

Plus d'archives sur le site : <https://societe-gerontologie-ara.fr>

VILLEURBANNE  
Centre de Congrès « L'Espace Tête d'Or »

# PRECARITES ET VIEILLISSEMENTS : rencontre de deux réalités sociales

Organisée par le Centre du Rhône d'Information et d'Action Sociale  
en faveur des Retraités et Personnes Agées

---

\*\*\*\*

C.R.I.A.S.

142 bis avenue de Saxe - 69003 LYON

t 04.78.62.98.24

☎ 04.78.60.14.21

E-mail : [crias@crias.asso.fr](mailto:crias@crias.asso.fr)

---

## SOMMAIRE

➤ <b>ACCUEIL</b> des participants par Madame SAVIOZ, Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie	2
➤ <b>ALLOCUTION</b> de Monsieur FIALAIRE, Vice-Président du Conseil Général du Rhône, Délégué aux Personnes Agées, Personnes Handicapées et Santé	4
➤ <b>ALLOCUTION</b> de Madame HAGUENAUER, Adjointe au Maire de Lyon chargée des Personnes Agées et de la Vie Associative	7
➤ <b>ALLOCUTION</b> de Madame BON-GARCIN, Vice-Présidente de l'Université Lumière Lyon II	11
➤ <b>PRESENTATION DE LA JOURNEE</b> par Monsieur GAUCHER, Psychologue Clinicien - Professeur des Universités	12
➤ <b>HISTOIRE DE LA PRECARITE DANS LA SOCIETE MODERNE</b> , par Monsieur ZELLER, Professeur d'Histoire à Lyon II	15
➤ <b>PRECARITE DU LIEN SOCIAL ET VIEILLISSEMENT</b> , par Monsieur BON, Psychiatre - Interface SDF – Lyon	23
➤ <b>PRECARITES ET VIEILLISSEMENTS :</b> <b>UNE PROBLEMATIQUE D'ECONOMIE DE LA SANTE</b> par Monsieur CLAVERANE, Professeur d'Economie à Lyon III Directeur « IUP » Santé	29
➤ <b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	36
➤ <b>PRECARITE ET VIEILLISSEMENT : FORMES CONNUES ET MOINS CONNUES</b> Table ronde animée par Monsieur de MONTGOLFIER, Journaliste Indépendant	50
➤ <b>ECHANGES AVEC LA SALLE</b>	72
➤ <b>CONCLUSION DE LA JOURNEE</b> par le Dr. CHAPUY	83

*Cécile SAVIOZ, Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie*

Mesdames, Messieurs, chers amis, bonjour et merci de votre présence. Pour cette 69<sup>ème</sup> journée nous sommes à Villeurbanne. Notre habituelle salle de Lyon n'étant pas disponible, nous avons cherché ailleurs, souhaitant que les participants « étrangers » au département du Rhône ne rencontrent pas trop de difficultés.

Nous sommes au Groupe privé Lyon-Métropole qui gère le Centre de Congrès « l'Espace Tête d'Or » et des hôtels restaurants. Merci à son Directeur, M. Muzas, et à sa Secrétaire, Madame Touilly, d'avoir bien voulu préparer cette journée avec notre Secrétaire, Françoise Cattenat, Directrice du CRIAS à Lyon et son assistante Pascale Genton. Merci à tous ceux qui ont travaillé à la mise en place de cette journée et au bon accueil de tous les participants. Merci aux organismes qui nous apportent leur soutien : AGIRA (retraite salariés et retraite cadres), l'AG2R, MEDERIC, la Mutualité du Rhône, la MSA, la Ville de Lyon bien sûr et le Département du Rhône.

Je regrette de vous annoncer l'absence de M. le Professeur Hugonot. Sollicité par d'autres occupations, il ne peut venir nous rejoindre.

Le sujet de ce jour est « **Précarités et vieillissements : rencontre de deux réalités sociales** ». Ces deux réalités sociales ne sont-elles pas actuellement de plus en plus complexes ?

Le parcours des âges de la vie est sans cesse redéfini socialement. L'allongement de la durée de l'existence humaine a modifié ses parcours. Au troisième âge on était actif et participant. La dépendance, c'était le quatrième âge. Le développement d'une politique de préretraite a engendré une transformation du parcours des âges et une nouvelle définition de la vieillesse. La sortie de la vie active est de plus en plus précoce, sauf peut-être, si j'en juge autour de moi, pour les agriculteurs, les artisans, les commerçants. Le licenciement, le chômage, la santé sont désormais des motifs de sortie d'activité. Le changement d'état se fait brutalement et de manière imposée. Le temps libre forcé, mal vécu, prépare mal à la retraite. Les loisirs, oui, mais en complément du travail.

Entre la sortie d'activité et la retraite, il y a l'espace d'une nouvelle étape. La rupture de la vie professionnelle peut précipiter un retour de la santé qui va se faire omniprésent avec des limites de plus en plus évidentes. Point important, il y a un lien étroit entre la retraite et la pauvreté. La retraite est une cause d'inégalité entre les personnes âgées elles-mêmes.

