GÉRIATRIE ET DÉPENDANCE ? (quelques interrogations)

(paru dans *Pratiques Les cahiers de la médecine utopique*, N° 19, 2002)

Georges BLEIN

Docteur en Psychologie

C.H. CAVAILLON

E-mail : gblein@free.fr

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

Ces questions à propos de l'objet de la gériatrie, importantes pour cette pratique, le sont aussi parce qu'elles permettent de distinguer la gérontologie, ou de rappeler les caractéristiques distinctives de la gérontologie. Si en effet la gérontologie est l'étude du vieillissement – autre chose que la vieillesse –, il convient dès à présent de préciser ou re-dire que celui-ci s'ouvre à des approches diverses dont aucune n'est exclusive. Démographie, histoire, sociologie ne sont pas moins importantes qu'une approche biologique ou médicale ; surtout quand il s'agit de *vieillesse humaine* avons nous envie d'ajouter. Si on ne vieillit pas *aujourd'hui* comme *hier*, si on ne vieillit pas *ici* comme *ailleurs*, c'est qu'avant tout vieillir est vivre, rien d'autre, et à ce titre ressortit aussi¹ du social-historique.

Et ces questions, loin de se résoudre dans des réponses évidentes, s'imposent pour qui veut éviter à la gériatrie de favoriser et justifier des mises à l'écart relayant des processus d'exclusion sociale méconnus comme tels. Et nous paraissent d'autant plus importantes que les populations de ces services se sont considérablement modifiées ces vingt dernières années, évoluent et continuent de se transformer.²

Autre question conséquente - et qui n'est pas que périphérique - : que vaut la collusion de plus en plus fréquente (et peut-être même ses effets sont-ils rentrés dans les mœurs) entre gériatrie et gérontologie ? Qu'est-ce qui pousse des médecins gériatres à se prétendre gérontologues ? Que devient la gérontologie ainsi absorbée par la gériatrie, et quelles représentations cette substitution

¹ Même aux temps des « triomphes » de la biologie moléculaire, et des « promesses » des neuro-sciences.

² BLEIN, G., 2000. Gériatrie et dépendance; étude de l'évolution d'une population en R.P.A. *Doc. Centre Hospitalier de Cavaillon*, 23p.

des termes encourage-t-elle, par exemple dans la manière de penser les rapports du vieillissement et de la maladie ? Se désignant gérontologues, dans quel espace médical les gériatres enferment-ils le vieillissement, et conséquemment, à quel réductionnisme soumettent-ils ce qu'on peut supposer être l'objet de la gérontologie : le parcours (social) des âges de la vie ?³

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

Le terme de *gériatrie* déjà appelle un certain nombre de remarques. Introduit en 1912 par l'américain NASCHER⁴, il désigne une branche de la médecine dans la généalogie de laquelle d'illustres médecins se rencontrent ; et illustres surtout pour leurs travaux dans un autre domaine médical : la psychiatrie ! Si la gériatrie n'est certes pas la psychiatrie, son histoire ne peut toutefois l'ignorer – et pas plus son présent. Bien avant ALZHEIMER (1906) dont le nom reste attaché aujourd'hui à cette maladie élevée à un rang emblématique, Ph. PINEL, J.M. CHARCOT ensuite soulignaient l'intérêt médical que cette population qu'ils croisaient dans ces institutions pouvait susciter. Ainsi en 1815 Ph. PINEL souhaite voir se constituer « une étude spéciale des maladies des vieillards, qui reste à faire », et plus tard dans les années 1868, c'est J.M. CHARCOT qui présente « ses leçons cliniques sur les maladies des vieillards »⁵. De Bicêtre à La Salpêtrière - espaces hospiciaux d'où procède le long séjour hospitalier d'aujourd'hui - des XVI, XVII èmes siècles aux XVIII, XIX èmes siècles – lieux et temps qui rencontrent et enferment « le mal minuscule des vies sans importances »⁶ - là où justement naîtra la psychiatrie moderne, pauvreté, misère, dérèglement de l'esprit, folie, mais aussi vieillesse constituent un entrelacement à ce point serré que les différenciations nécessaires dans une démarche nosographique que Ph. Pinel inaugure en psychiatrie s'estompent pour ce qu'on ne nomme pas encore médecine gériatrique. Rien d'étonnant dès lors que dans ces lieux où s'agglomère « l'infâme » aux multiples facettes, certaines résonances prennent forme. Tout à la fois, ou successivement,

³ Les gériatres verseraient-ils la gérontologie dans le seul camp des sciences de la nature, ignorant « la nécessité de retravailler le concept de vieillissement, et l'obligation faite à la « gérontologie humaine » de ne point choisir son camp entre les sciences de la nature et les sciences de l'homme », M. PHILIBERT, 1988, *Divagation, Gériantologie*, n° 68

⁴ BOIS, J.P., 1994, *L'histoire de la vieillesse*, P.U.F., Que sais-je?

