À PROPOS DE GÉRIATRIE

(paru dans *L'OLIVIÉ*, Mai 2001)

GEORGES BLEIN
Psychologue
C.H. CAVAILLON
119, Ave G. CLEMENCEAU
B.P. 157
84304 CAVAILLON
e-mail : gblein@free.fr

Dans le champ médical, médico-social, ce qu'il est convenu d'appeler gériatrie, ou, mais alors plus improprement – et cependant plus répandu ! – gérontologie, n'est pas sans soulever quantité de questions pour qui approchent ce domaine : patients, familles, voire même professionnels. Questions qui sont autant de problèmes dont les prétendues complications tiennent à la multitude des cadres auxquels il est possible de les rattacher : médical, social, économique, politique ; et qui fait que croyant les saisir à l'intérieur de telle problématique, on se voit reporté à une autre, et ainsi de suite. Dès lors insaisissables, apparemment insaisissables, ces questions loin de donner lieu aux réponses attendues, ne sont même plus entrevues par ceux qui ont mission de les traiter.

C'est à un essai de clarification (ou de démystification (?)) que nous voudrions inviter ici, dans ces lignes, afin de permettre d'intervenir utilement sur des questions... finalement sociales et sociétales, si ce n'est anthropologiques ; qui en tout cas concernent et intéressent le champ social qu'elles occupent, et vis-à-vis desquelles le seul cadre médical est, et restera toujours inapproprié.

Notre idée est que médicaliser la vieillesse, voire le vieillissement, qui plus est au sein de la gériatrie, fut-elle « aséptisée » par l'emploi euphémique, semble-t-il plus convenable, du terme de *gérontologie* constitue une triple impasse : médicale, épistémique et sociale ; et conduit à des formes d'inhumanité.

A/ Une impasse médicale.

La gériatrie (iatros) appartient à la médecine. Et si elle n'est pas une spécialité au double sens institutionnel (universitaire) et épistémologique comme le sont par exemple l'ophtalmologie, la cardiologie ou encore la cancérologie, elle occupe un terrain pratique qui réclame de pouvoir dire ce qu'elle est, et ce qu'elle fait. De quelle(s) maladie(s) la gériatrie est-elle la médecine ? Ou de quelle(s) pathologie(s) est-elle la connaissance ? De quelles actions thérapeutiques, soignantes est-elle le moteur ? Ou à quelles particularités ou singularités applique-t-elle sa technique, son *art médical* ?

À l'évidence, il ne paraît pas facile de pouvoir répondre simplement à ces questions. Il est en effet difficile d'admettre, sans autre commentaire, que la gériatrie est la médecine de la vieillesse et/ou du vieillissement, ou des maladies causées par la vieillesse, ou des maladies survenant durant la vieillesse. Aucune de ces trois réponses ne résiste à l'examen, si ce n'est à faire de la vieillesse ou du vieillissement une pathologie, ce qui est absurde ; ou à relier causalement vieillissement et pathologie(s) (qui n'est pas moins absurde). Ou encore à faire de la vieillesse ou du vieillissement une condition particulière lors de la survenue d'une pathologie qui commanderait un soin particulier, gériatrique donc, qui le démarquerait du soin général et substituerait une particularité liée à l'âge (? à la particularité subjective, pourtant la seule intéressante, pensons-nous, pour un soignant. Observons en outre que ces réponses opèrent une véritable *naturalisation* de la vieillesse et du vieillissement, extrêmement redoutable, puisqu'elle revient à normaliser la pathologie – et plus généralement encore peut-être l'idée d'un pathos –, la déficience, ou encore la diminution ou l'involution, entretenant par là nombre d'idées fausses. Rappelons que les progrès, récents, depuis les années 70-80, de l'espérance de vie à l'âge de 60 ans ou plus, concernent l'allongement de la vie en bonne santé, sans handicaps ni incapacités ; (même si par ailleurs, et indépendamment des questions d'âge, les inégalités sociales devant la mort, elles, persistent).

Faute de réponses aux questions concernant son objet, pour aborder *le quoi et le comment* de son exercice il nous faut considérer ce que la gériatrie fait – son exercice pratique – dans les conditions où elle le fait, là où elle est ; c'est-à-dire au sein des murs de ce qui se nomme jusque dans les années 80, *hospice*, et qui aujourd'hui s'appelle Maison de Retraite, Cure-Médicale, ou Unité de Long-Séjour, à l'intérieur ou pas du secteur hospitalier, organisées dans l'institution publique ; mais s'organisant aussi dans l'espace privé.

Au terme de quel parcours arrive-t-on en institution géronto-gériatrique ?