Qu'est-ce qu'un vieillissement réussi ? La qualité de vie est une notion subjective. L'espérance de vie continue d'augmenter. Encore faut-il que cet allongement de la vie se réalise sans incapacité ni maladie invalidante. L'augmentation des effectifs de tranches d'âges élevées ne va pas sans poser un lourd problème social communautaire. Il s'appelle « une prise en charge collective et

globale », d'où une politique de la vieillesse nécessaire. A domicile, souhaitons que ces personnes puissent être maintenues dans leur environnement pour tous les actes de la vie quotidienne. « *Tant que je peux, je veux rester chez moi* ». Le désir est de mourir chez soi, conserver son voisinage et ses repères. Mais l'accès aux soins palliatifs est limité ; les besoins sont loin d'être couverts.

La solution de l'hébergement collectif peut apparaître plus appropriée à un moment donné. Rechercher un hébergement est chose difficile si vous êtes trop dépendant. La liste d'attente est longue (deux ans parfois) et la journée en institution coûte cher. Le monde prend de l'âge. L'ONU s'alarme des perspectives démographiques mondiales. Ce vieillissement, qu'il soit lié au recul de la mortalité, à l'augmentation de la longévité, à la baisse de la natalité, touche tous les pays riches ou pauvres. Le groupe d'âge le plus spectaculaire sera, dans l'avenir, celui des plus de 80 ans.

Au-delà des modifications techniques, on veut changer les regards sur le vieillissement pour qu'il soit considéré comme un progrès et non comme un fardeau. Une société comme la nôtre doit assurer à ses aînés la protection et l'aide qui leur sont dues.

Le vieillissement de la population est le phénomène social le plus important de notre époque tant ses conséquences sont multiples, diverses et diffuses. C'était le jugement du regretté Alfred Sauvy : « *La prévention, disait-il, est rendue plus difficile.* »

D'avance je remercie nos intervenants qui ont sacrifié leur journée pour nous apporter d'autres lumières sur le sujet. Bonne journée à tous. (*Applaudissements*).

Je donne la parole à M. Bernard Fialaire, Vice-Président du Conseil Général du Rhône, Délégué aux personnes âgées, personnes handicapées et à la santé.

***Bernard FIALAIRE, Vice-Président du Conseil Général du Rhône, Délégué aux Personnes Agées, Personnes Handicapées et Santé, représentant Monsieur Michel MERCIER, Président du Conseil Général du Rhône***

Merci Madame la Présidente. Mesdames et Messieurs, chers amis. Je suis heureux également d'accueillir tous ceux qui viennent des départements voisins du Rhône. Département 69 pour une 69ème journée : est-ce le fruit du hasard ? En tout cas profitons-en. Je suis heureux de vous accueillir dans un département qui est un département jeune puisqu'il y a moins de 300.000 personnes de plus de 60 ans, ce qui représente 19 % de la population. Au niveau national, cette tranche de population représente plus de 21 %.

C'est un département également qui, parmi les personnes de plus de 60 ans, compte un taux de personnes de plus de 75 ans inférieur au niveau national. Donc un département qui a à préparer des vieillissements, vieillissements à réfléchir et qui est donc très intéressé par votre journée.

Le Conseil Général, comme tous les Conseils Généraux, est particulièrement sensible au thème de cette journée puisque, par définition, la précarité, le vieillissement, la vieillesse sont des compétences des Conseils Généraux, des compétences qui vont être renforcées dans les axes de la future décentralisation. En effet, il est prévu de faire passer l'ensemble du dispositif RMI à la charge des Conseils Généraux et de conforter ceux-ci dans la prise en charge globale de la vieillesse. Les Conseils Généraux sont les collectivités qui doivent assurer cette solidarité entre les citoyens. Ils se situent entre les communes qui ont aussi leur part de solidarité avec les CCAS et leur politique propre, et l'Etat. On a cet axe de solidarité et de citoyenneté qui se définit pour un citoyen avec comme repères la commune, les départements et l'Etat, face à l'autre axe qui est plus sur le développement économique et l'aménagement du territoire, qui passe par les structures intercommunales, communautés urbaines, communautés de communes, les régions et l'Europe.

Dans le cadre de nos responsabilités, de nos compétences, le Conseil Général du Rhône a quelques particularités. Il a d'abord territorialisé ses services, c'est-à-dire que dans chaque canton il y a des Maisons du Département qui doivent répondre au plus près aux attentes, aux besoins des rhodaniens qui ont à faire au Conseil Général et, entre autres, dans la mise en place de l'APA, Allocation Personnalisée à l'Autonomie. Les équipes médico-sociales qui étudient les dossiers qui servent de référents sont au plus près de la population.

Le deuxième axe est l'aide sociale. Dans le département du Rhône, ce sont environ 3.500 personnes qui relèvent de l'aide sociale départementale, dont une petite partie à domicile, avec l'intervention de 500 personnes qui relèvent de l'aide ménagère départementale, pour la prise en

charge de portage de repas pour une partie plus infirme et une prestation extra légale d'auxiliaires de vie qui est apportée aussi dans le cadre de l'aide sociale. Mais ce sont surtout 3.000 personnes prises en charge par l'aide sociale en établissement pour se substituer au manque de revenus des personnes âgées ou de leurs familles, pour la part de l'hébergement et aussi pour la part de dépendance relevant des GIR 5-6 qui restent à la charge des personnes âgées.

