

*RHIZOME n. m. (gr. rhyza)
Tige souterraine vivante,
souvent horizontale, émettant
chaque année des racines
et des tiges aériennes.*



Vivre le vieillissement

Nicolas Chambon

Édito

En ce début de décennie 2020, bien vivre et accompagner le vieillissement est un enjeu social, politique et de santé majeur. Si le modèle de développement moderne et occidental a longtemps rendu invisibles les personnes les plus âgées, la médiatisation des conditions de vie et de travail dans certaines institutions a mis en lumière la place des personnes les plus âgées dans nos sociétés. D'un côté, la population âgée n'a jamais été aussi nombreuse, l'espérance de vie s'accroît chaque année mais, de l'autre, cette espérance « en bonne santé » reste contenue, questionnant les modalités d'accompagnement et de soin des personnes. Ce numéro de *Rhizome* interroge les épreuves du vieillissement, que ce soit de manière globale ou plus précisément pour les personnes en situation de précarité et/ou avec des troubles de santé mentale. Pour Arnaud Campéon, vieillir, c'est trop souvent faire l'expérience de l'isolement et de la solitude.

74

Décembre 2019

Sommaire

- 3 > 4 *L'envers du vieillissement « réussi » : de la solitude au suicide des personnes âgées en France*
Arnaud Campéon
- 5 *Le vieillissement des personnes en situation de handicap à l'épreuve des politiques catégorielles*
Muriel Delporte
- 6 *La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives*
Cécile Hanon
- 7 > 9 *Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en Ehpad*
Véronique Lefebvre des Noettes
- 10 *Quelle place en Ehpad pour les personnes âgées dites « psychotiques » ?*
Georges Jovelet
- 11 *Vieillesse et rétablissement : quelle évolution pour le statut du sujet en institution ?*
Jessica Ozenne
- 12 > 13 *Les sans-abri vieillissants du métro parisien*
Odile Macchi
- 14 > 15 *Accompagner des personnes âgées précaires*
Sabrina Lalaoui
Erik Thiriet
Ludovic Leydet
- 16 > 17 *Une démarche de santé communautaire auprès des personnes âgées migrantes*
Claire Autant-Dorier
Malika Lebbal
- 18 > 19 *Paroles de vieux debout*
Claude Caillart

Les transitions de vie (décès de proches, maladies...) sont d'autant plus subies avec l'âge, soulignant l'importance de lutter contre cette « invisibilité sociale » et sa conséquence la plus dramatique : le suicide.

Le vieillissement n'est pas une pathologie

Pour les personnes vieillissantes, les vulnérabilités se cumulent et il est alors difficile de savoir ce qui relève du sanitaire, du médicosocial, voire du social (Muriel Delporte). La limite des catégorisations administratives, psychiatriques ou sociales est alors d'autant plus marquante. Vieillir n'est pas une pathologie, mais expose la personne à sa propre vulnérabilité. La psychiatrie de la personne âgée propose alors des actions de prévention et des soins adaptés (Cécile Hanon). Prendre soin des personnes en perte d'autonomie, avoir le souci de leur santé mentale doit être une perspective partagée par tous les intervenants et aidants. Du fait de la démographie, et malgré l'évolution de la médecine, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie va augmenter dans les années qui viennent, ouvrant la voie à une diversité d'intervenants professionnels, et parmi eux les intervenants en santé mentale.

Entre institution et inclusion

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont une des dernières institutions qui se représentent comme telles. À quoi engage de « rentrer dans une institution » pour les personnes âgées ? Véronique Lefebvre des Noettes insiste sur l'importance de travailler le consentement en amont : « Il faut toujours partir de présomption de compétence même chez les plus vulnérables qui n'ont plus de voix sociale, ils ont encore des choses à nous dire. » Elle nous invite alors à être créatifs pour rechercher l'assentiment. Georges Jovelet et Jessica Ozenne interrogent, l'un, la place en Ehpad pour les personnes dites « psychotiques », l'autre, le statut de la personne vieillissante en institution, trop souvent vécu sous le prisme de la perte. Ces deux auteurs insistent sur l'importance de former les accompagnants à la santé mentale, même si les conditions de travail dans ces structures, trop souvent précaires, peuvent fragiliser l'accompagnement. Ces cliniciens nous questionnent sur l'actualité du bien-fondé d'avoir des institutions adaptées à des types de public pour qui la vie ordinaire ne serait plus possible. À l'heure où la perspective de l'inclusion sociale s'impose dans tous les champs, est posée en filigrane la question des modalités d'adaptation de notre société aux altérités des personnes vieillissantes. Considérant que les caractéristiques du vieillissement seront moins interprétées comme une déficience que comme une différence, comment adapter les lieux, espaces et activités aux rythmes et spécificités de la vieillesse ? Cette perspective d'inclusion ne doit toutefois pas venir signer un désengagement de la puissance publique dans l'effort à réaliser pour que chacune et chacun vivent dans un habitat digne. Odile Macchi, qui a participé en 2019 à une enquête sur les sans-abri présents dans le métro parisien avec l'Observatoire du Samusocial de Paris, témoigne du vieillissement prématuré de ces personnes. Paradoxalement, c'est aussi l'attachement de certains à cet abri, habité et investi, qui interpelle. L'association les Petits Frères des Pauvres à Marseille rappelle qu'en France, une personne âgée sur quatre souffre d'isolement. L'association cherche alors à « recréer des liens permettant aux personnes de reprendre goût à la vie : partager des expériences, trouver avec eux des solutions à leurs problèmes, les aider à retrouver la joie, être soi, être libre de ses choix, rêver et oser réaliser ses rêves et se projeter à nouveau. »

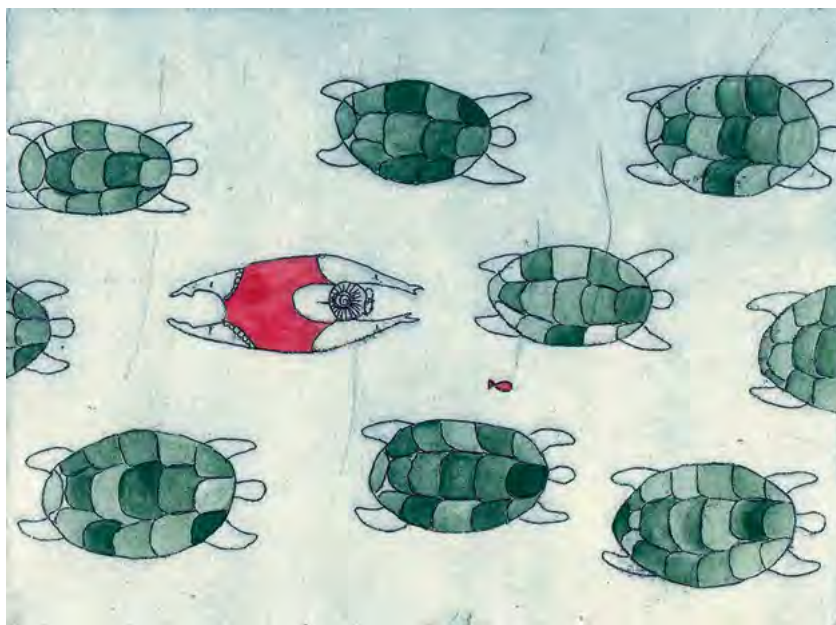
Chez soi encore

Le rapport de la Concertation nationale « Grand âge et autonomie », publié en 2019 par le ministère des Solidarités et de la Santé, appelait à une refonte du modèle d'accompagnement, avec la perspective de se sentir « chez soi », quel que soit son lieu de vie. Les initiatives pour permettre un maintien à domicile ou proposer des colocations solidaires se multiplient et des associations proposent des activités à destination des personnes vieillissantes. Ainsi, Globe 42 à Saint-Étienne se donne pour objectif « d'identifier les moyens qui pourraient être mis à disposition des personnes migrantes pour « bien vieillir » dans une perspective dite de « santé communautaire ». Quant à Claude Caillart, de l'association OLD'UP, il nous invite à porter un autre regard sur, tels qu'ils se nomment, les « vieux ». La lecture de cet entretien est vivifiante. L'association cherche à « constituer un réseau d'échanges, d'actions et de recherches, animé par le *dur désir de durer*, face à la réalité du vieillissement ». Tout simplement « les vieux demandent à être écoutés, avec patience et respect ». Pour conclure, retenons ce vœu, certes élémentaire, mais ambitieux pour tous les proches, soignants et accompagnants : « Maintenons les vieux debout, dans leur corps, leur cerveau et leur cœur. » ▶

Arnaud Campéon

Sociologue à l'École des hautes études en santé publique
Chercheur au Centre de recherche Arènes (UMR 6051)
Rennes

L'envers du vieillissement « réussi » : de la solitude au suicide des personnes âgées en France



¹ Guillemard, A.-M. (2015). La vie qui s'éternise. *Ethics, Medicine and Public Health* (Dossier Longévité, n° 2).

² Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 52(3), 12-37.

³ Van de Velde, C. (2011). La fabrique des solitudes. Dans P. Rosanvallon (dir.), *Refaire société*. Paris : Le Seuil.

⁴ Dupont, S. (2010). *Seul parmi les autres. Le sentiment de solitude chez l'enfant et l'adolescent*. Toulouse : Érès.

⁵ Mallon, I. (2007). Le « travail de vieillissement » en maison de retraite. *Retraite et société*, 52(3), 39-61.

⁶ Memmi, A. (1979). *La dépendance : esquisse pour un portrait du dépendant*. Paris : Gallimard.

⁷ Élias, N. (1998). *La solitude des mourants*. Paris : Christian Bourgeois éditeur.

⁸ Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.

⁹ Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Gallimard (Folio Essais n° 576).

Vieillir est l'une des expériences les plus communes à notre condition humaine. C'est là une donnée biologique entendue. Ce qui est nouveau, en revanche, c'est que nous sommes plus nombreux à vieillir et, surtout, que nous vieillissons plus vieux. Les démographes le rappellent en montrant combien les progrès réalisés pour augmenter l'espérance de vie ont été considérables au cours des deux derniers siècles, et notamment depuis la deuxième moitié du xx^e siècle. Cette révolution de la longévité est inédite dans l'histoire de l'humanité¹.

Vivre plus longtemps nécessite donc de se demander dans quelles conditions et pour quel accompagnement. En effet, l'accent mis sur l'accroissement continu de la longévité tend parfois à occulter l'expérience douloureuse de certaines épreuves du grand âge², notamment lorsque les conditions d'un « vieillissement réussi » ne sont pas réunies. Plusieurs signaux d'alerte existent déjà, une pauvreté monétaire lancinante touche notamment environ 10 % des retraités. Toutes les associations de solidarité le constatent et dénoncent la vulnérabilité de certaines personnes âgées lorsque la perte d'autonomie (fonctionnelle et/ou cognitive) se mêle à l'isolement et à la solitude. En d'autres termes, le vieillissement de la population et l'accroissement de la longévité soulèvent des enjeux

politiques et sociaux fondamentaux qui, s'ils ne sont pas pris en compte, peuvent contribuer à faire obstacle à l'équité à tous les âges de la vie. C'est notamment ce qu'a pu nous rappeler l'épisode de la canicule de l'été 2003 qui avait révélé la détresse dans laquelle certain.e.s de nos aîné.e.s avaient terminé leur vie. C'est aussi ce que nous révèlent les nombreux suicides qui traversent cette période de l'existence et qui interpellent, par la négative, notre société à fournir les conditions propices à un vieillissement intégré.

Vieillesse en solitude : l'expression sociale d'une mise à l'écart

Depuis la canicule de l'été 2003, les médias attirent l'attention de l'opinion publique sur l'isolement et la solitude générés par nos sociétés individualistes. Ce qui, autrefois, ne semblait concerner qu'un nombre restreint d'individus paraît aujourd'hui être élargi à l'ensemble du corps social³. À l'instar des plus jeunes⁴, les plus âgés y sont particulièrement exposés à l'occasion de transitions biographiques spécifiques, lorsque certaines décisions contraignantes s'imposent, ou encore lorsque la perspective de la mort – la sienne ou celle des autres – sape le travail de vieillissement⁵. Plusieurs événements peuvent, en effet, bouleverser la vie d'une personne âgée et fragiliser son mode et ses routines d'existence : arrivée en retraite, veuvage ou décès des proches, maladie, entrée en institution, etc. Ces événements sont générateurs de profonds bouleversements identitaires et ils le sont d'autant plus qu'ils adviennent à une étape du parcours de vie où le cadre relationnel des plus âgés se transforme et où les opportunités d'engagement se restreignent. C'est du moins ce que nous invitent à penser certains sociologues, pour qui le « drame » de la vieillesse consiste moins dans l'usure des capacités sensorielles et motrices que dans l'effritement progressif des liens sociaux qui provoquent l'esseulement⁶. Rappelons ici le constat que fait le sociologue Norbert Elias⁷ à propos de la solitude des mourants : « Bien des individus meurent peu à peu ; ils deviennent infirmes, ils vieillissent. Les dernières heures sont à coup sûr importantes, mais la fin commence souvent bien plus tôt. Les infirmités à elles seules séparent l'individu vieillissant du monde des vivants. Sa déchéance l'isole. Il fuit les contacts humains, ses sentiments s'étiolent sans que son besoin des autres disparaisse. Voilà le plus dur : la silencieuse mise à l'écart des individus sénescents et mourants, qui se voient exclus de la société des vivants ;

10 Fondation de France (2014). *Les solitudes en France*. Paris : Fondation de France. Repéré à <https://www.fondationdefrance.org/sites/default/files/atoms/files/solitudes142.pdf>

11 Les Petits Frères des Pauvres (2019). *Solitude et isolement des personnes âgées en France : Quels liens avec les territoires ?* (Rapport). Paris : Petits Frères des Pauvres. Repéré à <https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/prises-de-positions/milieu-rural-ou-urbain-contre-l-isolement-des-personnes-agees-dans-les-territoires>

12 Environ 3000 personnes de plus de 65 ans se donnent la mort chaque année en France, ce qui représente près d'un tiers des suicides (28,3 % du total des décès par suicide déclaré). Source : Inserm-CépiDC.

