Monde*. J'aime à partager une des lettres adressées à la CPAM pour « soutenir » cette prise en charge extraordinaire :

*Strasbourg, en 2014
Au Docteur L.*

Cher confrère,

Je vous remercie pour votre lettre du 22 mai concernant Mme C. âgée de 62 ans, par laquelle vous signalez la prise de 184 boîtes de Stilnox® entre le 5 novembre 2013 et le 5 mai 2014.

C'est une patiente pour laquelle je suis toujours, et à tout prix, resté étroitement en contact avec le service médical de la caisse et dont vous savez qu'elle mène un combat héroïque contre les effets d'une dépendance à laquelle elle est aliénée depuis toujours et contre les effets de laquelle elle a toujours lutté avec la plus forte détermination.

Je me félicite qu'elle soit toujours vivante.

Sa vie est en jeu régulièrement et nous sommes passés, comme vous le savez, d'une dépendance de produits extrêmement nocifs (morphiniques, alcool...) à la dépendance au Stilnox®, qui ne constitue pas une véritable victoire, mais un compromis satisfaisant qui a surtout eu pour effet de favoriser le maintien en vie de C.

Je me suis toujours attaché à avoir les conseils du Dr X de l'association ITHAQUE et du Dr Y de l'EPSAN à Brumath (tous les deux psychiatres) afin de ne pas mener tout seul cette prise en charge au-delà de mes seules forces.

Et nous tentons tous ensemble de continuer à encourager Mme C. à trouver des raisons de survivre.

Elle a tenté à plusieurs reprises de réduire les posologies sans succès durable, hélas.

Nous avons tous échoué à ses côtés, les Drs X, Y et moi-même.

Elle a fait aussi régulièrement des tentatives de suicide.

Elle est à votre disposition pour faire le point médico-administratif avec vous dans un contexte personnel douloureux puisqu'elle vient de divorcer, se retrouve encore plus isolée et dans une situation de précarité sociale, à tel point qu'elle envisage de demander à être remise sous curatelle, à nouveau.

Le pronostic est réservé.

1 Qui attire l'attention par son caractère étonnant, étrange, curieux.

2 Propre à l'épopée : un poème épique. Familier et ironique. Méorable par son caractère pittoresque, extraordinaire : une discussion épique.

Rendez-vous avec Kafka...

Petites remarques liminaires, je suis familière du système hospitalier pour y avoir longuement œuvré et l'hôpital, dont je tairai le nom, est celui que j'ai plébiscité pour la qualité de son accueil et des soins qui y sont prodigués... Reste qu'il se mérite et qu'il faut déjà arriver à y entrer...

■ Anne Perraut Soliveres

Cadre supérieur infirmier, praticien-chercheur

JE rencontre le chirurgien qui me prescrit deux infiltrations écho-guidées de doigts à ressaut très douloureux et me donne le nom d'un médecin qui va me « faire ça très bien ». Il me prescrit également un électromyogramme des membres supérieurs sans me préciser où cela se pratique et je ne pense pas à le lui demander. Il écrit mon ordonnance pour le produit des infiltrations et je repars avec le souvenir confus que le médecin dont il m'a parlé porte un nom double d'alpiniste. Quand je consulte l'ordonnance pour l'infiltration, je constate qu'elle n'est pas adressée. Arrivée chez moi (j'habite à 260 km de l'hôpital dans un « désert médical »), je cherche sur Internet pour retrouver le nom du médecin évoqué et j'appelle le numéro des consultations pour prendre rendez-vous avec lui. J'annonce qu'il s'agit d'une infiltration et suis dirigée vers la rhumatologie où est censée se dérouler la chose. Après avoir attendu une douzaine de minutes en compagnie du message en boucle indiquant un certain nombre d'informations qui ne m'intéressent pas, je tombe sur quelqu'un qui décroche et me dit, avant que je puisse prononcer un mot : « Merci de patienter »... Là, j'attends exactement 39 minutes dans un silence qui me fait douter d'être encore en ligne (j'en viendrais presque à préférer les infos en boucle...), jusqu'au dé clic espéré qui met fin à mon attente ! Sauf que cela a raccroché... Exaspérée, je rappelle et tombe sur un nouveau message me demandant de rappeler ultérieurement, tous les opérateurs étant en ligne... Après plusieurs appels infructueux, l'heure de fermeture des bureaux ayant sonné, je me résigne à attendre le lendemain.

Lorsque je rappelle, une personne décroche pour me demander de rappeler un autre jour, la secrétaire du service n'étant pas là. Je m'insurge demandant qu'elle me rappelle, tout en me plaignant de la difficulté à joindre le service (évidemment, elle le sait déjà...). En attendant, j'appelle le secrétariat du chirurgien pour demander s'il y a une autre manière de procéder pour prendre ce fameux rendez-vous et l'on me dit que je dois contacter l'imagerie, ce que je fais immédiatement. Je tombe sur une personne qui m'explique