S'agissant de l'APA, la mise en place de cette allocation dans le département du Rhône a été un lourd chantier pour l'année 2002. Plus de 26.000 demandes ont été faites et actuellement 17.000 personnes sont allocataires de cette nouvelle prestation : pour 41 % de ces personnes à domicile et 59 % en établissement. La moyenne des dépenses qui est faite est à peu près une intervention de 623 euros par mois à domicile et près de 250 euros en établissements.

Pour resituer cet effort fait par le Département, par le biais de ces contributions, en 2001 la prestation spécifique dépendance (PSD) était d'un montant de 11.5 millions d'euros ; l'APA, plus ce qui restait de PSD en 2002, a représenté 30 millions d'euros supplémentaires ; ce sont plus de 41 millions d'euros qui ont été consacrés à ces prestations ; ceci pour situer l'effort de l'ensemble des rhodaniens pour aider les personnes les plus dépendantes, soit à rester à domicile soit à avoir une aide accrue en établissement.

Enfin, le département du Rhône s'est engagé dans l'élaboration d'un deuxième schéma départemental des personnes âgées puisque le premier arrivait à terme. Ce sont des préconisations qui s'étendent sur cinq ans, qui passent par un état des lieux ; de nombreuses personnes se sont rencontrées puisqu'il y a environ 14 groupes de travail qui réfléchissent sur les préconisations à proposer dans l'élaboration de ce schéma. Neuf thèmes ont été retenus. Plus de 80 préconisations sont sorties et certaines ont trait directement à la précarité et au vieillissement, avec des groupes qui ont travaillé spécialement sur les personnes les plus en difficulté. Il y a une réflexion sur « les personnes immigrées et le vieillissement », « les gens du voyage et le vieillissement », sur « les personnes les plus précarisées et le vieillissement. »

Nous allons être très attentifs au thème de la journée ; nous en attendons beaucoup. Dans la relation entre la précarité et le vieillissement, il y a plusieurs choses, au sens étymologique des termes. Dans les départements parfois le vieillissement permet de sortir administrativement de la précarité. On sort du RMI parce qu'on rentre dans le vieillissement et que l'on a le fonds national de solidarité ou le minimum vieillesse. C'est une des formes de sortie de la précarité institutionnelle. Cela ne veut pas dire que dans les faits, sur le plan du vécu, les gens sortent de la précarité.

Le département du Rhône organise aussi chaque année un Forum des Personnes Agées. Ce qui a été dit et répété à l'occasion des différents forums par tous les intervenants, même

étrangers (des canadiens sont venus), est que le vieillissement se prépare mieux, la bonne prévention de la dépendance est un niveau social élevé et un niveau culturel également élevé. Cela veut dire qu'une vie dans le cadre de la précarité prépare mal à la vieillesse. On a aussi à s'interroger sur ce thème.

Deuxièmement, vous l'avez dit Madame la Présidente, le passage à la retraite à 60 ans consiste parfois en une baisse de revenus pour certaines personnes, qui se traduit par un moindre accès à un niveau social et culturel qui est une bonne prévention du vieillissement ou de la dépendance. Le vieillissement est un véritable progrès, il faut le vivre comme tel. Il faut l'attacher aussi à un recul de la sénescence, mais nous sommes tous là pour penser que le vieillissement doit être l'état le moins précaire possible, doit durer le plus possible. Pour reprendre des termes à la mode, nous aspirons tous à un développement durable du vieillissement qui conjuguerait à la fois de bonnes conditions économiques, de bonnes conditions sociales et le maintien d'une autonomie et d'une bonne qualité physique le plus longtemps possible.

Un des thèmes qui semble émerger du schéma que nous sommes en train d'élaborer est celui du respect de la personne âgée, de son aspiration à continuer à avoir un rôle social important, son implication, le maintien de ses droits, aussi bien à domicile, dans la vie sociale qu'en établissement. Le premier de ces droits est certainement de sortir de la précarité.

Je suis très heureux du thème que vous avez retenu pour cette journée. Nous y serons très attentifs et je souhaite à toutes celles et tous ceux qui viennent d'un peu plus loin de passer une bonne journée dans notre département. Merci. (*Applaudissements*).

*Evelyne HAGUENAUER, Adjointe au Maire de Lyon, chargée des Personnes Agées et de la Vie Associative, représentant Monsieur Gérard COLLOMB, Maire de Lyon*

Monsieur le Vice-Président du Conseil Général,  
Madame la Présidente de la Société Rhône-Alpes de Gérontologie,  
Madame la Vice-Présidente de l'Université Lumière Lyon II,  
Mesdames, Messieurs,

C'est avec plaisir que je participe à la 69<sup>ème</sup> Journée Régionale de Gérontologie.

Je voudrais vous présenter très brièvement la politique Personnes Agées de lutte contre la précarité menée par la Ville de Lyon.

La Ville intervient en priorité en direction des personnes âgées qui ont une situation précaire et qui ne peuvent trouver ailleurs que dans le Service Public un accompagnement.

L'objectif général est d'améliorer la situation des personnes âgées en leur permettant de profiter de la vie le plus longtemps possible et ce, dans les meilleures conditions possibles.

La Ville de Lyon se préoccupe, en matière de personnes âgées, :

- du maintien à domicile,
- de l'accueil et de la qualité de vie dans les résidences publiques,
- des animations proposées aux personnes âgées lyonnaises.

Premièrement, le maintien à domicile.