13 Trépied, V. (2014). La détresse psychologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les ambivalences du lien de filiation. Dans S. Paugam (dir.), *L'intégration inégale : Force, fragilité et rupture des liens sociaux*. Paris : Presses universitaires de France, 63-76.

14 Casadebaig, F. et al. (2003). Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 51(1), 55-64.

15 Chauvel, L. (1997). L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? *Revue française de sociologie*, 38(4), 681-734.

16 Douguet, F. (2004). Le suicide au grand âge : l'âge de raison pour une mort raisonnable ? Dans S. Penec (dir.), *Des vivants et des morts. Des constructions de la « bonne mort »*. Brest : Centre de recherche bretonne et celtique, 121-129.

le progressif refroidissement de leurs relations avec des individus vers lesquels leur affection les portait. » Le sociologue, qui, par sa discipline, est amené à avoir un regard comparatif sur les époques, les sociétés et les cultures, ne peut être que surpris par cette société moderne occidentale qui érige les normes d'autonomie et d'individualisme en exigence suprême. Il ne peut que constater le processus d'individualisation en cours et, plus fondamentalement encore, de singularisation des trajectoires qui font que les individus se retrouvent de plus en plus seuls face aux grands moments de leur existence⁹, notamment celui crucial de leur mort.

C'est dans ce contexte bien particulier, marqué pour certains par une crise de reconnaissance majeure⁹, qu'il faut comprendre l'acuité du sentiment de solitude de manière générale, et au grand âge en particulier. Ainsi, l'un des derniers rapports de la Fondation de France sur les solitudes en France¹⁰ indique que les plus de 75 ans sont nettement plus touchés par l'isolement relationnel que les autres catégories d'âge : 27 % des plus de 75 ans seraient ainsi en situation d'isolement objectif, contre 9 % en moyenne. Pour ces individus, et aussi en fonction de leur territoire d'habitation qui apparaît comme un déterminant majeur¹¹, la solitude devient alors une réalité tangible, reflétant les sentiments d'ennui et d'inutilité qui les habitent, allant parfois jusqu'à provoquer la forme la plus ultime de rejet qui est celle de l'invisibilité sociale.

Vulnérabilités et suicide au grand âge : l'expression morale d'un désarroi

À l'instar de la solitude, le suicide demeure aussi un marqueur social préoccupant chez les plus âgés, qui sont, en proportion, la population la plus touchée par le phénomène¹².

Cette surreprésentation du suicide au grand âge n'est pas un hasard : au-delà de raisons psychomédicales, voire génériques rationnelles, elle s'explique aussi par les profonds remaniements identitaires qu'impose le processus de vieillissement, notamment aux âges les plus avancés. Jusqu'à 75-80 ans environ, les personnes vivent majoritairement en couple, disposent d'un revenu par unité de consommation relativement élevé et sont encore bien entourées. Au-delà de ces âges, leur situation peut se dégrader sous l'effet de la solitude, qui touche une part croissante de personnes âgées, de l'augmentation de la prévalence d'incapacités et d'une certaine paupérisation. C'est également chez cette catégorie d'aînés – soit la tranche des 82-87 ans – qu'est observé le plus grand nombre d'entrées en institution, lieu où le risque de dépression¹³, sinon de suicide, est significatif¹⁴.

Paradoxalement, la problématique du suicide au grand âge préoccupe moins que celle qui touche les jeunes ou les actifs au travail. D'abord parce que l'acte de se donner volontairement la mort demeure une cause de décès marginale par rapport aux autres causes de mortalité à ces âges de la vie (2 %) ; ensuite, en raison de notre conception occidentale du parcours de vie. C'est du moins l'hypothèse formulée par certains chercheurs, à l'instar de Jean-Claude Chesnais ou encore Christian Baudelot et Roger Establet, que résume Louis Chauvel : « Le lien entre âge et suicide viendrait de ce que l'âge (ou plus exactement la jeunesse) est un capital de temps, une ressource de potentialités, donc d'espoir, qui s'érode peu à peu au cours du vieillissement ; de ce fait, à mesure qu'approche la mort naturelle, le risque de suicide croît aussi¹⁵. » De sorte que le suicide d'un octogénaire s'expliquerait de manière rationnelle : alors que l'adolescence est considérée comme une période d'avenir et d'épanouissement, un âge où tous les espoirs sont encore possibles, la vieillesse, par effet miroir, renverrait au contraire à l'ultime étape de la vie, celle où la projection de soi n'a plus de sens et où le sacrifice à faire serait plus léger. À quoi bon tâcher de prévenir ce « petit reste à vivre », ce « quantum de vie résiduel » ?

Les implications de ce genre d'argument (éthiquement contestable) sont concrètes. Elles reviennent à normaliser l'acte suicidaire, à le rendre acceptable dans certaines conditions, dont le grand âge ferait partie. La grande vieillesse apparaîtrait alors comme « un âge de raison pour une mort raisonnable¹⁶ », justifiant ainsi le meurtre de soi-même comme une manière de sortir de sa vie de façon plus ou moins honorable, mais rarement dramatique. S'il est possible de constater les efforts entrepris par les pouvoirs publics ces dernières années pour sensibiliser et agir contre le suicide des personnes âgées (au travers d'actions de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et du médicosocial, de lutte contre l'isolement social), il n'en demeure pas moins que les initiatives restent encore dispersées et insuffisamment relayées sur les territoires. Des avancées encore timides, donc, et qui ne doivent pas nous dispenser d'une réflexion de fond sur l'ossature de la société et sur les épreuves que celle-ci fait vivre aux individus, au point que certains.e.s de nos aîné.e.s continuent à la quitter au nom de souffrances personnelles, sociales et morales qui transcendent le cadre restrictif des « mortalités évitables », si chères à la santé publique. ▶



Muriel Delporte*Sociologue**Centre de recherche « Individus, Épreuves, Sociétés » (CeRIES – EA 3589), université de Lille
Conseillère technique au centre régional d'études, d'actions et d'informations
en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (Creai) des Hauts-de-France
Lille*

Le vieillissement des personnes en situation de handicap à l'épreuve des politiques catégorielles

L'augmentation de l'espérance de vie, notamment des personnes en situation de handicap, est un constat aujourd'hui bien établi. Toutefois, de profondes inégalités demeurent. Ainsi, si « les courbes d'espérance de vie des personnes handicapées dessinent des profils de mortalité tendant à se rapprocher progressivement des courbes d'espérance de vie de la population générale¹ », les personnes présentant des troubles psychiques ont aujourd'hui encore des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale et un taux de mortalité prématurée quadruplé². Il semble donc essentiel d'étudier les déterminants de cette moindre longévité. Nous nous intéresserons principalement ici aux conséquences de l'organisation catégorielle des politiques publiques sur l'expérience du vieillissement des personnes présentant un handicap d'origine psychique.

Les personnes atteintes de troubles psychiques présentent, au cours de leur avancée en âge, une fragilité accrue et spécifique³. Cette dernière trouve son origine dans différents facteurs qui se conjuguent et se cumulent. Tout d'abord, la prise de traitements médicamenteux souvent ancienne induit de nombreux effets secondaires. Ensuite, des conditions de vie parfois précaires, qui peuvent s'accompagner d'habitudes de vie néfastes pour la santé (telles que la consommation de tabac, un mauvais équilibre alimentaire, etc.). Mais elles pâtissent également des conséquences d'un moindre suivi de santé somatique tout au long de la vie : les personnes suivies pour des troubles psychiques sont nettement plus nombreuses que la population générale à ne pas avoir de médecin traitant et le moindre accès aux soins somatiques croît avec la sévérité des troubles⁴. Des difficultés apparaissent aussi au fil du vieillissement, telles qu'un phénomène de ralentissement et de lassitude, le constat de pertes de mémoire et l'émergence de troubles cognitifs, une baisse de l'acuité visuelle et/ou auditive, des déficits moteurs. Par ailleurs, les troubles psychiques ne se stabilisent pas toujours au fil de l'avancée en âge. Les personnes qui en sont porteuses font donc souvent l'expérience d'un vieillissement difficile qui s'accompagne de problèmes de santé multiples associés à des interrogations quant à leur origine : est-ce dû à la maladie, aux traitements, au vieillissement ?

Différents facteurs aboutissent ainsi, tout au long du parcours de vie, à une perte de chance concernant la santé : les personnes présentant des troubles psychiques font face à de multiples difficultés, et le cumul et l'intrication des troubles contribuent à détériorer leur état de santé en vieillissant. Mais, en dépit d'un besoin croissant, leur accès aux soins reste délicat, ce qui concourt à accélérer cette dégradation. Le secteur sanitaire est en effet organisé sur un mode catégoriel qui complique la coordination des soins, les personnes vieillissantes atteintes de troubles psychiques se trouvant à l'articulation de trois champs : la santé mentale, la santé somatique et la gériatrie.

Les personnes présentant un handicap d'origine psychique se trouvent aussi à la croisée de deux champs d'intervention : le sanitaire et le médicosocial. Les dispositifs médico-sociaux sont également organisés sur un mode catégoriel : certains établissements sont médicalisés et proposent une offre de soins, d'autres non, comme si les résidents de ces derniers, au cours de leur parcours de vie, ne devaient jamais présenter de problèmes de santé plus ou moins graves ou durables. On objectera qu'ils peuvent, comme les personnes vivant à leur domicile, recourir aux professionnels de santé du champ hospitalier ou libéral. Mais là aussi, un cloisonnement persiste entre le secteur social, médicosocial et sanitaire, et certains professionnels de santé ne sont pas formés à l'accueil de personnes en situation de handicap.

Plus largement, il nous semble nécessaire de souligner la partition opérée par les politiques publiques entre handicap et vieillissement. On distingue ainsi le champ des « personnes handicapées » et le champ des « personnes âgées » sur un critère d'âge : la barrière des 60 ans. La question se pose donc de savoir de quel champ administratif relève une personne handicapée arrivant à cet âge de la vie. Ces catégories administratives ont un impact direct sur la vie des individus, puisqu'elles déterminent les prestations (financières, humaines, matérielles) dont ils peuvent bénéficier. Mais surtout, cette organisation catégorielle concourt à envisager le vieillissement sous un prisme chronologique et à vouloir distinguer les effets du handicap et ceux du vieillissement chez une personne et en fonction de son âge, alors que ces effets se conjuguent de façon différenciée selon les individus et leur parcours de vie⁵. Elle induit une fracture entre vieillesse et handicap, comme si l'on ne devait être que l'un ou l'autre, mais pas l'un et l'autre. ▶

¹ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (2010). *Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médicosociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes* (Dossier technique), 9-10.

² Coldefy, M. et Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Question d'économie de la santé*, 237, 1.

³ Delporte, M. (2018). *Viellir avec des troubles psychiques : des difficultés croissantes, un manque de réponses adaptées* (Étude menée pour le Creai Hauts-de-France à la demande du Crehpsy).

⁴ Coldefy, M. et Gandré, C. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Question d'économie de la santé*, 237, 6.

⁵ Chamahian, A. et Delporte, M. (2019). Le vieillissement des personnes en situation de handicap. Expériences inédites et plurielles. *Gérontologie et société*, 41(159), 9-20.

La psychiatrie de la personne âgée : contours et perspectives

Longtemps ignorée des sciences médicales, la vieillesse devient un sujet d'étude en médecine grâce aux aliénistes du XIX^e siècle. Parallèlement, le concept de « démence » évolue. Celle-ci continue à être l'objet de nombreuses recherches au cours de la première moitié du XX^e siècle et passe progressivement dans le champ de la neurologie. À cette époque, la psychiatrie s'intéresse peu à la pathologie des personnes âgées¹. Les choses changent après la seconde guerre mondiale avec la prise de conscience du vieillissement démographique. Au début des années 1970, une médecine de la personne âgée, la gériatrie, s'individualise. Puis l'offre de soins psychiatrique évolue, contribuant à l'émergence de la psychiatrie du sujet âgé. Des sociétés savantes se créent aux États-Unis, en Suisse et en France dans les années 1980². En 2017, la psychiatrie de la personne âgée est (enfin) reconnue comme une subsécialité de la psychiatrie, à l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La réforme des études médicales permet la création d'une maquette de formation spécifique pour de nouvelles générations d'internes.

Champs de compétences

Prendre en charge des personnes âgées comporte un implicite sémantique, voire sociétal important : quand devient-on une « personne âgée » ? L'établissement arbitraire d'un âge de début de cette étape de l'existence est insatisfaisant, mais pratique, voire incontournable pour les versements des pensions de retraite, l'attribution de places assises dans le bus, de cartes de réduction au cinéma... mais aussi pour l'inclusion dans des essais cliniques de recherche. 60... 65... 75... 85... Rien n'est si clair. Sur le plan sanitaire, l'âge est souvent un argument impliquant une réponse binaire : « oui », il est suffisamment âgé pour être admis en service de gériatrie (à savoir, 80 ans et plus), ou « non », il est trop vieux pour être soigné en service de psychiatrie (à savoir, au-delà de 60 ans). Le vieillissement des organes est une chose, on entend le médecin dire qu'on a « l'âge de ses artères ». Le vieillissement psychique en est une autre, on entendra le psychanalyste dire qu'on a « l'âge de son désir ». Enfin, et c'est légitime, plus on avance en âge, plus on retarde l'échéance. Un sondage réalisé en 2011 avait posé la question suivante : « Selon vous, à partir de quel âge devient-on vieux ? » La réponse était : à 69 ans, si on fait la moyenne arithmétique des réponses. Mais le résultat était très différent suivant l'âge des répondants. Pour les moins de 25 ans, c'était à 61 ans, et pour les plus de 65 ans, c'était à 77 ans³.