que je dois d'abord leur envoyer mon ordonnance par courriel et qu'ils me recontacteront. Juste après, j'appelle le numéro dédié aux consultations pour l'électromyogramme et m'entends répondre que je ne suis pas au bon numéro, cet examen ayant lieu en neurologie. Là aussi, je dois transmettre mon ordonnance et j'explique que j'aimerais bien coupler les deux rendez-vous à l'hôpital, mais on me répond que c'est trop compliqué, les services étant totalement séparés... J'obtiens rapidement ce rendez-vous qui m'est proposé par courriel. Trois jours plus tard, je reçois un appel de la secrétaire de rhumatologie que j'avais complètement oubliée, qui s'étonne que j'aie déjà un rendez-vous pour l'infiltration, en imagerie... Je lui fais part de ma surprise (et aussi de mon insatisfaction de ma longue et vaine attente téléphonique passée), mais je note quand même le rendez-vous qu'elle me signale, pensant que j'allais être contactée... Près d'un mois plus tard, je rappelle le service pour m'inquiéter de n'avoir aucune confirmation de ce rendez-vous et l'on me dit qu'on m'a envoyé un courrier (que je n'ai jamais reçu). Je m'en étonne d'autant plus que d'habitude, ils me rappellent plusieurs fois la date et l'heure du rendez-vous par texto. La personne confirme effectivement l'heure et m'envoie dans la foulée, par courriel, une ordonnance du produit déjà prescrit par le chirurgien avec un anesthésique en plus.

Le jour dit, je me présente dans le service et l'infirmière me signale que je n'aurai qu'une seule infiltration, car on ne fait jamais les deux mains en même temps, ce dont personne ne m'avait prévenue. Bien sûr, la jeune femme médecin qui pratique l'infiltration n'est pas l'homme au nom d'alpiniste que m'avait indiqué le chirurgien. À l'issue de l'intervention, qui se passe au mieux, je signale à l'infirmière que je souhaite prendre immédiatement rendez-vous pour l'autre main vu mon expérience passée. Elle me dit de l'attendre et qu'elle va voir. Je reste dans la cabine un certain temps jusqu'à ce qu'elle arrive avec une nouvelle patiente et s'étonne que je sois encore là... Je lui rappelle qu'elle m'a dit de l'attendre et elle me

demande de retourner dans la salle d'attente si bien nommée et qu'elle s'occupe de moi. J'attends encore une dizaine de minutes, la voyant aller et venir jusqu'à ce que je lui demande si elle m'a oubliée. Elle me répond qu'elle n'a pas pu me donner de rendez-vous, qu'elle doit voir ça avec sa supérieure hiérarchique et qu'elle me rappellera le lundi matin. Je repars donc bredouille et attends en vain le lundi, puis le mardi et me décide à rappeler le service dédié. Là, je tombe sur une personne qui m'informe que les rendez-vous sont bloqués et que je suis invitée à rappeler dans un mois. Je m'énerve un peu, m'étonnant de ce délai et insistant pour avoir une date. Elle me répète en boucle que les rendez-vous sont bloqués, ce que je ne comprends pas. Pour en finir avec ce dialogue de sourds, elle me dit qu'elle ne fait pas partie de l'hôpital et qu'elle donne seulement les rendez-vous et me transfère, à ma demande, au service d'imagerie où une personne m'explique que comme nous sommes en août, les médecins habilités à effectuer ces interventions sont en vacances... Si je trouve cette explication tout à fait convaincante, elle ne devrait pas pour autant m'empêcher d'obtenir une date de rendez-vous ultérieure. La personne m'explique qu'ils ont la consigne de ne donner aucun rendez-vous à plus de trois semaines, donc ne sont pas censés donner de rendez-vous au mois d'août... Je lui fais part de ma stupéfaction devant un tel fonctionnement et elle se résigne à me donner une date, me prévenant qu'elle risque d'être annulée... Je prends la date, sous réserves, et me rends compte à quel point ces attermoissements m'ont épuisée... Je prends conscience que j'ai beaucoup de chance de connaître un peu le système hospitalier et d'être en capacité de me débrouiller avec, mais je me demande comment font ceux pour qui l'informatique et les standards déconnectés des services sont autant de limites à l'accès aux traitements et aux soins. Je me rappelle d'ailleurs qu'à chacune de mes deux dernières consultations, une personne s'est présentée croyant, à tort, avoir rendez-vous ce jour-là, ce qui m'apparaît tout à fait symptomatique de la difficulté à cheminer dans des systèmes conçus pour rationaliser le fonctionnement de la structure et sa rentabilité en oubliant les besoins des personnes. Pour ajouter une touche d'humour, le lundi matin, précédant mon rendez-vous du mercredi, une personne m'appelle pour me demander si je pouvais venir le jour même... Je réponds que non et m'inquiète du maintien de mon rendez-vous prévu... Il l'est.