Pour schématiser, et en évitant tout simplisme, disons que jusqu'aux années 70-80 les raisons, dominantes, conduisant à cette orientation, ressortissaient à des causes sociales, secondairement à des pathologies. Indigence, pauvreté, déviances sociales, conditions matérielles d'existence insuffisantes ou défavorables étaient les principales raisons des *placements* ; les pathologies, qui pouvaient apparaître, et qui même ne manquaient pas d'apparaître au file d'un séjour dont la durée se comptait en années, n'étaient jamais ou très rarement une cause principale ou première de l'entrée en institution.

Depuis environ les années 80, l'origine des *placements* n'est sans doute plus la même et l'évolution des raisons de l'institutionnalisation est marquée par un double phénomène. D'une part, il appert que les raisons justifiant ces orientations sont dominées par les pathologies, et en particulier, qui augmentent le plus sans être pour autant les plus fréquentes, les pathologies dites neuro-dégénératives dont la trop fameuse - médiatiquement

— maladie d'Alzheimer, et les autres démences. Mais d'autre part, seconde face du phénomène, verso, l'examen détaillé des situations révèle que ces raisons, médicales, si elles s'avèrent - dans les faits – nécessaires, ne sont jamais suffisantes pour expliquer l'entrée en institution. Toujours à ces raisons médicales qui **paraissent prévaloir**, s'ajoute quelque chose en plus dont dépend véritablement l'entrée en établissement. Quelque-chose-en-plus à la maladie, à l'âge, qui donc n'est ni la maladie, ni l'âge, et qui le plus souvent est quelque chose en moins au plan économique, social, psychologique, qui devrait être le souci principal et des soignants et des administrateurs, et qui tout au contraire est largement occulté ou ignoré derrière le paravent de la maladie ou de ce qui abusivement est pris pour elle, la vieillesse, via la notion de dépendance. C'est en effet de cette ignorance, que la maladie n'est pas tout, que nous vient l'expression *fourre-tout* – véritable concept-écran comme peut l'être par ailleurs la notion d'âge – de *dépendance* avec laquelle on en vient à qualifier l'âgé ; la **Personne Âgée Dépendante, P.A.D.**, à qui généreusement on offre une **Prestation Spécifique Dépendance, P.S.D.**, invite aux raccourcis les plus immédiats : R.A.S. Madame la Ministre.

Ainsi, la maladie n'est plus telle(s) affection(s) nécessitant tel(s) soin(s), mais la dépendance qui est toutes les maladies, n'importe quelle maladie, et même les virtuelles, dès lors qu'un certain âge (?) est dépassé. L'âgé au sein de l'institution gériatrique ne souffre pas de telle pathologie cardiaque, ou de tel problème orthopédique mais de dépendance à propos de laquelle on convoque le technocrate pour construire une grille d'évaluation de la dépendance qui, croisée avec des variables sociales, permet(tra) d'établir le montant d'une prestation... dépendance... comme l'aumône jeté dans la sèbile du vieillard ; dépendance qui en plus, selon certains, effiloche les liaisons synaptiques, neuronales, entendez : s'accompagnerait de la maladie d'Alzheimer, ou d'autres pathologies neuro-dégénératives.

L'âgé vit sous le coup d'une présomption qui n'est pas d'innocence (ou alors innocence de l'idiot) mais de dépendance, démence, ou sénilité... Un certain discours médical « bien informé » par l'industrie pharmaceutique, mais aussi un certain autre discours, politique, et de plus en plus un discours assurantiel se frottent les mains.

Car, et nous terminerons là notre premier paragraphe, avec l'entrée en institution : maison de retraite, cure-médicale, long-séjour, les raisons médicales confondues sous le terme de dépendance prennent un statut tout à fait à part qui fait de l'hospitalisation ou institutionnalisation, une hospitalisation ou institutionnalisation elle aussi à part dont les coûts de l'ordre de 9000, 10000 francs mensuels, correspondant à ce qui est désigné comme *hébergement*, sont à la charge des patients et/ou de leur famille (enfants, petits-enfants). Après 60 ans (avant, il faut une dérogation pour obtenir *le droit* d'entrer en long-séjour ou en maison de retraite) l'hôpital mu en institution gériatrique *héberge* ; serait-ce faute de pouvoir soigner (?).

Une fracture du col du fémur, un problème cardiaque, un trouble démentiel dont il n'est pas absurde de penser qu'ils peuvent conduire à une hospitalisation en long séjour parce que le retour à domicile pour des raisons sociales, économiques, psychologiques ou autres ne peut se réaliser, coûtent très cher, et coûtent aussi en conséquences, choix, décisions et obligations dramatiques. Et si une prise en charge, sociale, confiée au département depuis les lois de décentralisation peut être effectuée, ce sera après enquête sociale, et vérification des revenus des enfants et petits-enfants, en échange des biens, retraite et/ou pension de la personne, à qui mensuellement on remettra 300 francs par mois pour ...

