

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 dérivoire 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 famélicieux, 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.