À mon arrivée à l'hôpital, je m'enregistre comme la fois précédente sur une borne dans le hall d'entrée et reçois un ticket qui m'invite à me rendre directement en salle d'attente. Peu confiante, je montre mon ticket à une des personnes chargées de l'accueil qui valide la procédure. Je suis très en avance donc j'attends patiemment l'heure dite. Un groupe de soignantes passe à côté de moi sans un regard, il n'y a personne d'autre, et entre dans le bureau du service où je suis attendue à 14 heures. Je vois un médecin venir et repartir, ce qu'il fera plusieurs fois sans que personne d'autre ne sorte du bureau où j'entends des éclats de voix. Après 25 minutes d'attente (plus les 20 minutes avant l'heure), je me lève et vais frapper au bureau pour demander pourquoi on ne m'appelle pas. Les infirmières s'étonnent et me disent que je ne suis pas enregistrée... Je ne suis peut-être pas inscrite sur leur logiciel, mais je suis là en chair et en os depuis 45 minutes et personne ne m'a jeté un regard, même quand le médecin s'est présenté à plusieurs reprises. L'une d'elles m'accompagne alors à l'un des guichets (je n'ai évidemment pas de ticket) qui accepte de me prendre avant d'autres personnes qui, elles, ont un ticket... La secrétaire commence l'enregistrement et me dit : « Mais vous êtes déjà enregistrée... » ce que confirme sa voisine, celle qui m'avait dit que je devais aller directement en salle d'attente... Les deux se lamentent à propos des procédures qui changent tous les jours. Je finis par être prise en charge par le médecin qui, contrairement à la personne ayant effectué ma première infiltration, me fait très mal... Tout ça pour ça...

Certes, la Covid a changé la donne, d'abord en gelant un certain nombre de consultations et de soins « non urgents », puis en accélérant la dématérialisation des prises de rendez-vous... Pour autant, si je maintiens globalement ma satisfaction des soins et de l'attitude des soignants, une fois dépassée la déshumanisation des moyens d'accès, je constate tout de même qu'ils semblent s'en accommoder sans trop d'états d'âme, comme s'ils ne mesuraient pas les difficultés des personnes d'être d'abord triées par des machines sans âme, elles. Or, soigner, c'est avant tout prendre soin de la personne et l'aider dans les démarches qui vont avec, mais qui ne vont pas de soi.

Cela donne une idée des effets à terme de l'instauration de consultations virtuelles qui pourraient bien devenir la seule alternative pour certains patients face au refus des médecins de s'installer dans certaines zones... P



NOTE DE LECTURE

Georges Y. Federmann, entretiens, « *Le Serment de Yoram* » médecin des exilés.

Il s'agit d'une plaquette totalement strasbourgeoise, publiée par Origine, coll. « Prophète en son pays », 2020.

Présenté par ses amis, Georges Y. Federmann explique sa pratique de psychiatre « gymnopédiste » en exercice libéral, consacré aux exilés, étrangers, SDF, son engagement au respect intégral du Serment d'Hippocrate, de Maïmonide et du Code de Nuremberg¹.

C'est un opuscule que tout étudiant en médecine devrait lire tant il est riche d'humanité et d'expérience profonde sur le médecin, la conception de la médecine et la relation au patient.

Qui se préoccupe de l'exilé en dehors des humanitaires et pourquoi les médecins libéraux les reçoivent-ils rarement ou difficilement ? Comment se fait-il que durant des années après-guerre, des médecins français ayant collaboré à la Faculté de Strasbourg occupée, aient pu continuer à exercer comme biologistes ou spécialistes, en ville ? Jusqu'à diriger l'Ordre des médecins départemental pour l'un d'entre eux ?

C'est à la suite de mon récit dans *Pratiques* concernant ma présence lors de la rafle des étudiants de l'université de Strasbourg/Clermont-Ferrand en novembre 1943, que j'ai rencontré Georges qui m'a contactée pour en savoir davantage.

En ce moment, en France, l'exilé est refusé globalement, pourchassé, introduit par effraction pourrait-on dire, en petit nombre. L'Algérien, le plus « honni » des réfugiés, va être, lui et sa descendance, à nouveau discriminé par le « séparatisme » créé par l'État.

L'expérience que transmet Georges Federmann est unique : son travail en amitié et étroite coopération avec d'autres professionnels, du juriste au travailleur social, le repérage de celui qui a le premier « accueilli » cet être en très grande souffrance globale qu'est l'exilé, pour l'amener dans un accueil singulier, sans rendez-vous, à venir panser ses douleurs psychiques et physiques (être un médecin de famille ?) et recréer une assise sociale indispensable, mérite d'être salué.

Les derniers déportés et témoins actifs de la dernière guerre disparaissent, ils ont quasiment cent ans. Je me souviens de l'incompréhension qui était la nôtre lorsqu'on

a appris, bien avant l'armistice, que les Américains avaient emmené Von Braun et les meilleurs scientifiques nazis aux États-Unis... les Russes faisant de même de leur côté. Ces nazis ont continué leurs recherches, sans bruit, dans tous les domaines et une grande partie de ce que nous reprochons aux dérives actuelles de la science en est issue. La mainmise du cognitivisme sur la psychologie avec éviction de la psychanalyse, la condamnation de l'affectivité dans le soin sous prétexte qu'elle pourrait amener des confusions perturbantes, la menace du transhumanisme, tout cela découle de ces recherches déshumanisées.

On oublie l'Histoire et le questionnement de Georges Federmann sur la transformation de la mentalité médicale est essentiel pour comprendre l'évolution des études dans une compétition féroce, la puissance d'argent des laboratoires, la rencontre avec le patient à toute vitesse... le médecin et ses peurs...