Les discussions autour de la terminologie de la discipline rendent compte de la diversité des approches : gérontopsychiatrie, psychiatrie du sujet âgé, psychogériatrie. Cela souligne qu'il s'agit d'une discipline frontrière, qui appelle la contribution de la psychiatrie, de la gériatrie, de la neurologie, des neurosciences, des sciences humaines et sociales, et de l'éthique.

Ainsi, les termes « gérontopsychiatrie » ou « psychiatrie du sujet âgé » sont utilisés pour désigner la discipline qui s'intéresse à l'étude et au traitement des pathologies mentales qui perdurent, se manifestent ou apparaissent avec l'avancée en âge. L'Organisation mondiale de la santé et l'Association mondiale de psychiatrie avaient élaboré, dès 1996, une définition consensuelle : « La psychiatrie du sujet âgé est une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes âgées. Son domaine est la psychiatrie des personnes ayant atteint ou dépassé l'âge de la retraite. Elle se caractérise par son orientation communautaire et une approche multidisciplinaire de l'évaluation du diagnostic et du traitement. Elle s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques apparues à l'âge adulte et continuant à s'exprimer dans l'âge avancé⁴. » La « psychogériatrie », quant à elle, est une branche de la gériatrie qui s'occupe plus spécifiquement des symptômes psychologiques et comportementaux des pathologies neurocognitives (démences et maladies apparentées).

Pratique de la psychiatrie du sujet âgé

Il s'agit d'une pratique qui s'est organisée autour de la personne et de ses besoins. Ainsi, le travail est par définition pluri professionnel et interdisciplinaire. Les approches des réseaux de soins et de santé sont partie intégrante des parcours des personnes. De multiples lois, plans et rapports ont à chaque fois insisté sur la nécessaire transversalité des soins aux personnes âgées⁵. L'offre de soins en psychiatrie de la personne âgée en France est hétérogène, parfois peu lisible, mais elle a le mérite d'exister. Consultations spécifiques, équipes mobiles, unités d'hospitalisation dédiées, hôpitaux de jour, unité de soins de longue durée (USLD)... tout n'est pas optimal, faute de moyens et de ressources, mais la volonté de développement est bien présente⁶. Les familles, l'entourage et les proches sont mis à contribution, parfois – souvent – plus qu'il ne faudrait. Des dispositifs d'aide aux aidants et d'éducation thérapeutique existent, notamment au sein d'associations de familles et d'usagers. Depuis peu, le statut de proche aidant est reconnu, avec l'octroi d'un droit au répit et bientôt, peut-être, une rémunération.

Les personnes âgées, du fait de leur histoire de vie, des comorbidités somatiques et cognitives liées à l'avancée en âge peuvent développer des troubles psychiatriques spécifiques. La pratique clinique doit tenir compte d'une temporalité autre, plus lente et en même temps précise, de la dimension cognitive, des conséquences pharmacologiques du vieillissement, de la relation thérapeutique transgénérationnelle et de l'incertitude quant à la capacité soignante. ▶

¹ Albou, P. (2006). Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 6(32), 45-50.

² Hanon, C. et Camus, V. (2010). Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? *L'Information psychiatrique*, 88(1), 15-20.

³ Ifop (2011). Sondage « Les Français et le bien vieillir » : Étude groupe Prévoir. Repéré à https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2018/03/1419-1-study_file.pdf. Sondage mené auprès de 1000 personnes âgées de 18 à 90 ans.

⁴ WPA/WHO (1996). *Psychiatry of the elderly: A consensus statement*. Geneva: WHO. Repéré à https://www.who.int/mental_health/media/en/17.pdf

⁵ Rigaud, A.-S. et al. (2005). *Troubles psychiques des personnes âgées : Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris : Elsevier Masson.

⁶ Hanon, C., Seigneurie, A.-S., Hoertel, N. et Limosin, F. (2018). CRRPSA d'Île-de-France : coordonner les soins, fédérer les professionnels, promouvoir les missions universitaires. *La Lettre du Psychiatre*, (1-2).

Véronique Lefebvre des Noettes

Psychiatre du sujet âgé (AP-HP)

Docteure en Philosophie pratique et éthique médicale (UPEM), chercheuse associée au LIPHA EA 737

Limeil-Brévannes

Enjeux éthiques du consentement à l'entrée en Ehpad



« Bonjour, monsieur, nous venons avec l'assistante sociale et la psychologue vous annoncer que vous partez demain en maison de retraite... vous savez, celle qu'on est allés visiter avec votre petite-fille il y a une semaine? – Allez-y vous-même, répond Raymond¹. J'irai jamais, moi ce que je veux, c'est rester chez moi avec ma petite femme et mes enfants ! » Ce patient âgé de 95 ans, ancien ingénieur, veuf depuis un an, refuse catégoriquement l'idée d'entrer en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), qu'il avait pourtant choisi avec ses enfants et dûment visité. Ces derniers avaient donné leur accord financier, vendu le logement occupé par Raymond et agi en concertation avec l'équipe. Leur père avait fait cinq chutes graves en quelques semaines et des voisins l'avaient retrouvé gisant au sol avec un départ de feu dans la cuisine. En effet, Raymond est aujourd'hui très dépendant pour les actes de la vie quotidienne, ne marche plus seul et souffre de la maladie d'Alzheimer à un stade sévère altérant son jugement et son raisonnement.

Raymond oublie à mesure, oublie qu'il oublie et qu'il s'oublie... Raymond se perçoit jeune et dans la force de l'âge; Raymond vit dans une présentification du passé : il veut rentrer chez lui avec sa petite femme et ses enfants.

Nous, l'équipe soignante et ses enfants, le percevons comme un vieil homme, fatigué, dépendant, qui ne peut plus rester au domicile sans se mettre en danger physique, psychique et social... Tout a été fait dans les règles et le respect des bonnes pratiques et, pourtant, le réel se dérobe, il se cogne au refus catégorique de Raymond d'aller en Ehpad.

Alors, comment sortir de cette situation de crise, de ce blocage? Comment obtenir un consentement « libre et éclairé », où sont mis en tension les principes d'autonomie, de précaution, de responsabilité quand la personne accueillie en Ehpad est atteinte de troubles cognitifs altérant son jugement et son raisonnement? Les mots et les termes doivent être d'abord définis.

Qu'est-ce que consentir?

Selon le *Littré*, consentir c'est : adhérer, autoriser. Mais c'est aussi céder, se rendre à un sentiment, à une volonté, à une obligation. On voit déjà ici que le consentement est comme la figure de Janus : d'un côté, j'accepte ayant été informé de mes droits et devoirs et aussi de la possibilité de refuser et des conséquences qui peuvent résulter de ce refus; de l'autre, je cède sous la menace, la raison, le manque d'information, la lassitude. On ne dit pas tout à Raymond, on reste vague, l'important est qu'il monte demain dans l'ambulance; après, « ils » verront bien. N'oublions pas qu'un « oui » n'est libre que lorsqu'on peut dire « non ». Or, dans le cas des malades d'Alzheimer qui ne se sentent pas malades de la mémoire et vivent dans l'instant présent, il n'est pas possible, plus tard, de dire non, de dénoncer le contrat. Comment, chez les malades d'Alzheimer, s'appuyer sur le principe d'autonomie pour essayer d'obtenir un consentement à quelque chose que l'on ne comprend pas et, surtout, quand d'autres vont consentir pour vous (la famille, le tuteur, l'hôpital)?

Nulla mieux que Geneviève Fraisse², philosophe et féministe, n'a montré les clairs-obscurs du consentement. Ainsi écrit-elle : « Par-delà les vices du consentement, les défauts révèlent la négativité possible du consentement : acte de soumission, attitude de renoncement; toute adhésion n'est pas enthousiasmante. » Même si elle remarque que le consentement est une « belle et bonne notion », « Voilà un mot fait pour tout le monde. Quoi de plus estimable que le consentement d'une personne; quoi de plus rassurant aussi pour la personne en vis-à-vis? [...] Dans la grande fresque des droits de l'humanité, le consentement individuel, singulier, garant du sujet et de son intégrité doit plaire à tout le monde; et le consentement mutuel, par sa réciprocité, en est l'expression privilégiée. La mutualité du consentement désigne avant tout l'égalité des parties plutôt que l'éventuelle inégalité, ou

¹ Le prénom a été modifié.

² Fraisse, G. (2007). *Du consentement*. Paris : Seuil.

disparité, des raisons de consentir. Dignité de l'être singulier, partage entre êtres humains, voilà une histoire agréable à nos oreilles³. » Geneviève Fraisse poursuit : « Le consentement qui semble être un mot simple et transparent est pourtant obscur et épais comme l'ombre et la chair de tout individu singulier. »

Pour le philosophe Paul Foulquié, il s'agit d'un acte par lequel quelqu'un donne à une décision (Raymond), dont un autre (le médecin) est à l'initiative, l'adhésion personnelle nécessaire pour passer à l'exécution.

Le consentement est à la fois adhésion à une proposition extérieure (comme dans la définition de Foulquié) et accord avec son intériorité. Ce « consentement de vous à vous-même » dont parle Pascal, ne peut se passer d'une délibération après que les données du consentement aient été énoncées clairement et comprises. Cette étape, cette temporalité de la délibération n'est jamais respectée. Il faut faire vite (tarification à l'activité [T2A] et durée moyenne de séjour [DMS] courte), le bien a été vendu, le tuteur a dit : « Oui, il y a une place demain. » Ici se nouent les enjeux liés au colloque singulier et aussi pluridisciplinaire, au rapport entre soi, soi-même et la nébuleuse des autres... Le consentement comme rapport (à soi et à l'autre) se situe ainsi d'emblée dans une zone obscure dont il s'agit de déterminer les limites de l'intime et de l'extime. Le paradigme du consentement libre est, au plan intime, ce rapport à soi qui est déjà ébranlé par la maladie d'Alzheimer alors qu'au plan juridique, le consentement (comme dans le mariage ou le divorce) est de l'ordre du contrat entre deux parties supposées égales et en pleine possession de leurs facultés de discernement. Le consentement est ainsi à la fois individuel et collectif, en tension entre intériorité et extériorité. Il suppose une relation entre individus en pleine capacité de discernement et dûment « éclairés », c'est-à-dire informés. On voit bien qu'avec nos malades d'Alzheimer, dont le jugement et la capacité de discernement sont altérés du fait des troubles cognitifs, cette notion n'est pas adaptée.

Des sens au sens

Alors, il faut nous tourner vers les sens, la sensorialité d'un moment, de l'ici et du maintenant pour que Raymond puisse trouver du sens à notre proposition : aller en maison de retraite...

C'est pourquoi je retiens cette définition plus adaptée à nos pratiques soignantes : « consentir » vient du terme latin *consentire*, qui est composé de *cum* (ensemble), et *sentire* (sentir, penser). Toute notre approche éthique de ce moment si délicat va être dans ce « sentir ensemble », après l'énoncé et le temps de délibération, pour s'adapter aux capacités de décisions encore mobilisables chez Raymond. Ce n'est pas parce que ce patient est « sous tutelle », donc représenté dans les actes de la vie civile, que l'on ne doit pas chercher à obtenir son consentement et, en tous les cas, que l'on soit dispensé de l'informer de ce qui se passe.

Il faut toujours partir d'une présomption de compétence même chez les plus vulnérables qui n'ont plus de voix sociale, ils ont encore des choses à nous dire. Par exemple, Raymond avait toujours promis à son épouse de rester auprès d'elle, de léguer leur maison à leurs enfants, d'être « un homme debout » jusqu'au bout. Nous avons fait appel à sa petite-fille qui est venue le lendemain avec douceur et calme, l'accompagner

dans son Ehpad et nous, « les blouses blanches » (signifiant l'hôpital, la contrainte, l'enfermement, l'impossibilité de décider pour soi-même), nous nous sommes effacés pour laisser la place à cette relation qui avait du sens pour lui. Car la maladie d'Alzheimer n'enlève pas toutes les capacités de décision de manière linéaire et globale, et si nous ne nous adaptons pas à la temporalité spécifique du patient en ne répondant qu'à celle de la fluidité « de l'aval », nous n'obtiendrons jamais d'adhésion à un projet d'accueil en Ehpad, dans une urgence sociétale qui n'est jamais en phase avec la singularité des malades d'Alzheimer. Interrogeons-nous à présent sur ce refus quasi systématique à « entrer » en institution ?

Comment consentir à l'impensé ?

Du fait de l'augmentation de la dépendance et des prévisions à l'horizon 2040 qui évaluent à 22 millions le nombre de personnes âgées dépendantes, l'Ehpad reste, dans certains cas (la grande dépendance, les troubles cognitifs évolués), la seule alternative. Pour autant, 8 personnes âgées sur 10 souhaitent rester à domicile. Car rester chez soi, c'est aussi rester Soi⁴, et, on l'a vu, la maladie d'Alzheimer modifie la temporalité de Soi qui reste souvent fixée à un passé lointain, mais dont la mémoire ancienne se souvient très bien. Les malades d'Alzheimer « perdent » environ 30 à 50 ans de leur vie, se vivent souvent chez « papa et maman » et leur maison est celle de leur enfance, et non pas celle qu'ils ont habitée avec leurs enfants.