La Ville de Lyon subventionne un certain nombre d'associations lyonnaises qui œuvrent dans le secteur des soins à domicile, de la restauration et de l'animation.

Deuxièmement, concernant sa mission d'accueil, elle propose deux types d'hébergement :

- Les foyers logements qui sont au nombre de 23.
- Les EHPAD qui sont au nombre de 4.

Actuellement, la Ville de Lyon est en train de repenser son offre d'accueil afin que cette dernière évolue en adéquation avec le vieillissement de la population de nos seniors.

En effet, dans un avenir à moyen terme, avec le développement et l'amélioration du maintien à domicile, les personnes âgées seront accueillies directement en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et non plus, en premier, en foyer logement.

C'est pour ces raisons qu'il a été décidé lors de la réhabilitation du foyer logement Marius Bertrand (qui se présente sous la forme de deux tours) d'en réhabiliter une en un foyer logement, réouverte en septembre 2002 et l'autre en EHPAD, les travaux sont en cours. Cette transformation est, à mon sens, l'avenir de la majorité de nos foyers logements.



Nous avons également ouvert l'EHPAD « Les Balcons de l'Île Barbe » le 19 novembre 2002. L'EHPAD Smith est actuellement en cours de construction, la Résidence Clos Jouve est en cours de réhabilitation et la Résidence Jolivot a été rénovée, les travaux ont été achevés en octobre 2002.

En ce qui concerne la qualité de vie dans les établissements en général, nous souhaitons améliorer cette dernière, entre autre, par la mise en place de Conseils d'Etablissement dans toutes les résidences publiques.

Ces Conseils sont de véritables lieux de communication avec le recensement et la transmission d'informations qui ont pour but d'améliorer la vie au quotidien de nos résidents.

Aujourd'hui encore, nous constatons que l'entrée en résidence s'effectue de façon contrainte, lorsqu'il n'y a plus d'autre alternative.

La mauvaise image des établissements d'accueil est l'explication la plus souvent invoquée par les personnes âgées pour justifier leur appréhension.

L'enjeu des années à venir est donc d'offrir un service encore plus performant, encore plus respectueux de la personne et encore plus recentré sur ses attentes afin que l'entrée en établissement soit vécue par la personne âgée comme un choix positif.

Les conditions de confort et de sécurité des établissements doivent donc être adaptées à l'évolution des souhaits des personnes accueillies et à une meilleure connaissance de leurs situations. La modernisation et l'humanisation des résidences est un objectif prioritaire de la municipalité.

La Ville de Lyon s'est engagée dans la réforme de la tarification (décret du 4 mai 2001) par le biais des EHPAD. Cette réforme est une charte de qualité de vie et de soins signée entre le gestionnaire de l'établissement, le Conseil Général et l'Etat.

A ce jour, en France, 1.200 établissements sur un total de 10.000 ont déjà signé cette convention. Malheureusement pour nos foyers logements, la convention tripartite est actuellement gelée. En effet, le Gouvernement a bloqué les 183.000.000 € du plan de financement national prévu pour qu'en 2003, 1.800 autres établissements bénéficient à leur tour de ce conventionnement.

Par ailleurs, et en lien avec la Délégation à l'Economie Sociale et Solidaire, la Ville de Lyon lance le « chèque domicile Liberté ». Il s'agit d'un nouveau service de proximité destiné aux personnes âgées car nous pensons que nos anciens méritent une attention particulière.

Nous devons combattre l'isolement, favoriser l'autonomie, le lien social et réduire les distances entre les générations pour une ville plus douce à vivre.

Le développement de ce service sera renforcé par les Mairies d'arrondissement, premiers interlocuteurs des usagers et relais déterminants dans la mise en place du dispositif par la Ville de Lyon.

Les personnes âgées qui le souhaitent, pourront trouver un formulaire leur permettant de déposer une demande dans les mairies d'arrondissement qui feront le lien sur le territoire avec les médecins, les infirmières, les établissements publics ou privés intéressés par le service.

Troisièmement la politique animation, afin de rompre l'isolement dans lequel certaines personnes âgées vivent, la Ville organise des manifestations telles que :

- *Euro* : 1.000 personnes touchées par la journée organisée à l'Hôtel de Ville et 5.000 personnes formées par les euro-formateurs de Qualidom de septembre à mars 2001 dans les résidences, les mairies d'arrondissement et les associations.
- *Animations*, chaque année, le 8 décembre en lien avec le marché de Noël.
- *Sorties* à l'Internat Favre tous les ans en juillet et août : 1.200 personnes concernées.
- *Voyages d'été* à la journée tous les ans, en juillet et août : 1.000 personnes concernées.
- *Concert* de musique militaire : 300 personnes présentes en décembre dernier.
- *Goûter dansant* au Hilton : 300 personnes présentes en février dernier.
- *La Semaine Bleue* qui a lieu tous les ans, la troisième semaine d'octobre : animations dans tous les arrondissements.
- Mise en place d'une convention avec l'Institut Paul Bocuse et les résidences publiques qui commencera en juin 2003 : *action intergénérationnelle sur le thème de la cuisine* entre les étudiants et les personnes âgées.
- Visite gratuite de *l'exposition Winthrop* au Musée des Beaux Arts le 29 avril 2003 : 200 personnes âgées vivant dans les résidences de la Ville de Lyon sont conviées.
- ...