Au fil de l'entretien, on pénètre de plus en plus dans la vie personnelle de ce praticien, son expérience première avec les toxicomanes, on mesure ce que peut coûter parfois la confiance : un agresseur, ancien « aidé », qui armé, a tué la femme de Georges, l'a blessé grièvement ainsi qu'un autre médecin... et la forme de résurrection que Georges a réussie.

Ne devrait-on pas percevoir que le moteur de la médecine est l'attention à l'autre et l'amour qui se déploie dans le soin ? Le médecin est le meilleur médicament, à condition qu'il s'en donne le temps et la peine !

Merci du fond du cœur, Georges, de ce que tu m'as apporté personnellement.

Françoise Lagabrielle

¹ Premier texte international sur l'expérimentation humaine, il contient dix articles. Réception nulle aux États-Unis... En France, se référer aux travaux du médecin de la marine François Bayle, observateur au procès de Nuremberg.



NOTE DE LECTURE

Didier Ménard, *Pour une médecine sociale*, Éd. Anne Carrière, octobre 2020.

Pas besoin d'être médecin pour lire le livre du docteur Didier Ménard paru aux éditions Anne Carrière en octobre 2020. Il s'adresse à tout le monde. C'est l'histoire tendre d'un gosse de banlieue devenu médecin. Mais pas que. Dès le début, on est embarqué sur les traces de la vie d'un homme de condition modeste qui accède à l'exercice de la médecine et qui s'interroge très vite sur la place du soin, de la santé et d'un cabinet au cœur d'une cité déshéritée. Le Franc-Moisin, dans le 9-3 comme ils disent.

Didier Ménard doit choisir entre la passion du sens et la passion de la gestion. La Covid-19 s'invite en toile de fond dans l'histoire pour révéler quelques travers de la gestion. Même si l'idée vient de l'éditeur, elle a le mérite de marquer le récit du sceau de l'actualité. En effet, le coronavirus agit comme un révélateur de notre système de santé et plus largement de notre société. Car c'est bien un virus de classe auquel nous avons à faire. Il démontre que les conditions sociales, psychiques et culturelles renforcent ou affaiblissent selon que l'on est d'un côté ou d'un autre de ce qui définit nos vies dans un système conditionné par la technique, la structure et la gestion. Par les nombres plus que les hommes en somme. De sa dyslexie et de sa dysorthographe mal vécues dans l'école de la République, le jeune Didier Ménard se tire d'affaire. Puis, il voyage en Afrique. Cela lui servira plus tard pour décoder les plaintes de ses patients maliens, algériens, sénégalais, mauritaniens. Il milite aussi en politique. Il se forge une conscience citoyenne qui le fera œuvrer au service des plus démunis. Entre disséquer des souris et lire Camus, se faufiler un destin, une orientation. Son histoire, ses origines, son parcours, son engagement, ses hésitations, sa critique de la faculté et des stages et puis, la rencontre qui fait tilt. Un médecin qui lui tend la main, lui fait confiance. À l'époque, quand il était étudiant, interne, s'assoit au chevet du patient et lui parler des choses de la vie semble mal vu. Déjà... Deux syndicats se font face. Le Syndicat de la médecine générale (SMG) et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). Déjà... Y aurait-il d'un côté la médecine sociale et de l'autre la médecine curative ?

Le SMG, considéré comme non représentatif, est marginalisé par le gouvernement socialiste de l'époque

(oui, oui) pour ne pas fâcher le second. Car le premier promeut une médecine générale spécifique, globale et compétente pour qui le médecin évalue le vécu du mal-être dans sa dimension physique, psychique et sociale et propose une démarche diagnostique, thérapeutique et relationnelle dans la continuité de la relation médecin patient. Le second se situe plus dans un système se référant au paiement à l'acte. Plus tu vas vite, plus tu gagnes de l'argent. Le système pousse à la multiplication des consultations et exclut le généraliste du débat public par manque de temps.

Persuadés qu'ils dispensent le bien, les médecins continuent de mener des interrogatoires quand la police, elle, consciente de ce qu'elle fait, édulcore la chose en auditions. Fine remarque, cher docteur !

Dans deux chapitres intitulés : Consultations 1 et 2, l'auteur illustre son propos par des exemples concrets. On y découvre ce que veut dire pour lui « être dans son rôle de médecin ». Des exemples pourraient faire dire à ceux qui prônent le flux tendu du paiement à l'acte qu'il « dépasse les bornes ». De la raison économique instituée ? Peut-être. Mais sûrement pas du souci de l'humain.

Dans le colloque singulier s'expriment les souffrances sociales et parfois « les caïds s'y cachent pour pleurer » précise joliment Didier Ménard. Dans la salle d'attente, on tricote du lien social. Pourtant, en 2008, la loi interdit d'avoir une salle d'attente commune entre différentes professions médicales. En 2009, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) crée les Agences régionales de santé (ARS) et définit les maisons de santé pluriprofessionnelles.

Pour le militant, il s'agit de s'organiser pour bénéficier des apports d'un collectif, vaincre les solitudes, pour orienter des choix d'actions, d'actes professionnels, éviter le sentiment de doute en solitaire. Didier Ménard s'ingénie à decloisonner tout au long de sa carrière les professions soignantes, le système de santé et le système médico-social et social. Il promeut une médecine avec et non pour les plus vulnérables et les plus invisibles. Un modèle collaboratif pour une santé communautaire.