Les notions de « lieu de vie » et de « chez-soi » n'ont pas la même signification : un lieu de vie est un espace où l'on peut manger, dormir, se laver, s'habiller, mais c'est aussi un lieu à la fois privé et public, alors que le chez-soi comporte une dimension affective, indissociable de l'histoire de vie, de sa personnalité, de son niveau de vie. Il arrive aussi que certaines personnes ne se sentent jamais « chez elles », alors même qu'elles sont dans leur propre domicile, comme Raymond qui, un jour, assis sur les marches de sa maison, demande à sa fille de le ramener chez lui. Le refus d'entrer en Ehpad résulte souvent d'idées reçues, de ressentis négatifs dus aux récentes situations de maltraitances rapportées par les médias et les familles, et du coût parfois prohibitif de certaines maisons de retraite privées lucratives. Les principales raisons évoquées sont multifactorielles : le souhait de la personne âgée de rester à domicile, le déni⁵ de la perte d'autonomie, les conflits d'intérêts ou de loyauté des proches aidants conjugués au sentiment de culpabilité des proches : l'idée de ne pas pouvoir s'occuper de son parent, de le laisser à l'abandon, parfois tout simplement un manque d'information malgré les centres communaux d'action sociale (CCAS), les centres locaux d'information et de coordination (Clic) et les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (Maia). Et pourtant, il y a des « main-tiens » au domicile qui s'avèrent aussi délétères du fait de la perte d'autonomie, des risques de chute, des problèmes de sécurité, de solitude, de dépression, du manque de personnels formés intervenants au domicile, d'hospitalisations répétées, d'errances la nuit entraînant l'épuisement de la personne âgée et de ses proches.

Que dit la loi ?

Différents dispositifs et lois ont été mis en place afin de veiller au respect, à la vie privée, à l'intégrité et à la sécurité de la personne âgée.

³ Ibid.

⁴ Lefebvre des Noettes, V. (2017). *Du consentement dans la maladie d'Alzheimer : dessiner pour penser l'institutionnalisation*. Saint-Denis : Connaissance et savoirs.

⁵ Le déni est une notion utilisée en psychanalyse pour désigner le fait de refuser, de façon inconsciente, une partie ou l'ensemble d'une réalité.



Afin de protéger les personnes âgées, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV)⁶ précise que toute personne âgée en perte d'autonomie « a droit à des aides adaptées à ses besoins et à ses ressources, dans le respect de son projet de vie, pour répondre aux conséquences de sa perte d'autonomie, quels que soient la nature de sa déficience et son mode de vie ». Consentir aux soins comme à l'entrée en institution, nous l'avons vu, est inscrit dans les lois de 2002, puis dans la loi ASV, où un délai de rétractation de quinze jours avant de signer le contrat de séjour en Ehpad est aujourd'hui possible. Existe également aujourd'hui la possibilité de désigner une personne de confiance à l'entrée en Ehpad : le consentement doit être systématiquement recherché et, si possible, obtenu à l'entrée en institution. La notion de « consentement » doit donc être « travaillée » en amont. Elle repose sur deux points : la compréhension, c'est-à-dire la capacité de discernement de la personne âgée et la capacité décisionnelle. Lorsqu'il n'est pas possible de réunir ces deux conditions du fait de troubles cognitifs évolués et de la mise en place d'une mesure de représentation juridique (tutelle aux biens et à la personne ou habilitation familiale), on parle alors de « consentement pour autrui ou substitué », même si juridiquement – et cela s'entend éthiquement –, il reste nécessaire de tout faire pour obtenir au moins un assentiment de la part de la personne accueillie en Ehpad.

Consentement et assentiment

Malgré les zones de clair-obscur du consentement que nous avons évoquées, la place de celui-ci est clairement reconnue et inscrite dans la loi, mais avec la maladie d'Alzheimer, la notion d'« assentiment », connue des philosophes et des juristes, doit être réhabilitée. En effet, si une personne est incapable de donner un « consentement libre et éclairé », cette incapacité apparaît souvent fluctuante, partielle ; elle n'est jamais globale. Si les notions d'« assentiment » et de « consentement » sont proches, c'est que ces deux termes

sont tous deux issus du verbe latin *sentire*, sentir. À l'origine, celui-ci englobe deux sens : l'un, physique, renvoyant à la capacité d'éprouver, de percevoir, de ressentir, et un autre, plus intellectuel, à celle de penser, exprimer une opinion, juger. D'un côté, c'est ressentir avec ses sens, sa sensibilité, et, de l'autre, donner son sentiment, son opinion. Dans le consentement en médecine, nous avons perdu le sensible pour en rester au jugement binaire : dire oui ou non, accepter ou refuser. Assentiment, avec son préfixe *ad-* (devenu *as-*) signifie « aller vers ». Un assentiment, c'est donc un cheminement. Ainsi, Raymond, accompagné de sa petite-fille après avoir tempêté, s'est parfaitement installé dans sa maison de retraite, a mangé de bon appétit demandant même à sa petite fille de le laisser tranquille avec « ses amis ». S'il n'a pas consenti, il a assenti... Car si donner son consentement revient parfois à se soumettre en toute défiance, l'assentiment consiste à adhérer silencieusement et en confiance.

Conclusion

La question du consentement aux soins à l'entrée en Ehpad est au cœur de nos pratiques soignantes. Au lieu de nous contenter d'une croix dans une case, d'un oui ou un non, elle doit nous rendre créatifs pour nous permettre d'inventer, avec les personnes atteintes de troubles cognitifs, de nouvelles modalités de consentir, plus proches d'un assentiment. C'est là qu'une formation et une démarche éthique me semblent nécessaires. Partir d'une présomption de compétence de la personne concernée, de sa capacité à faire des choix, c'est aussi respecter sa dignité intrinsèque. Bien sûr, il faut s'assurer que les enjeux ont été compris et anticipés, qu'un véritable dialogue a été noué avec la personne âgée, l'équipe, les proches aidants, la personne de confiance, les tuteurs (à la personne et aux biens), s'ils existent, qu'ils se comprennent et travaillent dans un même mouvement, un « allers-vers » aboutissant à un assentiment fondé sur une confiance ressentie tissée en amont. ▶

⁶ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Repéré à <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00031700731&categorieLien=id>

Quelle place en Ehpad pour les personnes âgées dites « psychotiques » ?

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) accueillent des personnes âgées de plus de 85 ans, dépendantes, polypathologiques et porteuses d'atteintes cognitives. La cohabitation avec les patients issus des services de psychiatrie, orientés dès l'âge de 60 ans est difficile pour les résidents, les équipes et les familles. Cette réalité est occultée ou tenue comme secondaire par les équipes qui adressent ces patients, les Ehpad qui les reçoivent et les pouvoirs publics garants de la qualité de vie au sein de ces établissements.

La double stigmatisation, par l'âge et par l'étiquette de « patients chroniques », que subissent les personnes psychotiques en Ehpad justifie qu'elles soient mieux identifiées afin d'améliorer leurs conditions de vie et leur destinée. L'admission de ces patients, quelle que soit leur origine (domicile, foyer ou hôpital psychiatrique) résulte d'une triple réalité historique. La première concerne le processus de chronicité liée à la maladie mentale, qui affecte non pas un moment de la vie, mais l'existence même de ces sujets, et qui se conjugue à la suraliénation liée à une hospitalisation prolongée et à la discrimination ambiante. La seconde fait référence à une approche gestionnaire qui induit un décalage entre les besoins et les capacités d'accueil, conduisant à l'envoi d'aliénés puis de malades mentaux considérés incurables dans les hospices, les maisons de retraite puis les Ehpad. Enfin, la troisième réside dans une organisation des soins tributaire des théories sur la maladie mentale et des pratiques qui traversent l'histoire de la psychiatrie : du traitement moral à l'hérédodégénérescence, de la psychopathologie et la psychothérapie institutionnelle aux neurosciences¹.

Il est difficile de résister à l'impact de conceptions déficitaires conjuguant l'âge et la psychose. On trouve un indice de cette représentation dans l'usage de préfixes négatifs et péjoratifs : incurables, inassimilables, invalides, incapables, inadéquats. Le manque de données démo-épidémiologiques qui permettraient de décrire le phénomène relève d'un même désintérêt pour cette population. L'espérance de vie des sujets psychotiques est de 67 ans et la répartition hommes/femmes s'inverse à partir de 60 ans, avec une surreprésentation féminine². L'admission d'un sujet psychotique dans ces établissements ne résulte pas d'une indication thérapeutique codifiée. Lorsque le patient vit à domicile, elle s'effectue par défaut d'obtention d'un appartement accompagné ou d'une résidence autonome, de l'hôpital par défaut avec délégation, au secteur médico-social. Les profils sont divers et recouvrent des problématiques différentes :

- les patients en rupture de traitement, sortis du « circuit psychiatrique », mènent une existence chaotique dans leur famille, s'alcoolisent, négligent leur santé, les soins du corps et la gestion de leurs ressources. Les proches aidants démunis sollicitent une institutionnalisation ;
- ceux qui, isolés, en rupture de soins, partagent avec des sujets en précarité sociale des existences marginales où ils sont tolérés jusqu'au moment où leur discours ou leur comportement devient une urgence sociale ou psychiatrique les conduisant à l'institutionnalisation. Les équipes de secteur, basées au centre médico-psychologique (CMP), l'équipe mobile précarité-exclusion (EMPE) ou de psychiatrie du sujet âgé sont sollicitées (EMPSA). Le signalement est motivé par une activité délirante ou hallucinatoire, une incurie au domicile ou des conduites d'alcoolisation ;
- les patients résidant dans des structures sanitaires ou médico-sociales dont l'âge met en cause leur place pour une limite administrative ou sous la pression d'admission de sujets plus autonomes. Sont concernés les séjours en appartement, en placement familial thérapeutique, en foyer de vie ou en foyer accolé à un établissement et service d'aide par le travail (Esat). Faute d'alternatives, ils sont orientés vers un Ehpad où ils se sentent relégués ;
- les personnes psychotiques longuement hospitalisées en psychiatrie cumulent les handicaps, les antécédents médicolégaux, les addictions, ou sont résistantes aux approches thérapeutiques.

Le passage du domicile, d'un appartement thérapeutique ou de l'hôpital vers un Ehpad induit une rupture. Le patient devient un résident, il est confronté à des personnes plus âgées – avec un écart de l'ordre d'une génération. L'ambiance soignante n'est pas la même, les équipes n'ayant ni l'expérience dans ce domaine ni le désir d'assurer des accompagnements, parfois décidés rapidement et sans concertation. Le changement d'appartenance au groupe entraîne des difficultés d'adaptation. Certains transfèrent leur dépendance dans ce nouveau lieu et « se font oublier ». D'autres troquent leur appartenance à la « psy » pour adopter le costume de « vieux », s'en accommodent et gagnent en autonomie. L'admission, vécue comme un exil, favorise un effondrement dépressif, des angoisses de mort, la réactivation du délire ou de l'agressivité.

Le glissement de la représentation dominante de déficience vers celle d'altérité, le renforcement des conditions du maintien au domicile, la formation des équipes d'Ehpad et le renforcement de leurs moyens sont des voies d'amélioration. La préservation des liens avec l'équipe de psychiatrie qui adresse les patients et le regroupement de ces derniers au sein d'unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) dont certaines sont dédiées aux handicapés psychiques contribuent à la qualité de vie de ces résidents. ▶

¹ Plusieurs moments jalonnent l'histoire de ce transfert vers les Ehpad : le premier a accompagné la création des asiles, puis la mise en place de la politique de secteur dans les années 1960-1970; le second s'est produit dans les années 1980-1990, à la faveur du mouvement de désinstitutionnalisation prôné par l'antipsychiatrie; le troisième, qui s'observe depuis les années 2000, coïncide avec la transformation de l'hôpital public en hôpital-entreprise et la stratégie de déshospitalisation.

² Le nombre de ces résidents est de l'ordre de 30 000, alors que le nombre de patients de plus de 60 ans longuement hospitalisés en psychiatrie ne dépasse pas 1 500.

Jessica OzennePsychologue clinicienne – Groupe SOS Solidarités
Docteure en psychologie clinique et psychanalyse – Université Paris 7
Paris

Vieillesse et rétablissement : quelle évolution pour le statut du sujet en institution ?

« Quand j'ai visité le foyer pour la première fois, j'ai lu le panneau devant le bâtiment et je me suis sentie glacée. C'était comme entrer dans un tombeau. » Ainsi s'exprime une personne en situation de handicap psychique en décrivant son premier contact avec son nouveau lieu de vie, un foyer d'accueil médicalisé. Devant le bâtiment flambant neuf, la pancarte présentant le chantier n'a pas encore été enlevée, il est inscrit en lettres capitales et en gros caractères : « Ici, nous construisons un foyer pour personnes handicapées psychiques vieillissantes. » Comment comprendre cette réaction ? Le poids des signifiants indique-t-il que le statut de personne vieillissante est vécu uniquement par le prisme de la perte ? Mon expérience clinique au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) spécialisé dans l'accueil d'un public dit « psychiatrique », puis dans un foyer d'accueil médicalisé, vient bousculer cette intuition première qui nous fait penser que vieillir implique uniquement une dégradation.

La question du vieillissement, lorsqu'elle s'intrique avec les troubles psychiques, implique des enjeux cliniques et pratiques nouveaux. Certains chercheurs américains¹ proposent un « âge pondéré » dans le cas des pathologies psychiatriques : en cause, un vieillissement accéléré par la difficulté d'accès aux soins, les parcours d'errance et les effets secondaires des médicaments. Ils situent cette limite du vieillissement des personnes à 55 ans, avec l'idée que les recherches sur les « psychotiques vieillissants » devraient commencer à cet âge. Les données Améli, en 2018, fixent à 10 ans la réduction de l'espérance de vie pour les hommes et 18 ans pour les femmes souffrant de psychose². Ces chiffres donnent le vertige. Il n'existe néanmoins pas de données démographiques et épidémiologiques fiables³ dans le domaine des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes ; dès lors, l'étude du phénomène ne dispose pas de réels moyens d'échapper aux préjugés et à la « sensation que » les personnes se détériorent au plan cognitif.