Le rallongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de seniors doivent être pris en compte dès à présent par les Instances Publiques et si possible ensemble.

Nous devons travailler, aujourd'hui, sur les réponses à apporter demain à ces populations du 3<sup>ème</sup> et du 4<sup>ème</sup> âge, en analysant dès maintenant l'évolution des besoins (en termes financiers, hébergements, soins, loisirs) de cette population.

C'est ce qui nous permettra de mieux cerner et de mieux combattre les engrenages qui conduisent à la précarité.

Vieillir dignement en ayant une réelle qualité de vie est un droit.

Merci de votre écoute. (*Applaudissements*)

**Isabelle BON-GARCIN, Vice-Présidente de l'Université Lumière Lyon II**

Merci Madame la Présidente. Mesdames et Messieurs

Je tiens à vous rassurer, mon intervention sera très brève car je ne souhaite pas entacher cette belle journée de propos inutiles. Je voudrais seulement exprimer devant vous quatre sentiments : la reconnaissance, le plaisir, les souhaits que j'ai, mais aussi les regrets.

Tout d'abord, je dois dire que je suis très heureuse d'avoir été conviée à ce tout premier colloque organisé dans le cadre d'une convention de partenariat signée entre la Société Rhône-Alpes de Gérontologie et l'Université Lumière Lyon II dont je suis la Vice-Présidente chargée de la formation continue et des relations avec les entreprises. Et ce grâce au Professeur Jacques Gaucher qui est également responsable d'une équipe de recherche en psychologie clinique de la vulnérabilité. Merci donc de m'avoir conviée à cette belle journée.

Bien évidemment je ne peux que me réjouir et encourager ce type de collaboration, signe d'un besoin réciproque de partage de connaissances, de pratiques, de savoir-faire entre nous universitaires, vous, praticiens et vous, citoyens.

Notre université est depuis longtemps déjà sensible à l'étude des phénomènes liés au vieillissement, et mesure à quel point elle se doit aujourd'hui de répondre à ces questions que pose notre société. Mais nous avons également conscience de la nécessité de réfléchir avec vous. Je souhaite que ce sacro-saint clivage théorie/pratique soit complètement obsolète aujourd'hui. Valoriser la recherche et la formation c'est aussi favoriser ces rencontres ; c'est savoir faire en sorte que nos universités ne soient plus des tours d'ivoire imprenables, que le monde des professionnels ne soit plus un monde impénétrable et que le citoyen ne soit pas un simple consommateur.

Enfin, je dois exprimer des regrets car malheureusement je ne pourrai pas rester parmi vous aujourd'hui ; regrets très vifs car je sais d'ores et déjà que cette journée sera riche d'enseignements.

Permettez-moi encore de souhaiter une longue vie - ou peut-être un bon vieillissement - à cette convention de partenariat signée entre notre université et la Société Rhône-Alpes de Gérontologie. Je vous souhaite de bons travaux et vous remercie. (*Applaudissements*)

**Jacques GAUCHER, Psychologue Clinicien – Professeur des Universités**

Je voudrais tout d'abord remercier toutes les personnalités politiques et scientifiques qui ont accepté d'introduire et d'accompagner, même brièvement pour notre Vice-Présidente, la journée de travail sur ce thème « précarités et vieillissements ». Vous savez que ces deux réalités qui ont été soulignées par les intervenants précédents sont des réalités importantes d'aujourd'hui, en ce sens que la précarité qui revêt des formes connues revêt aussi des formes plus nouvelles, atteignant des populations qui, pour certaines, sont réputées fragiles sur le plan socio-économique, comme les SDF, ou culturel, les immigrés. Mais aussi des populations nouvelles moins connues comme les aidants familiaux qui ont en charge une personne âgée dépendante ou malade, à domicile ou en institution.

Par ailleurs, le vieillissement lui-même des populations entraîne toute une série de modifications et de perturbations de la vie quotidienne des personnes concernées, ainsi que celles qui les entourent. Il est devenu difficile de concevoir le vieillissement comme une entité homogène. De même, les phénomènes de précarité ne peuvent plus être considérés comme relevant d'un seul et même processus, le processus économique de marginalisation.

Nous avons fait le choix de consacrer cette journée d'étude aux réalités plurielles des précarités et des vieillissements. La matinée va être animée par plusieurs conférenciers. Le premier d'entre-eux sera le Professeur Olivier Zeller, historien, professeur à l'Université Lumière Lyon II, donc un collègue, qui va développer un propos sur l'histoire de la précarité dans la société moderne. Le Professeur Zeller est un partenaire des enseignements gérontologiques depuis longtemps ; il intervient aussi depuis longtemps dans le cadre de « l'Université Tous Ages » à l'Université Lumière Lyon II.

Une seconde conférence sera assurée par le Docteur Michel Bon, qui traitera plus particulièrement de la question psychique dans les liens entre la précarité de l'inscription sociale et les processus psychiques du vieillissement.

Une troisième conférence sera assurée par le Professeur Jean-Pierre Claverane, qui est économiste de la santé, Directeur de l'IFROS, Professeur à l'Université Jean Moulin Lyon III. Il nous proposera un développement original sur le croisement des problématiques de précarité vues sous l'angle de l'économiste et les problématiques du vieillissement, toujours sous l'angle de l'approche économique.