Lionel Leroi-Cagniard



NOTE DE LECTURE

Christiane Vollaire, Philippe Bazin, *Un archipel des solidarités, Grèce 2017–2020*, Éditions Loco.

C'est un beau, gros, livre, une immersion dans un monde qui est le nôtre et que nous ne connaissons pas. Une immersion, mais aussi un questionnement, crucial pour qui veut réfléchir sur notre monde, justement. Des mots, du texte et des images pour tout à la fois témoigner, questionner et protester. Résister. Christiane Vollaire¹ et Philippe Bazin² ont donc fait des voyages en Grèce, trois voyages entre 2017 et 2020, dans trois régions différentes, qui donnent lieu à trois sujets et trois chapitres³. Ils y sont allés pour travailler sur le thème des solidarités pendant la dénommée « crise de la dette en Grèce » à Thessalonique et Athènes, en 2017, et on comprend que la solidarité a directement amené la question des migrations, explorée l'année suivante au cours d'un voyage dans les îles de Lesbos et d'Ikaria, puis l'été 2018 de nouveau sur le continent. Comme c'est leur habitude, la méthode est celle des « entretiens philosophiques »⁴, avec des interlocuteurs qui en font connaître d'autres, et c'est un effet de réseau, et des rencontres de hasard, jamais refusées. Philippe Bazin a choisi de faire des « portraits d'entretien », portraits pris au cours des entretiens, dans la vérité et la tension des visages, qui nous parlent, à nous, nous interpellent, nous émeuvent (la qualité de l'impression des photos est remarquable). À partir de la question des migrations, à cause aussi des déplacements en des lieux différents, et des 145 interlocuteurs, notamment la rencontre avec des personnes très âgées, le thème « Le temps long de

l'histoire », troisième chapitre, s'est imposé. Car la découverte de ce qui sous-tendait les engagements, les violences⁵, la lecture des événements contemporains par les acteurs eux-mêmes était inscrite dans l'histoire de ces personnes, dans l'histoire des lieux, et marquée dans les paysages. C'est ce qui nous est donné à « lire » dans un second cahier de photos, « Paysages à l'épreuve de l'histoire ». J'ai regardé les photos avant de lire le texte, elles sont belles, évocatrices. Puis, je les ai regardées une deuxième fois, après la lecture du livre : elles m'ont « sauté à la figure », non pas comme des illustrations, mais vivantes, parlantes. Ou muettes. Ou mortes. « Les images n'ont pas été articulées au texte. Elles lui font écho... Elles en disent aussi bien le désir d'évocation que les limites. »

Les paroles suscitées et recueillies se tissent avec les références philosophiques nombreuses, donnant à lire et à penser tout au long de l'ouvrage, appuyant les paroles, et illustrant les concepts ; c'est facilitant et agréable pour le lecteur profane !

La conclusion est limpide : « Portés dans le texte autant que dans l'image par l'intention documentaire de notre travail, nous souhaitons partager avec d'autres le moyen de s'en saisir pour faire vibrer d'autres imaginaires et étendre cet archipel des solidarités... La visée première des solidarités pour saper les fondements de la domination est de rendre celle-ci... méprisable. »

Martine Devries

1 *Le milieu de nulle part*, Christiane Vollaire et Philippe Bazin, Éditions Créaphis, 2012 – sur le site de Pratiques.

Pour une philosophie de terrain, Christiane Vollaire, Éditions Créaphis 2017, dans *Pratiques* n° 80
www.christiane-vollaire.fr

2 www.philippebazin.fr

3 Trois articles parus dans *Pratiques* ont été faits à partir du travail en Grèce : dans le n° 80 de janvier 2018 « Financiarisation des corps par la mine », dans le n° 82 de juillet 2018 « Vulnérables ? », dans le n° 83 d'octobre 2018 « Que soigne la cuisine ? ».

4 Ni statistique, ni sociologique, l'entretien ainsi conçu laisse la place à la parole du sujet, lui permet de déplier sa compétence sur sa propre expérience, et sa réflexion. Ce type d'entretien « manifeste la volonté de symétrie entre l'interrogateur et l'interrogé, » et fait la place à la pensée de l'un et de l'autre... Le chercheur n'est pas « enquêteur, mais plutôt quêteur, voire quémendeur », attentif aux tensions que sa présence et ses questions soulèvent, renonçant facilement à insister, mais attentif au sens de ces tensions.

5 On ne le sait pas beaucoup en France, l'intervention « alliée » en Grèce à l'issue de la seconde guerre mondiale, fut assimilée à « la lutte contre le communisme », et a du même coup, annihilé les politiques de socialisation mises en place par les mouvements de résistance et livré le pays à la répression fasciste et à la guerre civile.

Pratiques

Les cahiers de la médecine utopique

Publications

Numéros à 13,70 €, sauf le numéro double 14/15 (frais de traitement inclus : 1,50 €)

N° 1 : La société du gène (*épuisé*)*

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 (*épuisé*)*

N° 7 : La responsabilité du médecin

N° 8 : La santé n'est pas à vendre

N° 9 : L'hôpital en crise

N° 10 : Folle psychiatrie

N° 11 : Choisir sa vie, choisir sa mort

N° 12 : L'information et le patient

N° 13 : La médecine et l'argent

N° 14/15 : Profession infirmière (*prix 16,80*)

N° 16 : Les émotions dans le soin (*épuisé*)*

N° 17 : Des remèdes pour la Sécu (*épuisé*)*

N° 18 : Quels savoirs pour soigner ?