Pourtant, le lien entre vieillissement et rétablissement nous paraît intéressant du point de vue du recul des symptômes psychotiques dit « positifs », mais également en termes de stigmatisation. Les personnes qui témoignent de leur expérience d'admission dans un Ehpad après de longues périodes de suivi dans le secteur sanitaire montrent que le statut de personne âgée peut être porteur d'un véritable soulagement. D'une part, contredisant le long parcours d'une vie à l'écart du social pour les patients psychiatriques les plus

institutionnalisés, les patients « psy », comme l'équipe continuait à les nommer, semblent *se rétablir*. C'est un résident qui m'a expliqué un jour qu'ici (à l'Ehpad), il était « *juste un vieux, comme tous les autres* », ajoutant qu'en plus, en vieillissant, il commençait à mieux connaître ses symptômes, et qu'il était moins « *fou-fou* ». Alors que certaines personnes sont arrivées directement de leur chambre d'isolement à l'hôpital, elles participent désormais à des activités, à mon groupe de parole, exprimant assez librement les angoisses, le parcours de vie, les échecs et également les espoirs d'un devenir meilleur, même s'ils ont la certitude que l'Ehpad, « *c'est la fin* ».

Une deuxième observation se situe du côté des équipes accompagnant les résidents au quotidien, qu'il s'agisse d'un Ehpad ou d'un foyer d'accueil médicalisé. Elles n'ont aucune formation à la psychiatrie. Auxiliaires de vie, aide-soignants, aides médico-psychologiques forment la majorité du personnel, comme c'est le cas dans ces établissements parfois peu dotés en moyens financiers. Cette situation, loin de représenter une difficulté dans l'accompagnement, est valorisée par les usagers. Ils se montrent très contents de cette « absence de compétence » dans ce domaine : les personnes ont le sentiment de ne plus porter d'*étiquette* et supportent mieux l'idée que les symptômes visibles soient attribués à l'âge plutôt qu'à la psychose. Les usagers que je reçois en entretien s'étendent longuement sur ces considérations, d'autant que leur autonomie physique leur confère parfois un rôle social particulier au sein de l'établissement. Dans un basculement identitaire, face à des personnes âgées « ordinaires », il endosse le statut des « cas faciles ». Cette modification semble être un point d'appui important pour une vie quotidienne plus apaisée dans ce type de structures.

La question du vieillissement des personnes en situation de handicap psychique est un champ de recherche immense. Les mécanismes psychiques en jeu dans les remaniements qui semblent à l'œuvre nous ouvrent des champs d'études et de modification des pratiques importantes. La question de plus en plus prégnante du rôle des institutions dans l'accompagnement médicosocial de ce public vieillissant est également à considérer. On assiste aujourd'hui à un effort de convergence entre les secteurs sanitaires et médicosociaux, et les formations « à la psychiatrie » ou aux « troubles psychiques » se multiplient pour les équipes accompagnantes. Mais cette spécialisation doit être évaluée. Comment les personnes peuvent-elles s'appuyer, au niveau identitaire, sur cet anonymat psychiatrique promis par leur nouveau statut de personnes vieillissantes si les pratiques institutionnelles se calquent sur celles de la psychiatrie ? ▶

¹ Cohen, C. et Iqbal, M. (2014). Longitudinal study of remission among older adult with schizophrenia spectrum disorder. *The American journal of geriatric psychiatry*, 22(5), 450-458.

² Jovelet, G. (2018). Handicapé psychique âgé, une catégorie ? *Santé mentale*, 232, 26-32.

³ Cases, C. et Salines, E. (2004). Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Revue française des affaires sociales*, 1, 181-204.

Les sans-abri vieillissants du métro parisien



¹ Collectif Les Morts de la rue (2019). *Mortalité des personnes sans-domicile 2018. Enquête Dénombrer et Décirer*. Repéré à http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/RAPPORT_A5_2017Web.pdf

² Arnaud, A. et al. (2018). *Handicap et perte d'autonomie chez les personnes sans domicile. Exploitation secondaire des données de l'enquête HYTPEAC*. Paris : Observatoire du Samusocial.

³ Loison-Leruste, M., Arnaud, M. et Roullin, B. (2015). *Les personnes de 50 ans ou plus utilisant des services d'hébergement et de distribution de repas pour sans-domicile. Étude pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*.

⁴ Cette observation se situe dans la lignée du « syndrome de désocialisation, selon lequel les personnes perdent progressivement leurs repères spatio-temporels et même humains à force de vivre dans la rue », syndrome en vigueur dans les milieux médicaux à partir de l'enquête menée par Patrick Henry sur les sans-abri rencontrés à l'hôpital de Nanterre. E. Gardella, *L'urgence sociale comme chronopolitique. Temporalités et justice sociale de l'assistance aux personnes sans-abri en France depuis les années 1980*, p. 77.

L'âge moyen de décès des personnes à la rue est inférieur à 50 ans, estime le collectif Les morts de la rue¹. Cependant, la proportion de personnes âgées parmi les sans-abri tend à augmenter et cette population connaît un vieillissement prématuré. Celui-ci se traduit, par exemple, par des problèmes physiques limitant les activités quotidiennes². La prévalence de limitations physiques fortes est plus élevée chez les sans-abri qu'en population générale et augmente avec l'âge et le temps écoulé depuis la première perte de logement. L'accompagnement des sans-domicile vieillissants interpelle de façon de plus en plus large les professionnels du secteur social et médicosocial, en ce qu'ils constituent « la dernière frange des exclus des dispositifs institutionnels de l'intégration sociale³ ».

Ce phénomène de vieillissement prématuré à la rue semble encore plus prégnant s'agissant des personnes qui trouvent refuge dans le métro. Le docteur Patrick Henry, qui a créé la première consultation médicale pour les sans-abri à l'hôpital de Nanterre, a souligné les effets délétères du métro tant sur la santé que sur l'inscription sociale de ceux qui y séjournent⁴. L'espace métropolitain serait le territoire des plus désocialisés d'entre les sans-abri, désocialisation qui, vue sous un prisme médical, est indissociable d'altérations physiques conséquentes et nécessite un sauvetage d'urgence.

En 2019, l'Observatoire du Samusocial de Paris a mené une enquête sur les sans-abri présents dans le métro parisien⁵ qui permet d'examiner plus précisément la situation des sans-abri vieillissants dans le métro.

Une population variée, fréquentant le métro selon des modalités diverses

Présents la plupart du temps, parfois dégradés physiquement, certains sans-abri sont, par leur forte exposition au regard public, la figure à partir de laquelle se façonne un imaginaire du « sans-abri du métro » – mais aussi des politiques publiques et des commandes d'enquête⁶. De fait, l'étude quantitative effectuée en juin 2019 décrit une population âgée et dans un état de santé plus dégradé que la moyenne, qui peut sembler conforme à l'image du « clochard » à demeure sur les quais du métro.

Les sans-abri recensés sont majoritairement des hommes seuls (82 %), avec une moyenne d'âge de 46 ans ; 54 % ont 45 ans ou plus, 18 % ont 60 ans ou plus. Leur durée d'errance est particulièrement longue : plus des trois quarts des sans-abri sont sans logement depuis au moins un an, près de la moitié, depuis au moins cinq ans et plus d'un quart, depuis au moins dix ans. Parmi la population enquêtée, 31 % des personnes déclaraient que leur état de santé était bon ou très bon, mais la même proportion se déclare également en mauvais ou très mauvais état de santé. En comparaison avec d'autres enquêtes, les sans-abri présents dans le métro ont eu plus souvent tendance à déclarer un mauvais état de santé.

Cependant, les sans-abri présents dans le réseau ne constituent pas une population homogène : à côté des habitués, ayant souvent connu une longue durée d'errance et passant le plus clair de leur temps sous terre, le réseau abrite des travailleurs précaires, des femmes qui fuient des violences, des jeunes en rupture familiale, des toxicomanes, des handicapés, des malades, dont la pathologie a brisé le parcours professionnel.

Leurs façons de prendre position dans le métro, comme un pis-aller ou comme dans un espace de ressources comme un autre, sont variables et dépendent de ces parcours de vie, qui donnent sens diversement à leur présence à la rue. Les habitués du métro y trouvent la plupart des ressources dont ils ont besoin. Figures connues des voyageurs, ils bénéficient de leurs dons, développent des interactions avec eux comme avec les différents intervenants de la station et restent ainsi, nuit et jour, dans un environnement qui leur est familier et où ils se sentent reconnus. Ils côtoient ceux qui n'utilisent le métro comme abri que pour leur nuit et organisent la plupart de leurs activités à l'extérieur, comme ils le faisaient avant de perdre leur logement, ainsi que ceux qui en sont absents la nuit mais y séjournent en journée, y trouvant un espace de sociabilité plus stable que dans les lieux extérieurs qu'ils connaissent.

Ainsi, la présence de sans-abri sur le réseau métropolitain se comprend dans l'économie plus large des modes de vie à la rue, ce qui suppose de prendre en compte le métro dans la diversité de ses espaces et dans sa capacité à répondre aux besoins des sans-abri, et de rapporter cette capacité aux autres espaces susceptibles de remplir cette fonction.

Viellir dans le métro : une solution préférable aux hébergements proposés pour certains

Parmi les habitués de longue date du métro se trouvent beaucoup d'individus ayant eu des parcours dominés par un rapport très précaire à l'hébergement et qui tirent parti des ressources qu'offre le métro, jugé préférable aux solutions d'hébergement d'urgence qui leur sont proposées. Loin que ces refus d'hébergement soient le signe d'une désocialisation⁷, ils sont souvent les indices que les liens que ces personnes ont tissés dans leur environnement de fortune leur sont plus précieux que l'assurance d'un lit pour la nuit. Elles peuvent toutefois, en fonction de leurs besoins, accepter d'être accompagnées ou se rendre par elles-mêmes dans un lieu d'assistance.

Bernard, 69 ans, ne peut dater le début de son installation dans le métro parisien. « Ça va faire pas loin d'une dizaine d'années », dit-il dans un premier temps. Une dizaine qui correspond plutôt à une vingtaine d'années, si l'on se réfère à la suite de son récit, et aux précisions des agents du Recueil social de la RATP qui se souviennent de lui et du groupe, installé à la station Nation, dont il faisait partie. « Ma mère était chtimi, mon père était gitan. Je suis fils unique, je suis né dans un garage. Parce que mon père, il avait pas les moyens d'avoir un appartement, quoi ! » Ses parents décédant alors qu'il avait 8 et 9 ans, Bernard a suivi un parcours résidentiel resté marqué par la précarité et l'impossibilité à avoir un « chez-soi ». Recueilli dans plusieurs foyers, il a ensuite vécu quelque temps dans une famille d'accueil, dont il s'est enfui à l'âge de 14 ans suite aux mauvais traitements qu'il y a subis et qui lui ont laissé des séquelles au niveau de la colonne vertébrale. Il a ensuite « fait la route », dormant au gré des villes où le conduisaient les conducteurs le prenant en stop, dans la rue ou dans divers abris de fortune : « J'ai même dormi dans

la neige au Mont-Saint-Michel, en faisant un igloo en neige, quoi, j'avais pas de carton, j'avais pas de duvet, j'avais rien. Quand on a pris la température de la neige, on n'a plus froid, on s'est rendu congelé ! »

Une fois à Paris, il vit en alternance dans le métro et dans les accueils de jour, les centres d'hébergement d'urgence, qu'il fréquente de temps à autre « pour prendre une douche, pour se reposer un peu » et, plus récemment, à la suite d'une intervention chirurgicale, à l'hôpital, en lit halte soins santé (LHSS), en maison de repos. Étant donné l'état physique de Bernard, sa place en maison de repos était conçue comme une solution d'attente avant que lui soit proposé un hébergement plus pérenne, mais il a quitté l'établissement au bout d'un mois.

Cette fuite pourrait accréditer l'idée d'une désocialisation progressive corroborée par une fréquentation de plus en plus rare des centres d'accueil, mettant en évidence le métro comme dernier abri possible pour des personnes de moins en moins tournées vers l'extérieur. Pourtant, le récit des raisons de son départ de la maison de repos témoigne plus d'une évaluation rationnelle des bénéfices relatifs à occuper ces lieux, en référence à d'autres endroits ou aux mêmes lieux fréquentés à une autre époque, que d'une incapacité à passer du temps en société, voire à s'extraire de l'enracinement dans le métro : « Si j'avais voulu, ils me gardaient encore le temps qu'ils me trouvent quelque chose, mais j'en ai eu tellement marre, c'est des barjos là-bas, je me suis sauvé. [...] La moitié là-bas, c'est rien que des handicapés, c'est rien que des malades mentaux. En plus, on était à quatre dans les chambres, y'en a ça ronflait, y'en a qui parlaient la nuit, excusez-moi, y'en a qui pètent la nuit, y'en a les toilettes dans les chambres, ils ont même pas le courage de se lever pour faire un pas pour aller aux toilettes, ils se lèvent même pas, ils s'assoient sur le lit, ils pissent dans le lit... »

Si l'on met ce récit en rapport avec la description de l'atmosphère régnant à la station de RER dans laquelle Bernard passe ses nuits actuellement, ou aux scènes de convivialité observées dans le sillage de nos entretiens, son choix apparaît cohérent et adapté aux ressources matérielles et sociales dont il dispose par ailleurs. Le parcours de Bernard est dépourvu d'expériences résidentielles stables qui puissent justifier de « tenir bon » dans un hébergement provisoire aux conditions dégradées. Qui plus est, son habitude de conditions d'habitat précaires, signe d'une forme d'immunité au quotidien (qui pourtant ne le soustrait pas aux conséquences sanitaires), lui fournit des ressources pour envisager d'autres possibles : il est aguerri à la rudesse des abris de fortune et dispose d'une gamme de solutions au sein desquelles le métro côtoie parcs, bungalows, garages et portes cochères.