Pour ce qui est de l'après-midi nous avons voulu innover et avons souhaité organiser un débat en l'introduisant par un plateau télévision. Rassurez-vous vous n'allez pas passer sur TF1 ou France 2 ce soir ; c'est un plateau de télévision virtuel, mais qui va revêtir toutes les

caractéristiques d'un plateau de télévision. Il sera animé par un journaliste de la région, Denis de Montgolfier que beaucoup connaissent pour l'avoir vu et entendu sur TLM, la télévision locale. Il est actuellement journaliste indépendant sur Arte Télévision.

Autour de lui seront présentes des personnalités qui toutes ont, d'une manière ou d'une autre, été à l'origine de réponses ou de tentatives de réponses à ces problèmes de croisement de précarités et de vieillissements. Elles seront là pour témoigner à la fois de leur démarche et engager un débat sur cette question des réponses possibles aux problèmes de précarités et vieillissements. Seront présents sur ce plateau de télévision :

- le Docteur Marc Mégard, ancien médecin-chef de gériatrie au Centre de gériatrie de Cuire, responsable du programme d'accompagnement de populations en précarité ;

- François-Xavier Turbet Delof, de l'association des Petits Frères des Pauvres dont tout le monde connaît l'immense travail dans cette direction.

- Mme Christine Astruc, qui est responsable d'un service d'hébergement de personnes âgées à Marseille, qui a aussi l'expérience de faire se côtoyer des populations d'origines différentes et en particulier des populations réputées précaires au milieu d'autres personnes âgées.

- Mme Agnès Rolin, assistante sociale en unité de soins gériatriques de longue durée à l'hôpital de La Tronche à Grenoble

- et Mme Joëlle Huillier, Sous-Directrice de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes.

Je serai aussi sur ce plateau de télévision pour les accompagner.

Je voudrais profiter de l'occasion qui m'est donnée de prendre la parole en début de journée (on le fait souvent en fin de journée) pour remercier tout particulièrement Yves Faure qui nous a accompagnés dans la construction de cette journée sur le plan technique et en particulier du plateau de télévision. Il est producteur et enseignant associé à l'Université Lumière de Lyon II en sciences de communication. Il a obtenu aussi la collaboration de certains étudiants de l'Université Tous Ages qui ont prêté leur concours, ainsi que le groupe audiovisuel des retraités du CRIAS, sans lesquels un certain nombre de montages audiovisuels que vous pourrez voir cette après-midi n'auraient pas pu être réalisés.

Le débat sera ensuite largement ouvert sur la salle. L'intérêt est aussi de vous permettre de participer et d'intervenir dans cette réflexion avant que les conclusions de la journée soient assurées par le Docteur Paul-Henri Chapuy, ancien médecin chef de l'hôpital des Charpennes. Le Docteur Chapuy nous fera rompre avec une certaine tradition qui était de confier les conclusions de ces journées au Professeur Robert Hugonot, mais comme Madame la Présidente l'a indiqué, le Professeur Hugonot est indisponible aujourd'hui.

Je terminerai ces remerciements en les adressant également à Françoise Cattenat, Directrice du CRIAS, qui a été la cheville ouvrière de l'organisation de la journée. F. Cattenat est également administrateur pour le département du Rhône de la Société Rhône-Alpes de Gériologie et Secrétaire Générale de cette même Société.

Merci et bonne journée à tous. (*Applaudissements*)

## **HISTOIRE DE LA PRECARITE DANS LA SOCIETE MODERNE**

*Olivier ZELLER, Professeur d'Histoire à Lyon II*

Il m'incombe de brosser devant vous en quelques traits une histoire de ce que fut la précarité dans la société moderne. Ce que n'indique pas forcément pour tout le monde l'épithète moderne, c'est que pour nous autres historiens de culture latine la modernité est la période qui s'étend du XVI<sup>e</sup> au XVIII<sup>e</sup> siècle. Mais en l'espèce il est tout à fait possible d'étendre le champ de l'étude très avant dans le XIX<sup>e</sup> siècle ; en effet si la réalité politique devient radicalement différente, par contre du point de vue de la démographie, des conditions matérielles et dans une bonne mesure du point de vue de l'histoire des mentalités, les changements peuvent être tenus pour négligeables dans la problématique de la précarité.

Qu'entend-on tout d'abord par ce concept de précarité ? Dans la période qui nous intéresse, la précarité est un concept vraiment lourd qui a des applications dans un très grand nombre de domaines et ceci de manière extrêmement dure. Par précarité l'on entend tout d'abord une vulnérabilité sociale telle que l'on assiste à la perte du domicile. Sous l'ancien régime c'est quelque chose qui est véritablement extrêmement grave puisque le statut juridique des gens et à la limite le caractère légal ou illégal de leurs activités sont liés à la possession d'un domicile. Ce qui nous reste des lois sur le vagabondage d'ailleurs est héritier en droite ligne de la législation d'anciens régimes, en moins farouche, cela va de soi.