N° 19 : La vieillesse, une maladie ? (*épuisé*)*

N° 20 : La santé des femmes

N° 21 : Le médicament, une marchandise pas comme les autres

N° 22 : La santé, un enjeu public

N° 23 : Ils vont tuer la Sécu !

N° 24 : Le métier de médecin généraliste

N° 25 : Hold-up sur nos assiettes

N° 26 : L'exil et l'accueil en médecine

N° 27 : Faire autrement pour soigner (*épuisé*)*

Numéros à 15,50 € du 28 au 35, à 17,50 € du 39 au 42, à 18 € du 43 au 54 et à 19,50 € à partir du n° 55 (frais de traitement inclus : 1,50 €)

N° 28 : Les pouvoirs en médecine

N° 29 : Réforme de la Sécu : guide pratique de la résistance

N° 30 : Les sens au cœur du soin

N° 31 : Justice et médecine

N° 32 : Le temps de la parole

N° 33 : L'envie de guérir

N° 34 : Autour de la mort, des rites à penser

N° 35 : Espaces, mouvements et territoire du soin

N° 36 : La place de sciences humaines dans le soin (*épuisé*)*

N° 37/38 : Des normes pour quoi faire ? (*épuisé*)*

N° 39 : Comment payer ceux qui nous soignent ?

N° 40 : Les brancardiers de la République

N° 41 : Redonner le goût du collectif

N° 42 : Les couples infernaux en médecine

N° 43 : Réécrire le soin, un pari toujours actuel

N° 44 : Parler et (se) soigner

N° 45 : Le confort au cœur du soin

N° 46 : L'humanitaire est-il

porteur de solidarité ? (*épuisé*)*

N° 47 : La violence faite au travail (*épuisé*)*

N° 48 : L'enfermement

N° 49 : La place du patient

N° 50 : Mettre au monde

N° 51 : Que fabriquent les images ?

N° 52 : Féminin invisible : la question du soin

N° 53 : Résister pour soigner (*épuisé*)*

N° 54 : Infirmières, la fin d'un mythe

N° 55 : Quelle formation

pour quelle médecine ?

N° 56 : L'alimentation entre intime et intox

N° 57 : Non au sabotage !

L'accès aux soins en danger

N° 58 : À quoi servent les drogues ?

N° 59 : L'erreur en médecine

N° 60 : Déserts médicaux : où est le problème ?

N° 61 : Handicap ?

N° 62 : Le jeu dans le soin

N° 63 : En faire trop ?

N° 64 : Le secret en médecine

N° 65 : L'urgence en médecine

N° 66 : La fin de vie

N° 67 : La folie. Une maladie ? (*épuisé*)*

N° 68 : « Autonomie » et santé

N° 69 : Ces maladies que l'on pourrait éviter

N° 70 : La santé, une Zone À Défendre ?

N° 71 : Question vaccinations...

N° 72 : Quarante ans d'utopies... l'anniversaire

N° 73 : Subjectif/objectif, l'inextricable

N° 74 Santé : raviver les solidarités

N° 75 Les huis clos de la violence

N° 76 Santé et travail, passer de la plainte à l'offensive

N° 77 Tout le contraire !

N° 78 Essence et sens du soin

N° 79 Santé connectée

N° 80 La marchandisation des corps

N° 81 Souffrir ?

N° 82 Le rire est-il soignant ?

N° 83 Faire autrement pour (se) soigner

N° 84 Où va la psychiatrie ?

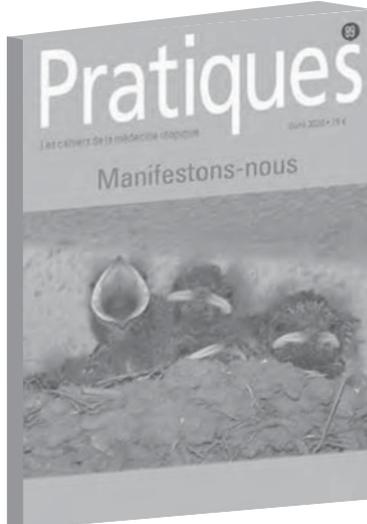
N° 85 Réhumaniser le soin en psychiatrie et ailleurs...