⁵ *ibid.*

⁶ FOUCAULT, M., 1977. *La vie des hommes infâmes, In Dits et Écrits - Tome III (1976-1979)*, Gallimard (1994).

vieillesse est pauvreté, folie, oubli, absence. (Sommes-nous loin aujourd'hui de ces schématismes quand est dit et répété que vieillesse est dépendance ou perte d'autonomie ?).

Le mot *gériatrie* apparaît donc un siècle après ces vœux formulés par Ph. Pinel, construit comme celui de psychiatrie, mais aussi comme celui de pédiatrie. Iatros, médecine, la gériatrie le sera donc des maladies de la vieillesse (maladies causées par la vieillesse, maladies survenant durant la vieillesse ? nul ne sait), comme la psychiatrie l'est des maladies de l'âme, la pédiatrie de celles de l'enfance. Mais médecine aussi, au-delà des pathologies réservées, qui re-saisit dans son discours et sa pratique la vieillesse, voire le vieillissement, comme la psychiatrie re-saisit le psychisme et l'esprit, la pédiatrie l'enfance, disant aussi les limites hors desquelles ces entités risquent de se dissoudre ou se disloquer, disant alors aussi (en sous-exposition) et le bien et le mal. Cependant que comme l'âme ou le psychisme et l'enfance, la vieillesse, et bien plus encore le vieillissement plongent leurs racines dans des sols divers dont le biologique sur lequel se campe la médecine n'en constitue qu'un fragment - fragment qu'une période scientifique comme la nôtre, faute de pouvoir toujours être rationnelle, transforme en totalité.

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

Rien de tel en gériatrie. Et si le gériatre appelle le spécialiste parce que tel symptôme trop évocateur lui revient, et lui confie le patient, il le récupère bien vite pour un *quelque-chose-en-plus* - mais quoi ? - qui lui appartient, qui fait que le malade était déjà en gériatrie ; *quelque-chose-en-plus* qui pourrait influencer l'évolution de ... la pathologie, du malade ? *Ou quelque-chose-en-plus* que subit la personne, le sujet ? On se perd en conjectures. *Quelque-chose-en-plus* ? l'étude des populations présentes dans les services de gériatrie⁷ – Long-Séjour, Cure Médicale, Maison de Retraite – montre qu'au-delà des pathologies (très diverses), de l'âge (qui agit comme une notion écran), l'entrée et le parcours en institution révèle, et relève, toujours, des défaillances sociales-sociétales. Aussi l'ensemble des questions concernant l'objet de la gériatrie ne nous semblent pas pouvoir trouver des réponses sans que soient élucidées les contradictions que le terrain révèle, contradictions qui au cœur des pratiques gériatriques compromettent indéniablement la qualité des soins donnés aux personnes (âgées) institutionnalisées.

⁷ BLEIN, G., idid.

La première de ces contradictions, sans doute la plus préjudiciable, est en totalité contenue dans l'usage généralisé – et bien au-delà du discours gériatrique d'ailleurs - du terme de *dépendance*.

Donné comme un résumé objectif de toutes les situations, *la dépendance* évoquée - qui devient la raison de la gériatrie - loin d'éclaircir une réflexion sur les pratiques et moyens à mettre en œuvre pour le soin de chacun, constitue un obstacle difficilement surmontable. En premier lieu, obstacle à la nécessité d'une appréhension clinique et évolutive de la singularité de chacun. Loin de cette singularisation dont pourtant aucune médecine ne peut se passer⁸, *la dépendance* devient la notion sur laquelle se fonde l'opération d'homogénéisation que réalise l'institution qui fonde à son tour l'institutionnalisation et la généralisation d'établissements géronto-gériatriques (dans lesquelles le privé et l'activité libérale trouvent la justification d'investissements financiers prometteurs).

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

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

⁸ RICOEUR, P., 1996. Les trois niveaux du jugement médical *Esprit*, n°227, p. 21-33.