La situation de Bernard – d'un côté âgé et, sans surprise, mal en point ; de l'autre, récalcitrant à toute forme d'enfermement et familier de la zone – illustre avec force les difficultés que ceux qui interviennent auprès des sans-abri peuvent avoir à leur proposer une aide adéquate : une aide qui réponde à une diversité de formes de dénuement et d'altération, mais qui tienne compte des capacités, même affectées, des personnes. Ces capacités se lisent notamment à travers les liens qui les rattachent à l'espace public, au double sens du mot, métropolitain. Leur prise en compte, en matière d'aide institutionnelle, pourrait constituer le socle d'un droit à l'habiter.⁸ ▶

⁵ Lebugle, A. et l'équipe de l'enquête SARR. (2019). *Les sans-abri présents dans le réseau de la RATP : principaux résultats de l'enquête SARR* (Rapport). Observatoire du Samusocial de Paris; Macchi, O. (2019). *Les sans-abri présents dans le métro parisien – Parcours, usages, interactions* (Projet financé par la RATP, le conseil régional d'Île-de-France et le Samusocial de Paris). Paris : Observatoire du Samusocial.

⁶ Brousse, C. et al. (2008). *Les sans-domicile*. Paris : Éditions La Découverte.

⁷ Gardella, E., et Arnaud, A. (2018). *Le sans-abrisme comme épreuves d'habiter. Caractériser statistiquement et expliquer qualitativement le non-recours aux hébergements sociaux*. Paris : Observatoire du Samusocial, Onpes.

⁸ Nous vous invitons à lire l'interview d'Édouard Gardella : Mouillard, S. (2019, 4 décembre). Pour aider les sans-abri, il faut s'appuyer sur les liens qu'ils ont créés dans la rue. *Libération*.



Sabrina Lalaoui

Coordinatrice, éducatrice spécialisée
Équipe « Accompagnement vers le logement »
Petits Frères des Pauvres
Marseille

Erik Thiriet

Coordinateur, assistant de service social
Équipe « Accompagnement vers le logement »
Petits Frères des Pauvres
Marseille

Ludovic Leydet

Responsable
Équipe « Accompagnement vers le logement »
Petits Frères des Pauvres
Marseille

Accompagner des personnes âgées précaires

▶ Les Petits Frères des Pauvres

Depuis 1946, l'association les Petits Frères des Pauvres lutte contre l'isolement des personnes âgées, prioritairement les plus démunies. Par ses actions, elle recrée des liens leur permettant de reprendre goût à la vie : partager des expériences, trouver avec eux des solutions à leurs problèmes, les aider à retrouver la joie, être soi, être libre de ses choix, rêver et oser réaliser ses rêves et se projeter à nouveau.

Les bénévoles sont les maillons essentiels de cette chaîne de solidarité. Par des visites régulières au domicile des personnes âgées (chez elles, en foyer logement, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], à l'hôpital, à la rue, soit tout ce qui fait domicile), ils leur permettent peu à peu de retrouver une dynamique de vie. À Marseille, ce sont 250 bénévoles qui accompagnent tout au long de l'année 400 personnes de plus de 50 ans. Au total, six équipes d'action territoriale interviennent sur le territoire marseillais, et deux autres accompagnent spécifiquement les personnes vers le logement et des personnes gravement malades ou en fin de vie.

Les Petits Frères des Pauvres à Marseille, c'est aussi une pension de famille, Labadié, située dans le 1^{er} arrondissement. Celle-ci accueille 27 résidents en situation de très grande précarité. Un nouveau bâtiment acquis par l'Association en centre-ville de Marseille, qui est une extension de la pension de famille Labadié, accueille depuis fin septembre 2019 une dizaine de résidents. Ces derniers cohabitent avec des bénévoles et des salariés dont les bureaux sont implantés dans l'immeuble ainsi qu'avec d'autres locataires hors Petits Frères. L'Association s'occupe également d'une maison d'accueil à la journée, la campagne Le Manier, située dans le 12^e arrondissement de la cité phocéenne, qui propose des repas, des ateliers ou des activités intergénérationnelles.

Créée en 1958, soit douze ans après la naissance de l'Association à l'échelon national, la Fraternité de Marseille a fêté en 2018 son soixantième anniversaire.

Au sein de notre équipe « Accompagnement vers le logement », nous, travailleurs sociaux salariés et bénévoles, accompagnons des personnes âgées isolées en situation de précarité sans chez-soi. Si la vieillesse peut générer des pertes et s'envisager notamment sous cet angle-là, les personnes que nous accueillons et accompagnons présentent, en plus, la caractéristique d'avoir eu un parcours de vie lui-même jalonné de pertes et de ruptures multiples. Cela induit-il quelque chose en termes d'approche et de posture professionnelle ? Accompagne-t-on différemment un public âgé, précarisé et un public constitué de personnes plus jeunes en situation de précarité ? Y a-t-il une frontière visible, au-delà de l'âge inscrit dans notre état civil ?

L'accompagnement de personnes en situation de grande précarité, en soi, peut s'avérer complexe pour de nombreuses raisons : des problématiques qui se cumulent

et s'entretiennent mutuellement, une instabilité matérielle chronique qui rend difficiles les démarches de rétablissement... De surcroît, lorsque l'on s'adresse à des personnes vieillissantes, qui sont susceptibles d'éprouver certaines problématiques liées à la prise d'âge et qui, de fait, peuvent être marquées par des parcours d'errance plus longs et des années de rue plus nombreuses, cela impose de repenser le cadre que nous leur proposons et d'adapter nos pratiques.

On peut observer que nombre de personnes coïncidant à ce profil et ayant pu expérimenter un accompagnement au sein de structures parfois très contraintes par des files actives particulièrement longues sont susceptibles d'avoir des difficultés à se retrouver dans un contexte où l'individualisation est peu aisée. Cela est particulièrement notable lorsque les personnes sont diluées dans des collectifs ayant un rayonnement important, ce qui peut avoir tendance à rendre peu audibles leurs demandes lorsqu'elles existent, voire à les invisibiliser purement et simplement. À cet égard, il y a alors un réel enjeu, d'une part, à initier des démarches d'« aller vers » pour travailler avec les personnes un projet d'accompagnement quel qu'il soit, alors qu'elles ne sont pas forcément inscrites dans un parcours institutionnel ou qu'elles n'émargent à aucun dispositif, et, d'autre part, à leur proposer un cadre d'accueil à même de garantir une écoute bienveillante, susceptible de favoriser au mieux leur expression.

Le repli sur soi de certaines personnes âgées est une réalité. Or ce contexte d'isolement peut avoir des conséquences dramatiques, au premier rang desquelles une prise en charge médicale trop tardive, par exemple. De même, voir une personne tous les jours parce qu'elle fréquente une structure ne doit pas nous empêcher de nous poser la question de ce qu'elle vient y faire, de ce qu'elle y recherche, *a fortiori* lorsque la réponse paraît évidente : bénéficier d'une aide matérielle. Cela ne veut évidemment pas dire qu'il faille être pressant avec les personnes, mais que, *a minima*, nous leur garantissons le fait qu'elles ont la possibilité de nous le dire, à leur rythme et selon leurs mots, même si c'est compliqué. C'est un équilibre à trouver dans la relation que nous entretenons avec elles.

Une tendance observable, mais heureusement de moins en moins fréquente conduit à des comportements d'infantilisation des personnes âgées, à l'image de ce que l'on peut observer en ce qui concerne la petite enfance. Les contextes d'accompagnement sont des espaces où l'on pourrait être tenté de se dire que nous savons, mieux que les personnes elles-mêmes, ce qui est bon pour elles. Au-delà de poser un problème éthique évident, ce serait

¹ Institut CSA (2017). *Solitude et isolement quand on a plus de 60 ans en France en 2017*. Les Petits Frères des Pauvres.



nier les parcours extrêmement riches de ces hommes et ces femmes ainsi que la diversité de leurs expériences de vie, qui constituent un vrai bagage et qui sont source de potentialités, permettant aux personnes *in fine* de se positionner, de s'exprimer, de donner leur avis, sous réserve que le cadre qu'on leur propose le permette. L'expérience a son corollaire, l'habitude. Là encore, il faut être prudent avec cette notion derrière laquelle on peut se réfugier un peu trop rapidement et qui voudrait que les personnes âgées soient enfermées dans des habi-

tudes (on ne parle pas de rituel). Si cela peut être le cas, cela ne l'est pas plus que pour tout un chacun et, bien souvent, il s'agit surtout de faire preuve de souplesse afin de ne pas induire de radicalité dans notre approche pouvant, le cas échéant, être perçue comme brutale par les personnes.

Les phénomènes d'isolement et de précarité ont tendance à conduire à un entre-soi, dans lequel les personnes sont enfermées, et qui font qu'elles ne côtoient, au quotidien, que des personnes plus ou moins dans leur situation. De même, elles côtoient un ensemble d'intervenants avec qui les échanges tournent bien souvent exclusivement autour de ce qui fait problème pour elles. Dès lors, il apparaît fondamental de pouvoir les amener à sortir de ces logiques.

Notre projet associatif place l'engagement bénévole au cœur de son action. En complément d'un volet social technique qui peut être porté par des travailleurs sociaux salariés, les personnes âgées ainsi accompagnées sont également en lien avec des bénévoles, sans autre enjeu *a priori* que celui de la relation. Cette entrée relationnelle constitue une plus-value dans le sens où elle permet de réinscrire les personnes dans une dynamique de lien social et des réseaux de proximité, ce qui a un réel impact sur l'image qu'elles peuvent avoir d'elles-mêmes. La sensation de pouvoir profiter du quotidien « comme tout le monde » (boire un café en terrasse, aller à un spectacle, être invité et attendu quelque part, par quelqu'un), en dépit de sa situation matérielle, contribue alors à créer un cercle vertueux à même de renforcer l'estime de soi. Les personnes sont ainsi dans de meilleures dispositions pour se saisir des dispositifs ou (ré)activer leurs droits, par exemple.

Le vieillissement constitue un facteur aggravant de la précarité des personnes. L'inverse est également vrai. Il va sans dire qu'il vaut mieux vivre une vieillesse dans des conditions matérielles et de confort, si ce n'est optimales, du moins acceptables, plutôt que dans des conditions instables, précaires, indignes. La vieillesse n'est pas une maladie, mais les fragilités qu'elle induit chez les personnes sont une réalité objective. Ces fragilités viennent se surajouter aux difficultés psychosociales préexistantes chez les personnes en situation de grande précarité, d'errance et peuvent complexifier la prise en charge de ces situations et les réponses qu'on peut leur apporter. ▶

▶ À savoir

En France, une personne âgée sur quatre souffre d'isolement.

On dénombre 300 000 personnes de plus de 60 ans en état de « mort sociale », privées de liens et des plaisirs simples et essentiels de la vie. Les nouveaux rythmes de la vie contemporaine conduisent malheureusement à une fragilisation du lien familial, social et à un nombre croissant de personnes âgées isolées, la pauvreté venant aggraver ce phénomène.

Pour les Petits Frères des Pauvres, chaque personne âgée devrait pouvoir vivre pleinement sa vie jusqu'au bout en maintenant le lien social indispensable à son bien-être et à sa sérénité. Une personne âgée isolée est une personne en souffrance et pour nous, cette situation est inacceptable.

Une démarche de santé communautaire auprès des personnes âgées migrantes

1 OMS (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Genève : OMS.

2 Réalisée dans le cadre du master « Politiques sociales et développement territorial » (Parcours InPACT). Il s'agit d'une recherche-action sur la santé globale des femmes d'origine algérienne essentiellement âgées de 50 à 70 ans. Le choix méthodologique de la recherche-action a été essentiel, car nous souhaitions utiliser la recherche-action comme un outil conscientisant avec une démarche collective d'appropriation des données et d'élaboration de réponses adaptées afin que les femmes soient actrices de la recherche (Zask J., 2004. L'enquête sociale comme interobjectivation. Dans B. Karsenti et L. Quéré L. [dir.], *La croyance et l'enquête : aux sources du pragmatisme*. Paris : Éd. de l'EHESS; Rhéaume, J. [1982]. La recherche-action : un nouveau mode de savoir? *Sociologie et sociétés*, 14(1), 43-51; Pascal, H. et al. (2015). *Les recherches-actions collaboratives : une révolution de la connaissance : les chercheurs ignorants*. Paris : Presses de l'EHESSP).

3 Cette position de recherche assumée s'inscrit dans la recherche située (*stand-point*) qui suppose de rendre compte de ce/ceux que la construction du savoir inclut ou exclut et quels seront ses effets (Puig de la Bellacasa, M. [2003]. *Divergences solidaires. Autour des politiques féministes des savoirs situés*. *Multitudes*, 2(12), 44).

4 Lebbal, M. (2017). Soutenir l'accès au soin et aux droits dans un territoire urbain de la région Auvergne-Rhône-Alpes, quand l'action sociale communautaire entre en jeu. Dans C. Trombert (dir.), *Des besoins aux décisions : réceptions et traductions de demandes d'usagers aux échelons locaux de l'aide sociale et de l'action sociale* (Rapport final). Dress-Mire-Cnaf; Autant-Dorier, C. et Lebbal, M. (2018). La création d'un espace social et de santé communautaire « par et pour les migrants âgés » : savoirs situés et pratiques instituant. *Sciences et actions sociales*, 10. Repéré à <http://www.sas-revue.org/n-conception/57-n-10/dossier-n-10/145-la-creation-d-un-espace-social-et-de-sante-communautaire-par-et-pour-les-migrants-ages-savoirs-sites-et-pratiques-instituant>

5 L'Association accueille majoritairement des ressortissant.e.s d'Algérie dont les situations sont rendues particulièrement complexes du fait des statuts variables selon leur dates d'entrée et leur statut de séjour en lien avec l'histoire coloniale.