N° 86 Soigner : entre vérités et mensonges

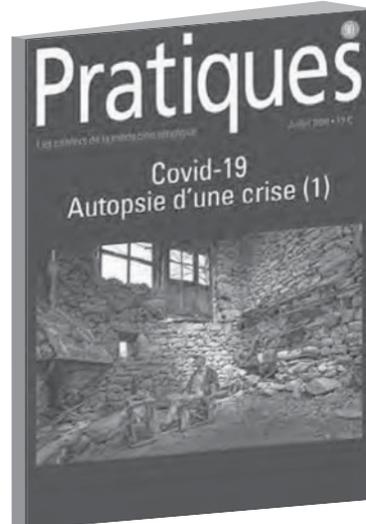
N° 86 Soigner : entre vérités et mensonges

N° 87 Cherche médecin désespérement

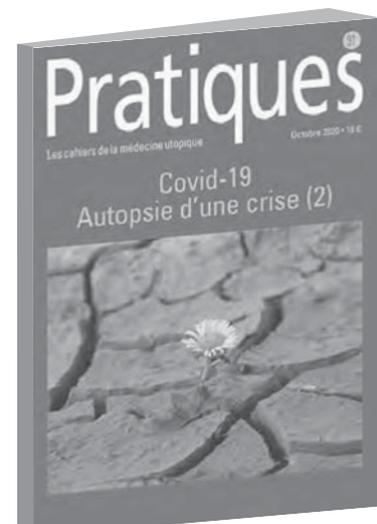
N° 88 Enfance mal traitée : société en danger



89
Manifestons-nous
18 €



90
Covid-19, autopsie d'une crise
1^{re} partie
18 €



91
Covid-19, autopsie d'une crise
2^e partie
18 €

* Il est possible d'acheter les numéros 1, 2, 6, 16, 17, 19, 27, 36, 37-38, 46, 47, 53, 58 et 67 épuisés sous forme de fichier .pdf via notre site : www.pratiques.fr rubrique « Publications »

Bulletin d'abonnement ou de parrainage

Coordonnées de la personne qui s'abonne elle-même ou qui parraine :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. : Fax :
E-mail :

Si je parraine, je choisis mon numéro offert, parmi ceux listés en page 95 :
à envoyer : à mon ou ma filleul(e) à moi-même

Coordonnées du ou de la filleul(e) :

Nom Prénom
Profession
Adresse
Code postal Ville
Tél. : Fax :
E-mail :

Je choisis la formule PAPIER suivante :

- l'abonnement **classique** d'un an, soit 4 numéros, soit **20 % de réduction** par rapport à l'achat au numéro : **60 €**
- l'abonnement à **tarif réduit** d'un an, soit 4 numéros pour étudiant, jeune installé, demandeur d'emploi
(uniquement par chèque/justificatif désiré) : **39 €**
- l'abonnement de **soutien** d'un an, soit 4 numéros : **120 €**
- l'abonnement pour les **collectivités** d'un an, soit 4 numéros : **60 €**

Je renvoie, ci-joint, par courrier postal mon chèque à l'ordre de *Pratiques*

Découvrez sur notre site l'abonnement « Intégral » !

- > Vous recevez la revue papier et vous téléchargez le pdf sur notre site.
- > Vous effectuez vos recherches bibliographiques à travers 20 années d'archives de *Pratiques*, plus de 2000 articles indexés par auteurs et mots clés.
- > Vous téléchargez librement les revues et articles consultés, et cela, pendant toute la durée de votre abonnement.

Passez commande en ligne dans le premier tableau de la page « abonnements » de notre site,
où le paiement par chèque est possible : www.pratiques.fr



Chère abonnée, cher abonné,

Vous disposez ici de la version électronique de votre abonnement à Pratiques.

Deux conseils, pour vous en faciliter l'usage.

1) Dans cette version, les articles sont indexés par thème.

Vous trouverez à la page suivante un sommaire-index des mots-clés utilisés, indiquant, pour chacun de ces mots-clés, les N° de page des articles dont ce mot-clé caractérise un des thèmes principaux.

Pour vous rendre facilement à cette page, il vous suffit de cliquer sur le N° de page.

Pour revenir au sommaire-index, tapez 98 dans le marque pages de la barre des tâches. Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Signet », située juste au-dessous de l'icône « Page », à gauche, en haut, sous la barre des tâches : elle vous conduira à la mention : « Index page 98 », qui vous y dirigera immédiatement.

En laissant continuellement affiché ce signet sur la partie gauche de votre écran, vous pouvez commodément passer du sommaire-index à l'article désiré, et réciproquement.

Alternativement, tapez dans le moteur de recherche de votre lecteur de pdf le début du mot clé et tapez de manière répétitive sur la touche Entrée. D'occurrence en occurrence, vous vous déplacerez ainsi d'un article au suivant, pour ce même mot clé.

2) Vous souhaitez extraire un article pour l'envoyer à un correspondant : vous pouvez utiliser Acrobat Reader ou télécharger un logiciel gratuit de fractionnement de votre revue pdf. Ces logiciels vous fournissent sur le champ une copie de votre fichier fragmentée en autant de fichiers séparés que de pages. Vous n'avez plus qu'à choisir celle(s) que vous souhaitez joindre à votre envoi.

Bonne lecture !