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

Ce terme de *dépendance* conduit ainsi à considérer les situations gériatriques comme des évidences liées au fait de la vieillesse et du vieillissement, inscrites en sa nature, et annule du même coup et en conséquence la recherche de solutions autres. Ainsi employée et généralisée, du monde médical au monde politique, et de plus en plus relayée par le monde financier de l'assurance⁹, *la dépendance* loin de permettre d'interroger ces pratiques institutionnelles gériatriques pour les modifier, les entérinent, et avec elles un certain renoncement thérapeutique. Moins de temps médical, moins de temps infirmier, kinésithérapeutique, une reconnaissance fantaisiste de la psychologie sont la règle générale.

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

La seconde contradiction que nous voudrions relever, parfaitement articulée à la première, est liée aux exigences et contraintes qu'impose l'administration. Dès la décision d'entrer en établissement prise, c'est à l'administration que le ou les intéressé(s) s'adresse(nt). C'est alors qu'il(s) se trouve(nt) confronté(s) à une nouvelle question - souvent insoupçonnée à ce moment -

⁹ D. KESSLER, président de la fédération française des sociétés d'assurance, vice-président délégué du MEDEF ne s'y trompe pas, qui écrit : « En deuxième lieu, il faut évoquer les changements démographiques. C'est vrai pour la retraite, mais aussi pour la maladie ou tous les risques de l'existence, comme l'illustre le débat actuel, **profondément moderne** (c'est nous qui soulignons), sur les risques de la dépendance ». « Anticiper et gérer les risques au XXI e siècle », in Y. MICHAUD, *Université de tous les savoirs 12, la société et les relations sociales*, Odile Jacob, 2002, p.9-22.

relative au coût. Soudainement l'hôpital, mais est-ce encore l'hôpital ce qu'un euphémisme conduit à nommer Résidence pour Personnes Âgées (?), « devient payant ». Aux frais sanitaires couverts par les caisses sociales d'assurance s'ajoutent les frais d'hébergement d'un montant qui avoisine dix mille francs mensuels, à la charge du patient-pensionnaire et/ou de ses proches - enfants, petits-enfants. Certes, si des modalités de prise en charge de ces frais existent, confiées au Département, celles-ci ne sont en rien comparables au système de couverture sociale des frais sanitaires, puisqu'on retire aux patients-pensionnaires les biens dont il dispose et qu'on s'assure - après enquête - que ses proches : époux(-se), enfant(s), petit(s)-enfant(s) n'ont pas les ressources financières suffisantes. L'Aide Sociale accordée, le patient-pensionnaire recevra trois cents francs par mois pour, ainsi que cela est dit, "argent de poche", (à donc 60, 70 ou 90 ans ! L'infantilisation du « vieux » n'a aucune limite¹⁰)

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

En même temps que certains pour entrer en institution doivent renoncer à ce qui fut leur environnement - "quitter le monde" (?) comme il nous est arrivé très souvent de l'entendre - d'autres, pour ces mêmes raisons économiques doivent eux renoncer aux soins. Nous pensons là en particulier à nombre de couples dont l'un des deux est atteint de la maladie d'Alzheimer, qui ne disposent pas de revenus suffisants, ou qui ne souhaitent pas des hébergements aussi contraignants, incitant à des "placements" définitifs¹¹. Dès lors, il n'est peut-être pas surprenant d'enregistrer que "trois malades sur quatre sont "traités" à domicile, le plus souvent par la famille"¹². C'est là une autre contradiction des pratiques gériatriques.

Au-delà de ces questions financières, une troisième contradiction apparaît ainsi qui concerne les maladies neurodégénératives au rang desquelles se trouvent les états démentiels et la maladie d'Alzheimer. À l'extrême limite, s'il était une maladie pouvant prétendre au statut d'objet d'une médecine gériatrique en mal de spécificité, en rapport avec le vieillissement compris sous une certaine idée - mécaniste - et méritant une prise en charge très particulière, ce serait celles-ci,

¹⁰ Mais ne sait-on pas, depuis toujours, (donc d'un savoir qui ne s'interroge pas, plus) qu'« il retombe en enfance ».

¹¹ BLEIN, G., 2000. Ne dit-on pas « un » Alzheimer ? *Prévenir*, N°39, p. 213-216.

¹² HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 1995. La santé des Français. La découverte.

même si les données épidémiologiques sont loin d'être convergentes pour relier causalement vieillesse et démence, et s'il importe de réaffirmer que maladie d'Alzheimer et autres démences sont et restent des maladies, non la norme du vieillissement¹³. Mais alors exception, leur coût est à la charge des intéressés compte tenu de ces différences introduites dans le système de soin entre ce qui ressortit au sanitaire et ce qui dépend du social, et qui recoupe une autre distinction-discrimination, administrative celle-là : État/Département. Cette troisième contradiction n'est pas loin de cette autre distinction qui partage, au gré d'opportunités locaux, l'affection démentielle entre psychiatrie, gériatrie ou neurologie, qui conduit là le patient entre les mains du psychiatre, ici entre celles du médecin généraliste, ailleurs dans le cabinet du neurologue qui chacun détermine des orientations institutionnelles différentes dont les coûts pour le malade ne sont pas les mêmes.