La question du vieillissement des personnes âgées migrantes est présentée ici à partir des expériences menées à Globe 42, un centre de santé et social de type « participatif » inspiré des méthodes de la santé communautaire. La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités¹.

L'association Globe 42 a été fondée à partir d'une démarche initiale de recherche-action² conduite avec un groupe de femmes âgées migrantes par une assistante sociale, elle-même fille d'immigrés, par ailleurs militante pour la reconnaissance des droits des personnes migrantes³. Les activités de ce centre se développent depuis trois ans et ont fait l'objet d'une nouvelle recherche centrée sur la question du (non-)accès au droit dans le cadre d'un appel à projets de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Mission de la recherche (Dress-Mire) et de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)⁴.

Notre rôle est d'identifier les moyens qui pourraient être mis à disposition des migrant.e.s pour « bien vieillir ». Autrement dit, comment faire pour que les migrant.e.s puissent trouver leur place de manière ordinaire dans l'ensemble des politiques publiques mises en place pour les personnes âgées? L'objet précis de l'Association est que le projet de vie des personnes migrantes âgées soit rendu possible, c'est-à-dire, en assurant la prise en compte de leurs besoins et leurs attentes comme toute personne âgée.

Avant d'aborder les spécificités des personnes migrantes confrontées au vieillissement, il nous paraît important de souligner que ce sont des hommes et des femmes qui sont concerné.e.s par les mêmes problèmes et les mêmes réalités de la vie quotidienne que leurs concitoyen.ne.s non-immigré.e.s, soit des difficultés à se déplacer, à voir, à entendre et, pour certain.e.s, par l'isolement. Le vieillissement renvoie inévitablement à la question de la dépendance, qui fait référence à la capacité d'assouvir de manière autonome ses besoins vitaux, tels que manger, se déplacer ou avoir une vie sociale. Si ces possibilités disparaissent, les personnes doivent être accompagnées pour les réaliser. Il faut donc œuvrer pour que leur autonomie soit préservée sur le plan physique, social et psychique. Les seniors de Globe 42 sont soit des hommes et des femmes qui vieillissent chez eux, elles et en famille, soit des personnes isolées de manière artificielle de leur famille, restée au pays ou n'étant plus présente.

L'analyse de l'offre médicosociale du point de vue des personnes migrantes permet de déplacer la grille de lecture des questions liées au vieillissement. Les permanences individuelles de soutien à l'accès aux droits et à la santé que propose l'Association montrent que les personnes migrantes âgées sont confrontées à des difficultés administratives, des obstacles juridiques, ainsi qu'à des droits différenciés par rapport à leurs homologues non immigrés, ce qui les fragilise⁵.

Les discours produits par les acteurs institutionnels et par la recherche académique ne permettent pas de rendre compte de l'impact des discriminations combinées à la problématique des classes sociales, du genre et des ethnies, auxquelles il faudrait ajouter les facteurs liés à l'âge.

Alors que les acteurs du secteur médicosocial font état d'une méfiance de la part des personnes immigrées à l'égard des soins, des rencontres problématiques liées

aux difficultés de langue, d'une méconnaissance des dispositifs sociaux et de santé de la part de ce public ainsi que d'un recours tardif aux soins (principalement en situation d'urgence), les femmes associées à l'étude ont souligné que les discriminations liées aux origines, au genre et à l'appartenance à une classe sociale précaire interagissent, entraînant des effets délétères sur la santé.

Les femmes ont témoigné de diverses expériences perçues comme des discriminations ethniques dans les interactions avec le personnel administratif, social ou de santé. Des différenciations pour des motifs matériels s'opèrent également, telles que des refus de soins pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU) par certains médecins. Enfin, le statut de femme peut se traduire par des violences dans l'espace domestique, par le souci de privilégier le soin qu'elles apportent aux autres ou encore par le cantonnement à des tâches domestiques, souvent pénibles et invisibilisées, donc fortement dévalorisées, qui portent préjudice à leur santé.

Une autre spécificité de ces hommes et ces femmes est qu'il.elle.s sont partagé.e.s, voire tiraillé.e.s, entre deux projets de vie intimement liés, soit le projet migratoire, d'une part, et le projet de vie en France, d'autre part. Le quotidien partagé à Globe 42 nous rappelle qu'il.elle.s ont encore des liens, un attachement avec leurs pays d'origine. Pour beaucoup, leur famille proche (époux.se, enfants) est restée au pays ; rappelons que les conditions réglementaires ne leur permettent pas toujours d'opérer un rapprochement familial. Or les allers-retours entre leur pays d'origine et la France sont également problématiques pour les acteurs médicosociaux, car ils impactent la qualité et la continuité des soins qui leur sont apportés, ce qui peut se traduire par des ruptures de droits, parfois illégitimes d'ailleurs.

Porter son attention sur la réalité des *acteurs mineuritaires* nous permet aussi de repérer où et comment s'inscrivent les résistances. Celles-ci se situent notamment dans les compétences individuelles déployées par les personnes migrantes, car ces savoir-faire du *care* sont invisibilisés par le discours dominant. Par ailleurs, le maintien de pratiques et de références culturelles et culturelles communes créent un sentiment d'appartenance et d'opposition à la culture dominante favorable au « bien vieillir ».

Nous observons, en effet, une culture d'entraide et de solidarité assez forte, souvent en référence aux valeurs de l'islam, qui sont autant d'éléments favorables à la santé. La référence à la religion musulmane occupe ainsi une place importante, car elle est une ressource personnelle et sociale qui intensifie les relations sociales tant à l'échelle du quartier qu'avec l'ensemble de la communauté maghrébine de la ville. Les rituels organisés collectivement dans le quotidien des personnes migrantes (et principalement par les femmes de la cellule familiale) s'exportent en quelque sorte dans l'Association.

Au sein de la communauté maghrébine, on observe ainsi des formes de solidarité à l'égard des personnes âgées, de soutien entre pairs, qui ne s'opèrent pas seulement dans l'espace familial, mais également dans le voisinage et de façon plus générale, dans l'espace public. Les personnes vont très spontanément entrer en lien entre elles par un phénomène d'identification et se soutenir mutuellement si besoin. Ce soutien prend des formes diverses, telles que l'accompagnement chez le médecin ou dans une administration, pour une prise de rendez-vous, la lecture de courriers, etc. Ces tâches sont souvent effectuées par des femmes, réalité qui dépasse le contexte migratoire⁶.

Dans ce contexte, les professionnelles de Globe 42 s'adaptent aux variations des demandes en hiérarchisant les urgences et peuvent, au besoin, compter sur les bénévoles ou les ressources d'entraide (*self-help*) de la communauté pour déléguer certaines tâches. On voit ainsi apparaître une forme originale de la subsidiarité. En effet, au sein du Globe 42, celle-ci marche dans les deux sens. Le service intervient subsidiairement lorsque l'accès aux droits ou aux soins échoue et lorsque l'information n'est pas disponible *via* les réseaux d'interconnaissance. Toutefois, l'inverse est vrai dans d'autres situations et se produit de façon informelle, notamment lorsque des possibilités subsidiaires de recours à des aidants informels du réseau s'associent à l'impossibilité pour les travailleuses sociales de répondre immédiatement.

L'incitation au développement de stratégies de recherche concernant les conséquences sanitaires des discriminations permettrait non seulement de rendre intelligibles les conséquences directes des discriminations sur la santé, mais également de saisir la façon dont celles-ci peuvent nuire à nos capacités de comprendre les questions liées au vieillissement et de produire des connaissances utiles pour intervenir efficacement en la matière. ▶

⁶ Les théories du *care* (Gilligan, C. [2008]. *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion) nous ont permis de ne pas considérer ces activités comme résultant de la nature féminine, mais de les resituer dans les conditions sociohistoriques qui ont amené les femmes et les hommes à développer des connaissances et compétences différenciées. Cette approche permet également d'interroger la distinction des sphères privées/publiques. Cette revendication qui consiste à sortir le *care* de son cantonnement au champ du privé permet de rendre visible et audible le travail qui y est produit. Elle permet d'agir sur la disqualification du *care*. Extraire le *care* du privé, c'est le restituer dans une portée politique et soulever la question des inégalités. Dans le cas présent, valoriser le travail de *care* produit par ces femmes rend possible sa transposition dans une forme plus instituée et leur permet de s'engager autour des questions de santé globale, au-delà des soucis qui leur sont propres.

Paroles de vieux debout

Rhizome : Pouvez-vous présenter OLD'UP ?

Claude Caillart : OLD'UP est une association d'intérêt général, fondée en 2008 à Paris par Marie-Françoise Fuchs, docteure et psychologue. Son président est actuellement le professeur Philippe Gutton, psychanalyste et psychiatre. Il s'appuie sur un comité scientifique. Les adhérents ont un âge certain : « Plus si jeunes, mais pas si vieux. » Plus vieux que les seniors, des super-seniors, des *seniorissimes*. Faisant partie de la génération des « vieux debout¹ », nous visons à donner du sens et de l'utilité à nos vies qui s'allongent, se prolongent. On pourrait également ajouter que nous cherchons à donner une valeur supplémentaire à nos vies et à celle des vieux en train de vieillir. Cette valeur est soutenue par trois piliers : la relation à l'autre, la pensée argumentée et la réflexion sur notre présence au monde.

Nous constituons donc un réseau d'échanges, d'actions et de recherches, animé par le *dur désir de durer* face à la réalité du vieillissement. Ce réseau est organisé en nombreux groupes de parole, en ateliers de réflexion, où chacun apporte ses interrogations tout en restant à l'écoute de celles des autres. La liberté de s'engager – ou pas – dans tel ou tel groupe est évidemment laissée à chaque membre. Ces échanges s'appuient sur le témoignage du vécu de chacun et sont éclairés par des arguments plus scientifiques ou plus spirituels. Certains ateliers accueillent régulièrement des intervenants extérieurs spécialisés. Périodiquement, des colloques interdisciplinaires, sur le thème du vieillissement, présentent l'état de leurs recherches.

De ces échanges se dégagent des propositions, des choix d'action, par exemple pour vivre en immersion pendant 24 heures avec des vieux en résidence de soins de suite, voire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nous avons choisi de nous engager dans ces actions, pour rester inclus dans la vie de la Cité, sans appartenir pour autant à une organisation politique, syndicale, ou religieuse.

Rhizome : Concrètement, qu'est-ce qui est fait dans les groupes et ateliers que vous proposez ?

Claude Caillart : Pour résumer, nous échangeons librement sur des thèmes proposés par des animateurs dont les compétences sont adaptées². Je citerais ici certaines répliques de participants à une présentation collective de ces groupes et ateliers :

- « Je suis au groupe de parole "Le goût de vivre". [...] Il y avait de la chaleur humaine, du partage, de la tendresse. Je suis sortie en larmes. C'est un cercle qui transmet de la force parce qu'on est ensemble » ;
- « Je suis au groupe de parole "Vivre sa réalité". [...] Ce que j'aime dans mon groupe, c'est qu'il y a des personnes avec des idées très différentes ; alors il y a de la confrontation. C'est agréable. Moi, j'aime ça » ;

- « J'anime un groupe de parole sur les liens familiaux. [...] Il y a une progression des gens incroyable, qu'on n'attend pas à cet âge ; sur la capacité d'écoute pour commencer, sur les modifications des comportements et des places dans la famille » ;
- « Moi, les groupes de parole, ça m'a sauvé la vie » ;
- « Dans l'atelier "Médecin-Malade", on parle de tout sans tabous... Ça nous permet de nous prendre en charge ; on devient plus attentifs à nous-mêmes » ;
- « En arrivant, j'ai demandé la création d'un atelier d'écriture. Ce qui fut fait. Je continue à y participer, et ça m'a donné envie d'en créer un autre, que j'anime avec le concours et la complicité de deux vieilles dames charmantes ».

Rhizome : Quels projets émergent actuellement chez OLD'UP ?

Claude Caillart : Encore plus ancrés dans la réalité, nous publions plus de quatre livres par an sur le thème du vieillissement. C'est la voix des vieux qui s'exprime, leur parole qui s'imprime. Leur vécu est partagé, et les chercheurs en sciences humaines les analysent, les expliquent. Je peux également citer des actions menées sur le terrain, par exemple d'immersion en Ehpad, accompagnées par des sociologues et anthropologues, et annoncer la sortie prochaine d'un livre qui s'intitulera : *Peut-on être heureux en Ehpad ?* Aussi, certains d'entre nous vont tester dans les hôpitaux des interactions avec des robots. Nous accompagnons le réel du futur, sans nous projeter dans la science-fiction. Dans la réalité du temps présent, nous sommes agréés, par la région, comme « représentants des usagers » dans les hôpitaux et les cliniques.

Rhizome : L'Association est-elle également représentée dans d'autres régions ?

Claude Caillart : En effet, nous démultiplions nos actions. Depuis 2016, des associations locales, à la fois filles et sœurs, sont nées : à Nantes d'abord, puis à Marseille et à Toulouse. Des groupements sont en cours de gestation au Havre, à Toulon et à Brest. Notre projet est de nous développer durablement, sans précipitation.

Rhizome : Que pouvez-vous nous dire plus sur le slam ci-contre, également publié sur votre site ?