Pourquoi cette éventualité très présente de la perte de domicile, surtout en milieu urbain ? En raison du haut niveau des loyers, en raison de l'absence totale de facteurs de maintien sur place et en raison de l'impossibilité matérielle qui est celle des 4/5<sup>èmes</sup> des habitants de la ville de recueillir une épargne. Evidemment, me direz-vous, il y a l'exception hollandaise où les banquiers très tôt ont compris l'intérêt de la collecte de l'épargne populaire mais c'est là un cas d'espèce dont le champ d'application intéressait peu de monde. Il faudra attendre Benjamin Delessert, le XIX<sup>e</sup> siècle, pour voir l'équivalent des caisses d'épargne se créer, le but étant de stabiliser, mais également de moraliser dans une perspective bourgeoise les populations ouvrières. Avant ces initiatives rien n'existe.

Il existe donc une très grande mobilité géographique d'une très grande partie des populations et il n'est pas exagéré de dire que tous les six mois, c'est-à-dire à chaque terme de loyer, une fraction tout à fait importante de la population, des ménages généralement s'évapore, sort de la ville pour entrer dans un processus de mobilité géographique marqué par le déclassement.



La perte de domicile est aggravée évidemment par la perte de l'activité professionnelle, étant entendu que ce que l'on peut appeler - pour faire court - le système corporatif ne concerne qu'une élite professionnelle et qu'il n'est pas exagéré de classer les maîtres des corporations dans les petites bourgeoisies. Mais hors ce cas privilégié, dans tous les sens du terme, la perte de l'activité professionnelle peut être extrêmement rapide. La perte du gagne-pain se traduit à très court terme, une fois les maigres provisions épuisées, par une précarité qui est tout simplement la précarité alimentaire.

Du même coup, il y a évidemment une perte de l'insertion sociale particulièrement grave dans le contexte mental de l'ancien régime où l'individu en tant que tel, l'individu isolé n'a pas d'épaisseur, n'a en quelque sorte pas de puissance juridique ; on n'existe, on n'est reconnu et apprécié que dans la mesure où l'on appartient à un corps, que ce soit celui des habitants de la paroisse, celui de la confrérie, celui du métier ou autre. L'individu s'identifie par rapport à son milieu d'appartenance. Perdre ce milieu c'est ipso facto risquer de tomber très vite dans le monde de l'errance, dans le monde de la mendicité et donc dans un déclassé social qui, pour autant que l'on puisse le savoir grâce aux procès-verbaux de maréchaussée et plus tard de gendarmerie, semble avoir été irréversible dans un très grand nombre de cas.

Cette précarité ne s'applique pas qu'aux vieillards. On peut dire que cette précarité est universelle. Par commodité réservons tout de suite le cas des élites. Les élites sont stables socialement ; elles sont solides démographiquement. Elles ont des conditions de vie qui leur permettent de résister aux commotions. Donc réservons ce cas ; il ne nous intéresse pas ici.

Mais une très grande majorité statistique des populations est soumise à ce que j'appellerai une précarité générale. Cette précarité générale peut être liée à des événements extérieurs. En premier lieu les épidémies qui ne sont pas que des phénomènes de santé mais qui paralysent également les échanges et toutes formes d'activité professionnelle. Cette précarité générale peut être liée évidemment à la guerre ; ce fut le grand fléau des sociétés occidentales. Et plus simplement les crises frumentaires, très tard dans le XIXe siècle ou les crises alimentaires sont suffisantes pour jeter dans la pauvreté, de manière extrêmement brutale, des fractions entières de la population.

C'est encore à la fin des années 1840 que la crise du doryphore crée la dernière famine en Europe et provoque l'exode massif des irlandais vers les Etats-Unis. Ce n'est pas si ancien.

Il existe évidemment des crises strictement économiques : la perte d'un marché, la fermeture d'un débouché, l'arrêt des investissements. Ceci a un impact plus limité, plus ciblé, frappant exclusivement les villes et les régions à vocation industrielle.

Il est net que, mis à part les élites dont le cas est définitivement réservé, nul n'est véritablement à l'abri de cette précarisation. Richard Gascon, qui fut mon maître, a proposé un concept qui est le concept de seuil de pauvreté. Ce seuil de pauvreté est atteint dès lors que le coût de la vie, le prix de l'alimentation se mettent à représenter pour les XVI<sup>e</sup> et XVII<sup>e</sup> siècles plus de 80 % de ce que l'on va appeler le budget type d'une famille de quatre personnes. Donc, compte tenu des fluctuations extrêmement rapides des coûts de cette alimentation, l'on peut être en face d'une pauvreté structurelle, c'est-à-dire dans laquelle une fraction que l'on va évaluer à 10/15 ou 20 % de la population aura normalement des difficultés à survivre, mais il suffit que la crise fasse bouger vers la hausse les prix de l'alimentation pour que des proportions tout à fait importantes, qui peuvent aller jusqu'à 60 % de la population d'une ville, franchissent le seuil de pauvreté, pour que des gens qui normalement vivent bien tombent dans la précarité et nous parlons ici de pauvreté conjoncturelle.

Ceci explique quelque part un certain sentiment de solidarité entre la population vivant normalement de manière convenable, *ordinary people*, et les marginaux, les exclus. Lorsque les archers arrêtent des mendiants, traînent des vieillards vers l'hôpital général, il n'est pas rare que des gens de conditions sociales qui leur sont très supérieures prennent fait et cause pour les mendiants, les libèrent par la force et l'explication que donnent les historiens de ce comportement est généralement la suivante : c'est un sentiment de solidarité vers celui qui est pauvre et exclu aujourd'hui, mais dont on pourra peut-être prendre la place quelques années ou quelques dizaines d'années plus tard.