Dépendance disiez-vous ?

B/ Une impasse épistémique.

De telles pratiques s'alimentent très largement à – et alimentent – des représentations, croyances erronées à propos de l'âge, du vieillissement et de la vieillesse, qu'il importe de rectifier pour transformer utilement les attitudes et pratiques qui en découlent ; attitudes et pratiques médicales, soignantes et plus généralement sociales, stigmatisantes.

Si on ne vieillit pas aujourd'hui comme hier, et si on ne vieillit pas ici comme ailleurs ; si aujourd'hui un homme de 70 ans n'est en rien comparable à un homme de 70 ans il y a cent ans c'est bien parce que le vieillissement est moins l'effet d'une biologie et d'une nature que d'une histoire et d'une culture. De ce point de vue, la dépendance n'est pas une fatalité due à la vieillesse, si elle en est une causée par la ou les maladie(s) – elle nous paraît plus être une conséquence de l'organisation du soin, et donc à ce titre concerner l'administrateur, donc le politique. Quant à la maladie d'Alzheimer et autres démences, il s'agit bien là de pathologies et non de la norme du vieillissement comme un certain discours voudrait le laisser entendre, dont on peut penser que la recherche nous libérera, à la différence du vieillissement qui est notre condition. Il est en conséquence tout à fait inacceptable d'organiser ou de provoquer une peur du vieillissement dans une orchestration à partir de la dépendance, de la maladie d'Alzheimer ou autres démences. La nature de l'homme, faut-il le rappeler, c'est sa culture. Et c'est à celle-ci qu'il doit s'en remettre pour aller de l'avant. La caractéristique ou détermination génétique de l'homme la plus forte c'est l'obligation sociale donc historique dans laquelle elle l'inscrit. Et c'est cette obligation sociale, historique qui en nouant et scellant l'adaptation biologique à la condition humaine, l'affranchit de sa génétique et le libère, certes à l'intérieur de limites, de sa nature. L'homme qui avance en âge, dès sa naissance, parce qu'il est biologiquement ce qu'il est, **inachevé**, biologiquement inachevé, ne va cesser tout au long de son développement – i.e. sa vie entière – de se construire par différenciations, biologiques et psychologiques, dans cette relation à l'altérité que constitue le milieu humain. L'homme est avant tout marqué par l'histoire de sa vie, dans le temps historique de son histoire, et de celle du groupe auquel il appartient – des groupes mêmes – et non par sa génétique, ou sa nature.

En totale contradiction avec cette conception, les pratiques gériatriques, mais aussi plus largement sociales ou politiques vis-à-vis du vieillissement et de la vieillesse opèrent une homogénéisation incompréhensible, quand il faudrait tout au contraire savoir reconnaître la différence, l'écart interindividuel. Enigmatiques pratiques ! (?). Mais peut-être y-a-t-il des intérêts, financiers par exemple, à organiser ainsi les choses.

Quand l'individuation qui occupe l'existence entière à travers les changements que la vie impose, semble ne pouvoir être identifiée, comment soigner ? Comment soigner de ce soin qui réclame de reconnaître cette subjectivité qui habite celui qui fait demande de soins ?

Mais aussi, comment réfléchir par exemple certaines données sociologiques, démographiques, épidémiologiques, ou autres qui supposent de prendre en compte des caractéristiques et variables sociales, quand l'homme est tout entier fondu dans la catégorie des retraités, ou des plus-de-65-ans, ou encore plus-de-75-ans. (Avant 65 ans, 60 ans l'homme est ouvrier, cadre, agriculteur et l'on peut alors étudier par exemple les inégalités sociales de santé qui en France, notons-le au passage, sont considérables [Les inégalités sociales de santé, Éditions la Découverte/Inserm, 2000, 448 p.] , après 60, 65 ans on ne le peut plus parce qu'il n'y-a plus d'autre identité sociale que celle de retraité – tous les mêmes !).

Reste cependant que si d'un côté on organise et construit, ou si on laisse se propager une peur du vieillissement, d'un autre côté on vente une éternelle jeunesse qui se pérennise et triomphe à l'âge avancé ; nouvelle homogénéisation et uniformisation sur ce critère d'âge qui devient comme une seconde nature... les tous-les-mêmes-plus-de-60 ans peuvent partir en vacances, hors les périodes de vacances scolaires en plus.