Claude Caillart : Lors d'une table ronde à Brest, pour « donner la parole aux vieux », une participante a par exemple interprété un slam assez violent sur la solitude, telle qu'elle est vécue par une dame de 88 ans. Je suis entré en contact téléphonique avec l'autrice, qui continue à écrire, bien et beaucoup. Un de ses pseudos est « Slam Mamie ». Éprouvant des difficultés pour se déplacer, elle occupe une partie de son temps à écrire des slams. Si un groupe de parole ou un atelier d'écriture voyait le soleil à Brest, ce serait certainement pour elle une source

¹ La référence est démographique : le nombre de vieux va en augmentant. En 2019, 9 % des Français ont plus de 75 ans, se déclarent exclus de la société et voués à un sentiment d'inutilité. En 2060, les démographes précisent que ce pourcentage atteindra 16 %. Le nombre de centenaires croîtrait de 7 % par an. En ayant pris conscience, les fondateurs de notre association se sont fixé un objectif : garder les vieux debout, actifs, créatifs, inclus dans la société, tout en ayant le sentiment d'être utiles.

² Vous trouverez le détail du contenu de ces groupes et ateliers, leur mode de fonctionnement ainsi que les témoignages des participants en consultant le site de l'Association. Nous vous invitons à consulter le site de l'association OLD'UP : <http://www.oldup.fr>

► **Poubelle la vie, billet d'humeur amère de Christie R. R., « slameuse » octogénaire**

Quand on a 80 berges, C'est bien fini la gamberge ;
 Quand on a 80 piges, Tout se glace, tout se fige ;
 Quand on a 80 ans, C'est plus « avec »... c'est « sans ».
 Bref, c'est quoi la vie ? C'est la chienlit.
 Quand les pieds sont trop éloignés, Pour être touchés, chaussés, lavés ;
 Quand les mains sont trop fébriles, Écrire ou caresser, c'est difficile ;
 Quand je n'écris plus que du Trash, Un tout, un rien me fâche...
 Alors, Mamie, C'est quoi la vie ? C'est de la roupie.
 Quand la télé devient bocal de poissons rouges,
 Avec juste des machins qui bougent ;
 Quand le frigo est vide, La tête aussi, le cœur et le bide,
 Quand SOS Amitiés est aux abonnés absents ; Tous à la plage, sauf les impotents.
 SOS Zoulou-Amitiés, Répondez, je vous en prie C'est quoi la vie ?
 Quand j'ai trop tué mes coussins imbéciles,
 Quand j'ai trop pleuré mes larmes de crocodile,
 Quand poubelle-la-vie rime avec hallali, Alors, mamie, c'est quoi ta ritournelle,
 Ton secret de Polichinelle ? Me faire la belle... Me faire la belle...

de plaisir. Il faut un lieu bien identifié pour laisser entendre ces textes, et une animation de groupe très professionnelle.

Rhizome : *Avez-vous des conseils à donner aux intervenants sociaux ou en santé, dans leur posture face au grand âge ?*

Claude Caillart : Je ne suis pas certain d'être en âge de vous répondre. Je ne suis qu'un octogénaire médian, avec seulement des compétences pratiques acquises par l'expérience. Les vieux demandent à être écoutés, avec patience et respect. Leur silence a un sens, que seule une personne humaine peut partager quand la parole peut s'envoler. Quand elle sort, qu'on la laisse sortir, en acceptant les rebuffades. Pas si sûr que j'aie cette patience, cette sagesse. Les nonagénaires, qui arrivent dans le grand âge dont vous parliez, se vivent et se pensent différentes, comme des survivantes d'une époque passée, oubliée, pour vivre dans un présent où elles se sentent isolées. Ce n'est pas une raison pour les laisser tomber. Le très vieil âge voit diminuer ou disparaître certains sens, y compris celui de l'équilibre du corps. Maintenons les vieux debout, dans leur corps, leur cerveau et leur cœur.

Rhizome : *Comment apprendre à vieillir ?*

Claude Caillart : En vieillissant avec des vieux, des vieilles, en les considérant comme des maîtres et des maîtresses d'apprentissage. En lisant et relisant les auteurs anciens. Et en essayant de travailler avec des jeunes, dans la mesure où ils l'acceptent. Je suis émerveillé par certains adhérents de OLD'UP, qui accompagnent les enseignants d'écoles primaires dans des projets d'écriture. Certains exemples de travaux scolaires de grande qualité figurent sur notre site, tels qu'un recueil de haïkus remarquables, ou l'illustration d'une charte de la laïcité rédigée par de jeunes enfants.

Rhizome : *Souhaitez-vous multiplier les rencontres intergénérationnelles ?*

Claude Caillart : Nous sommes heureux d'être sollicités par plus jeunes que nous. Quand nous le pouvons, en fonction de

notre état et de nos compétences, nous les aidons à lancer leurs projets, à leur servir de testeurs, de premiers clients. J'imagine que les vieilles tiges se doivent de protéger les jeunes pousses, OLD'UP aide ainsi certaines start-up à démarrer leur activité, et à accompagner la réflexion ou à étendre le domaine de certaines associations. Nous répondons à un besoin d'aide, quand il est formulé de façon claire et compréhensible. Nous privilégions les structures qui présentent une offre de services aux vieux. Parfois, pour répondre à des besoins techniques utiles, nous faisons appel à de jeunes moniteurs : ainsi, pour réduire la fracture numérique qui empêche les vieux d'avancer sur Internet, nous collaborons avec un réseau de jeunes formateurs, à domicile ou dans le cadre d'ateliers.

Il y a régulièrement des visiteurs qui consultent notre site, dans la tranche d'âge 40-60 ans. Peut-être cherchent-ils une aide pour leurs parents qui vieillissent ?

Rhizome : *Selon vous, quel est le regard qui est aujourd'hui porté par la société sur le « grand âge » et comment souhaitez-vous voir évoluer ce regard ?*

Claude Caillart : Ce regard est un peu gêné, me semble-t-il, ne serait-ce que par le nom et les guillemets affectés à ce grand âge. Nous sommes « vieux », nous assumons cette appellation et nous cherchons à rester debout, en état de marche, aussi longtemps que nous pourrons le faire, ainsi qu'à protéger et à améliorer l'accompagnement des plus âgés, des plus fragiles.

Pour vous montrer comment nous traversons le miroir des regards lancés par la société, je peux vous citer un texte écrit et dit par une troupe de vieux devant un public de jeunes spectateurs étonnés³ : « Les vieux, ils râlent tout le temps ; ils perdent la boule ; ils sont lents ; ils prennent toute la place sur les trottoirs avec leurs cannes ; ils sont réacs ; ils n'aiment pas les jeunes ; ils bouffent plein de médicaments ; ils creusent le trou de la Sécu ; ils s'ennuient, ils n'ont rien à faire ; ils sont radoteurs, ronchons, et radins ; ils sont complètement largués. »

Le regard, réfléchi, est sévère, mais plein de tendresse pour ces pauvres vieux qui sont obligés d'aller s'asseoir après ce digne exercice d'indignation. C'est plus nuancé que des *Affreux, sales et méchants*⁴ sur un écran, non ?

Notre souhait, c'est de faire participer tous les acteurs qui le veulent bien, tous les décideurs proches du pouvoir, de les pousser à s'engager et à soutenir notre action. Notre souhait, c'est aussi d'être inclus dans la réflexion, les débats sur notre avenir de vieux. Notre souhait, c'est enfin de montrer que nous ne sommes pas exclus de la vie sociale, même si notre corps a parfois du mal à suivre.

Rhizome : *Comment conclure, ou résumer, OLD'UP ?*

Claude Caillart : Nous faisons face aux défis du vieillissement, en nous serrant les coudes et en nous donnant la main, pour faire partager notre vision et notre désir d'engagement dans la vie citoyenne. Tout en nous maintenant debout, nous cheminons à petits pas. Pour devenir centenaire, il faut commencer tôt. « La terre est dure, le ciel est loin », dit le marcheur afghan. ►

³ OLD'UP a voulu participer au 50^e anniversaire de la Fondation de France, qui apporte son soutien à l'association. Dix old'upiens, dirigés par une metteuse en scène, ont écrit, répété et joué leur texte au Palais des Congrès de Montreuil, le 14 novembre 2019.

⁴ Scola, E. (1976). *Brutti, sporchi e cattivi (Affreux, sales et méchants)*. Rome : Compagnia Cinematografica Champion, Surf Film.

Directeur de publication :
Nicolas CHAMBON

Assistante de rédaction :
Natacha CARBONEL

Comité de rédaction :

- Marianne AUFFRET, vice-présidente de l'association « Élus, Santé publique et Territoires » (Paris)
- Arnaud BÉAL, psychologue social, GREPS (Univ. Lyon 2)
- Pascale ESTECAHANDY, médecin, Dihal (Paris)
- Benoît EYRAUD, sociologue (Univ. Lyon 2)
- Sandra GUIGUENO, psychiatre (Rouen)
- Christian LAVAL, sociologue (Lyon)
- Antoine LAZARUS, président de l'OIP et professeur de santé publique (Univ. Paris XIII)
- Édouard LEAUNE, psychiatre (Lyon)
- Philippe LE FERRAND, psychiatre (Rennes)
- Gwen LE GOFF, directrice adjointe Orspere-Samdarra, membre du Comité de lecture *Rhizome* (Lyon)
- Jean-François KRZYZANIAK, membre du Conseil national de santé mentale (Angers)
- Fidèle MABANZA, poète, formé en philosophie (Villefontaine)
- Jean-Pierre MARTIN, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Alain MERCUEL, psychiatre (CH Sainte-Anne, Paris)
- Éric MESSENS, directeur de l'association Terres rouges (Bruxelles)
- Marie-Noëlle PETIT, chef du pôle Avignon Nord (CH de Montfavet, Avignon)
- Olivier QUEROUIL, ex-conseiller technique fonds CMU (Paris)
- Bertrand RAVON, professeur de sociologie (Univ. Lyon 2)
- Aurélie TINLAND, médecin de santé publique et psychiatre (Marseille)
- Nadia TOUHAMI, aumônière des hôpitaux (Marseille)
- Nicolas VELUT, psychiatre (Toulouse)
- Benjamin WEIL, psychiatre (Lille)
- Halima ZEROUG-VIAL, psychiatre, directrice Orspere-Samdarra (Lyon)

Invité.e.s :

- Cécile HANON, psychiatre, praticienne hospitalière, centre régional de psychiatrie du sujet âgé, Hôpital Corentin-Celton (AP-HP centre – Univ. Paris)
- Isabelle MALLON, professeure de sociologie (Univ. Lyon 2)

Contact rédaction :
Orspere-Samdarra
CH Le Vinatier
95 bvd Pinel
69678 BRON CEDEX
Tel : 04 37 91 53 90
orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr

Abonnement :

Vous pouvez vous abonner à la version numérique ou papier sur le site de l'Orspere-Samdarra.

Création, réalisation et relecture :
Mariane BORIE

Dépôt légal : 2302
ISSN : 1622 2032
N° CPPAP : 0910B05589
Tirage : 7500 exemplaires

Artiste du numéro : Julia Belle

Après des études à Sciences Po Grenoble, Julia découvre la gravure et part à Bruxelles étudier les arts visuels. De la gravure à la pointe-sèche en passant par la linogravure et le monotype, elle aime explorer les différentes techniques et, parfois même, les croiser avec du collage ou de la couture. Aujourd'hui installée à Grenoble, Julia répond aussi à des commandes en graphisme et en illustration.

Œuvres publiées dans ce numéro *Rhizome* :

- *Balade dominicale*, gravure à la pointe-sèche et chine collé (page 1)
- *Comme une tortue dans l'eau*, gravure à l'eau-forte (page 3)
- *Le Petit Explorateur*, linogravure (page 4)
- *Souvenirs de Sardaigne*, gravure à la pointe-sèche et chine collé (page 7)
- *Les maisons aussi rêvent la nuit*, linogravure et crayon de couleur (page 9)
- *Forêt*, monotype et collage (page 12)
- *Cabanes*, monotype et collage (page 13)
- *L'étreinte*, gravure à la pointe-sèche et chine collé (page 15)
- *Incognito*, linogravure et collage (page 16)

➤ **Site internet** : www.julia-belle.com

➤ **Facebook/Instagram** : @princesseauxpetitspoils

Agenda

- Colloque « **Les personnes âgées déconcertantes qui épuisent** », organisé par l'Afar en partenariat avec l'Orspere-Samdarra.
➤ Date et lieu : le jeudi 12 mars 2020 à la Maison de la Chimie, Paris 7^e.
➤ Argumentaire, programme et inscription sur le site de l'Afar.
- Journées d'étude Remilas « **Médiations : interprètes, pair-aidants, médiateurs** », organisées par l'Orspere-Samdarra et le laboratoire Icar (ENS Lyon) dans le cadre du projet de recherche ANR Remilas.
➤ Date et lieu : le jeudi 26 mars 2020 à l'ENS Lyon et le vendredi 27 mars 2020 au Centre hospitalier le Vinatier (Bron).
➤ Plus d'informations sur le site de l'Orspere-Samdarra.
- Soirée cinéma-débat autour du **film documentaire *Partir ? de Marie-Noëlle Niba***, organisée en partenariat avec le cinéma les Alizés (Bron) dans le cadre du DIU « Santé, société et migration ».
➤ Date et lieu : le 9 avril au cinéma les Alizés (Bron).
➤ Plus d'informations sur le site de l'Orspere-Samdarra.

Parutions

- **Coordination des psychiatres libéraux autour de la prise en charge des migrants précaires en Auvergne-Rhône-Alpes**. Orspere-Samdarra (2019).
- **Actes de la journée d'étude « Partir, grandir, devenir ». La santé mentale des enfants et des adolescents à l'épreuve des parcours migratoires et du pays d'accueil (4 décembre 2018, Clermont-Ferrand)**. Orspere-Samdarra (2019).
- **Thématique du prochain Cahiers de Rhizome n° 75 : « Médiations et santé mentale »**