Un tel système, aussi peu rigoureux, dans le contexte économique que nous connaissons – plus soucieux des intérêts particuliers et privés que du *bien commun* – ne peut éviter d'avoir des effets dévastateurs. Ainsi, notons les orientations gériatriques de plus en plus fréquentes de personnes (âgées) hospitalisées en psychiatrie, sortie donc des services spécialisés ; ainsi que, pas moins fréquentes, les décompensations psychopathologiques de personnes (âgées) sans antécédents psychiatriques, très souvent confondues avec des états neuro-dégénératifs.

Loin d'avoir épuisé toutes les contradictions qui traversent le champ gériatrique, récapitulons nous. Psychiatrisation de la gériatrie (souvent sans psychiatre), et gériatrisation de la psychiatrie¹⁴ ; démedicalisation de la maladie et medicalisation de problèmes sociaux ; établissements inaccessibles pour certains patients ; structures hospitalières qui se présentent comme des structures hôtelières, voire résidentielles, et l'inverse ... Il est intéressant dans ce contexte de nous pencher sur cette collusion que nous indiquions entre gérontologie et gériatrie. Les médecins gériatres s'affirmant gérontologues et avec eux les établissements qui les emploient devenant Centre de Gérontologie, dans quel espace médical restreint réduit-on vieillesse et vieillissement, et avec quelles ambiguïtés aborde-t-on les questions pathologiques lorsque donc la maladie survient chez des sujets ... *âgés* ? La gérontologie devenue branche de la médecine, quelles relégations s'autorise-t-elle?

¹³ RICHARD, J., DROZ, A., CROMBECQUE, A., 1985. Psychologie et écologie sociale de l'âgé (ou de la dynamique de l'action gérontologique). *Ann. médi.-psychol.*, 143, n°6.

¹⁴ DEVENOGES, J.F., BLOND, C., BLEIN, G. (à paraître). À propos de l'usage des médicaments psychotropes dans un établissement à caractère gériatrique.

Pour comprendre le glissement sémantique qui s'opère dans et à travers cette pratique s gériatrique – de surcroît pratique sociale –, il nous semble utile de nous retourner vers des travaux de gérontologie, justement. Ainsi A. M. GUILLEMARD note : “Les étapes de la fin du parcours des âges se sont, en effet, multipliées dans la confusion, principalement du fait de l’instauration de la pré-retraite. [...] *Les politiques de la vieillesse*, qui ont joué un rôle fondamental dans la constitution de la vieillesse en tant que catégorie cohérente et autonome, sont en train de précipiter aujourd’hui la dilution de leur objet”. Et l’auteur poursuit et achève ainsi son texte sur deux interrogations d’un même questionnement : “La dissolution croissante de la catégorie âgée, à laquelle nous assistons, n’est-elle pas propre à favoriser d’autres formes de gestion des rapports entre vieillesse et société ? ne peut-elle déboucher sur une gestion qui ne se limiterait plus au groupe âgé, et substituerait à une politique de la vieillesse, une politique du vieillissement”¹⁵.

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

Bien plus fondamentalement encore, laisser ainsi la gérontologie occupée par la gériatrie c’est abandonner le terrain de ce qui nous semble pourtant l’objet de la gérontologie, comme anthropologie : “l’ensemble du parcours des âges”, les temps sociaux de l’existence. Et la gériatrie aurait très probablement beaucoup à gagner à reconnaître ainsi cette exigence gérontologique plus large, pour l’exercice qui est le sien : soigner... des sujets au cœur de leur propre histoire, autant qu’on peut l’habiter, jamais totalement achevée, en devenir donc. Et soigner dans des conditions dignes qui ne peuvent être ni celles de l’indifférenciation, ni celles de l’indifférence. Qui nécessitent de reconsidérer ces regroupements dans des établissements de patients-pensionnaires sur des critères aussi peu consistants que *l’âge, la dépendance*, et autrement que dans des unités d’une centaine de patients-pensionnaires pour lesquels, et ceci à valeur emblématique, il y a deux infirmières le matin, une l’après-midi.

¹⁵ GUILLEMARD, A.M., 1987. La dynamique sociale des politiques de la vieillesse en France. *PRÉVENIR*, n° 15.