Mots clef	Page
	26
	29
Accompagnement	30
	40
	55
	74
Accueil, ouverture, disponibilité	92
Accès aux soins	90
Addiction, toxicomanie	88
Alternatives	70
Alzheimer	50
Ambivalence	84
Amitié	68
Animation	36
Anthropologie	42
	52
Association, association de patients	78
Attente	90
Biomédical	22
Biopolitique	56
	84
Bonheur	50
Bénévolat	64
	74
	22
Catégorisation sociale	93
	4
Collectif, action collective	36
	93
Communication	90
Complémentarité, collaboration, coopération, polyvalence	88
Confinement	48
Crise	65
Culture	34
	84
Curiosité	20
Deshumanisation	16
	62
Dignité	68
Droits de L'Homme, discriminations	10
Droits des patients, information médicale	46
	56
Dynamique de groupe	60
Déclassement	82
Déclassement	93
Dépendance, APA	22
Economie de la santé, économie	65
	70
Ecoute téléphonique	74
Ecoute, empathie, relation soignant-soigné, relation médecin-patient, relation thérapeutique	40
	92
Enfermement	46
	56
Espérance	68
Ethique	4
Euthanasie, suicide assisté	26
Exil	82
	92
Fable	65
Financement	78
Formation initiale, Formation continue	4
Gouvernement, politique, démocratie, Etat	46
	70
Grèce	94
Guerre	56
Gériatrie	16
Handicap, déficit	74
	50
Histoire	92
Humour, rire	68
Idéologie sécuritaire	56
Immigration, Sans papiers	82
	14
Indépendance, Autonomie	78
	50
Intimité, vie privée, respect	52
	50
Intégration, exclusion	82
	92
Intérêt	20
	16
Inégalités, Exclusion sociale, Discrimination sociale, inégalités sociales de santé	22
	25
	66
Isolement	84
Jeu, création, invention	80
	20
Langage, parole, échange	36
	60
	82
Libéralisme, Néolibéralisme	25
	32
Lien social	78
	84
	30
	36
Maisons de retraite, Ehpad	46
	48
	56
Maltraitance	42
	74
Marchandisation	84
Marginalisation	70
Masque	30
Migrants, migrations, réfugiés, exilés	34
	94
Militantisme, militant	4
	26
	29
	35
	42
Mort, décès, mortalité	52
	55
	56
	62
	68
Musicothérapie	60
	40
Médecin généraliste, médecine générale, médecine de famille	92
	93
Médecine sociale	93
Médicament, firmes pharmaceutiques	15
Mémoire	60
Neurosciences	4
Normes	88

Mots clef	Page
	66
Numérique, digital	84
	90
Orientation	74
Packing	4
	30
Pandémie	56
	62
	66
Patient, patiente	90
	10
	14
	16
	15
	20
	22
	25
	26
	29
	30
	32
	34
	35
	36
	40
	42
Personnes âgées, vieillissement, vieillesse	46
	48
	52
	55
	56
	62
	64
	68
	70
	74
	78
	80
	82
	92
	50
	41
Philosophie, philosophie de terrain	94
Photographie	94
	22
Politique de la santé, système de santé	25
	30
	56
Politique publique	78
Pouvoir	65
Poésie	68
Prescription	88
Procédures	90
Production	70
Protocole	62
Prévention, Education thérapeutique	78
	4
Psychiatrie, santé mentale, pédopsychiatrie, psychiatrie de secteur	32
	82
	84
Psychothérapie/psychiatrie institutionnelle	4
Quartier populaire	34
Quotidien	68
Recherche action, terrain	4
Recherche clinique, recherche médicale	92
Recommandations	36
Rencontre	30
	10
Représentations	16
	22
	34
Responsabilité, responsabilisation, rendre compte, autonomie, impunité	70
Ressenti, émotion	26
	40
Retraite, retraités	64
	70
Rite funéraire	56
	62
Réification, chosification	16
Révolution	80
	30
	36
Sars COV2, Covid-19	42
	46
	48
	56
	62
Science, scientificité	56
Société	62
	70
Solidarité	80
Stigmatisation	94
Stéréotypes	10
Sujet, personne	93
Surveillance, contrôle, fichage	84
Symbolique, symbole	56
Ségrégation	16
	25
	66
Technologie, innovation	84
	90
Temps, temporalité	26
Transgression	88
	4
Transmission transgénérationnelle	32
	80
Traumatisme, syndrome post-traumatique	82
Travail, Conditions de travail	70
Valeur	70
Valeurs humaines	42
	62
	14
	16
	20
	26
	29
Vie, vivre	32
	55
	56
	60
	82
Visite, droit de visite	48
Volontés des patients	48
Vulnérabilité	30
	66
Âgisme	10
	16

Prati

Il ne fait pas bon vieillir dans nos sociétés déritualisées et axées sur la productivité, ce qui ne nous aide pas à avancer en âge dans la sérénité. Ce dossier propose de partager les réflexions des intéressés ainsi que des professionnels du soin et des chercheurs sur une problématique qui nous concerne tous et d'envisager comment on pourrait redonner « aux vieux » une qualité de vie à laquelle ils sont en droit de prétendre. Le déclin progressif de nos capacités physiques ou psychiques ne signifie pas la perte de notre humanité. Personne ne doit et surtout ne veut être réduit à la « prise en charge » de ses difficultés, même si celles-ci augmentent inéluctablement avec l'âge. Il nous appartient donc de les penser.

Le Mag nous donne à voir d'autres questions de santé et des propositions de lecture.

La rubrique idées donne la parole à Pierre Delion sur son engagement pour une psychiatrie centrée sur l'humain dans la cité.

Prochain numéro : Peut-on soigner sans toucher ni être touché...

ques



Prix : 18 €

ISBN 978-2-919249-91-6

ISSN 1161-3726