D'un côté, de l'autre : des marchands. Là, des marchands d'assurance dépendance, d'établissements géronto-gériatriques, de médecine gériatrique, ici des marchands de vacances et loisirs... En route pour Disney-land.

C/ Une impasse sociale.

Tant de méconnaissances et confusions à propos de l'avance en âge induisent au plan pratique, dans le champ social – et la médecine, donc la gériatrie, sont aussi des pratiques sociales – des actes préjudiciables, stigmatisants et **discriminatoires**.

Des foyers-logements dont la condition d'entrée est l'autonomie (?) (sinon on vous envoie à l'hôpital) ou des établissements géronto-gériatriques, aux centres gérontologiques ou à l'organisation des loisirs et clubs du troisième âge, une même idée : celle du tous-les-mêmes. Idée qui en l'occurrence s'accommode fort bien de la biologisation de l'homme à laquelle nous assistons aujourd'hui et à partir de laquelle se fait l'uniformisation des pratiques, et qui n'est pas sans rapport avec cette autre question qu'est la mort, et le traitement qui en est fait, elle aussi biologisée, médicalisée et vidée de sa vérité anthropologique à l'intérieur des discours scientifique, pseudo-scientifique et médical (de ce point de vue le discours des soins palliatifs ne fait pas exception).

L'homme meurt. Et s'il ne meurt pas jeune, il meurt vieux... en tout cas toujours vieux de l'âge qu'il a. Et si ce n'est accidentellement, toujours au terme d'une maladie, ce qui pour autant ne fait pas de la vieillesse, la maladie dont il meurt. Occupons nous donc de la maladie avec ce que le soin exige de reconnaissance de la singularité ; singulière maladie au cœur d'une singulière subjectivité.

Or que rencontrons-nous ? Des établissements géronto-gériatriques de quatre-vingt, cent, cent cinquante lits qui amalgament, et ce faisant pérennisent ainsi (bien mal) une tradition vieille de quatre, cinq siècles, quand la grande Loi des Pauvres (Poor Law) en Angleterre en 1601 organisait « les moyens d'une assistance réelle, [qui] class[ait] les vieillards dans la catégorie générale des infirmes incapables de travailler, avec les estropiés et les aveugles » [J.P. BOIS, Histoire de la vieillesse, P.U.F., col. *Que sais-je ?* p. 59] ; où quand en France à la même époque étaient créés les Hôpitaux généraux.

Pauvreté, vieillesse, folie qui se détachaient sur fond d'assistance, et qui deviendront objet de l'enfermement des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, sont toujours, sous des formes modernes (ainsi du terme de *maladie d'Alzheimer*), à l'œuvre, avec pour toute réponse des traitements qui « psychiatrisent » la gériatrie, et tout en même temps « géiatrisent » la psychiatrie, dans l'ordre de la charité.

Que sont les alternatives – soins à domicile, hospitalisation à domicile épaulés et organisés à partir de l'hôpital public – à ce qu'on nomme placement institutionnel en unité de long séjour ou maison de retraite ? Des vœux pieux d'administrateurs consciencieux !

Et prenons garde que d'autres administrateurs, privés ceux-là, ne nous offrent pas des *Sun City* comme à Phoenix en Arizona, ou *Leisure World* comme à Laguna Hills entre Los Angeles et San Diego en Californie. La-bas « sur 2500 ha, vivent 23 000 personnes dont

l'âge moyen est de 77 ans (en 1991), dans un climat très artificiel de joie et de dynamisme, mais sans enfants, et sous la protection de 25 km de murs et de 200 policiers qui surveillent les portes d'entrée... » [J ;P ; BOIS, *ibid.*].

D/ Vers une inhumanité certaine.

À penser, et croire ainsi que l'homme retombe en enfance - aphorisme du sens commun connu, et considération on ne peut plus infantile - les pratiques infantilisantes dans le champ sanitaire et social en gériatrie que l'on rencontre ne peuvent pas ne pas conduire à l'abus, à la violence et à la maltraitance.

Si l'hospitalisation publique parvient encore, mais de plus en plus difficilement, à maintenir une certaine... dignité (?) du « placement gériatrique », la multiplication d'établissements privés depuis une ou deux décennies dans ce champ géronto-gériatrique considéré comme lucrative fait apparaître de plus en plus de graves problèmes liés, dans la continuité des conceptions et regards que nous venons d'évoquer, à l'utilisation de l'emploi précaire de personnels ni qualifiés, ni formés comme il conviendrait, et très régulièrement en sous-effectifs si ce n'est eu égard à la loi, en tout cas eu égard à la qualité que nécessite le soin.