Autre précarité que les précarités de type plus strictement individuel. Il n'existe pas de système de retraite avant le dernier tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, avec évidemment des exceptions signalées qui sont celles de l'armée, de la ferme générale et des ponts et chaussées, qui sont vraiment des exceptions. Les allemands sont très en avance sur la France puisque, dès les années 1880, Bismarck met en place un système de prévention, d'assurance retraite qui a cinquante ans d'avance sur ce que les français peuvent faire. Mais avant, en tout état de cause, cette charnière entre le XIX<sup>e</sup> et le XX<sup>e</sup> siècle, la vie s'identifie avec le travail. Il n'existe pas un seul étage qui une fois atteint fasse passer normalement du monde du travail au monde du repos. L'on travaille tant que l'on est valide.

Or nous assistons ipso facto à un certain nombre d'exclusions. La perte de la capacité de travailler est totalement facteur de déclassement. C'est le cas des handicapés mentaux. On les trouve dans les recensements d'anciens régimes « *pauvre imbécile ne pouvant gagner sa vie* », écrivent les recenseurs dans le texte. C'est le cas de tous ceux qui sont tombés dans l'invalidité à une époque où les blessures par accident du travail, par fait de guerre, mais aussi par

incapacité curative multiplient le nombre d'estropiés. Une simple fracture peut rendre un homme invalide pour le restant de ses jours. Et tout simplement s'il est relativement facile pour les membres des élites de corriger leur vue tant bien que mal et cela depuis le milieu du Moyen Age, en revanche la perte de la vue ou tout simplement la baisse de l'acuité visuelle suffit à empêcher un homme ou une femme d'exercer son métier et ipso facto à l'entraîner dans la précarité.

Enfin, il existe une précarité liée à ce que les historiens de la famille appellent le cours de la vie, avec trois catégories qui sont très fortement désignées. Tout d'abord la précarité des orphelins. Dans beaucoup de villes de l'ancien régime et encore tôt dans le XIXe siècle, particulièrement en Angleterre, on rencontre de manière tout à fait courante des orphelins ou des communautés d'orphelins qui vivent de chapardage, qui vivent d'aumône, qui vivent de petits expédients. Souvent ce sont des communautés de trois, quatre, cinq enfants qui vivent sous l'autorité du plus vieux d'entre eux. Cela rappelle ce que l'on rencontre encore actuellement dans des villes telles que Bucarest. Mais c'est quelque chose de tout à fait courant sous l'ancien régime.

La deuxième précarité est celle des femmes. Pour employer une boutade, l'image de la femme sous l'ancien régime (et c'est une image qui a une longue rémanence) peut être traduite par une sorte d'adage qui remonte au XVIe, selon lequel la femme ne peut qu'être vierge, mère ou prostituée. Je m'explique. Elle peut être *vierge*, c'est-à-dire jeune fille à marier, ou mieux encore religieuse. Elle peut être *mère*, mère et non épouse, c'est-à-dire une épouse mais donnant des enfants, le but du mariage étant la procréation ; la procréation étant très fortement valorisée. Si elle n'est ni l'une ni l'autre, c'est une femme de rien.

Or il existe une dissymétrie tout à fait considérable entre la condition masculine et la condition féminine. Si un homme peut se remarier pratiquement quel que soit son âge, en revanche il est extrêmement difficile à une femme qui a dépassé les 35 ou 40 ans (en termes physiques, imaginons 55 / 60 ans de notre époque) de se remarier. La chose est presque impossible. Or le destin de la femme dans l'ancienne société consiste à passer de puissance de père à puissance de mari dans un statut qui fait d'elle une sorte d'éternelle mineure. La femme qui vers la quarantaine a le malheur de devenir veuve risque de manière très forte de tomber dans la pauvreté de manière très rapide. Ne sont guère exemptes de ce tragique destin que les femmes de maîtres, dans le cadre des corporations puisque, pour stabiliser en quelque sorte les structures productives, on permet aux veuves d'épouser le compagnon, ce qui assure au compagnon le titre de maître sans faire de chef-d'œuvre et sans payer de droits. Mais dans l'immense majorité des cas, « veuvage » veut dire paupérisation presque immédiate.

Une nouvelle fois je vais me permettre de citer mes sources favorites qui sont des recensements d'anciens régimes, de véritables photographies des sociétés anciennes : de manière

tout à fait courante l'on rencontre des communautés de femmes veuves qui vivent dans une cave, qui vivent dans un grenier, qui vivent dans une vieille tour, qui vivent sous les ponts, d'expédients, sans doute un peu de chapardage, quelques petits travaux, un peu de prostitution, des aumônes, que sais-je ! Ces communautés de veuves sont si éphémères que la plupart du temps les recenseurs ne prennent même pas la peine de relever les identités. « *Dans un grenier de ladite maison, avons trouvé plusieurs vieilles femmes veuves* ». Cela suffit comme définition.

Evidemment, le type de précarité liée au cours de la vie qui est centrale dans ce colloque est la précarité liée à l'âge, la précarité des vieillards. Ceci est un phénomène massif. Lorsque l'on recense dans une ville les pauvres à secourir l'on n'obtient pas une pyramide démographique, avec le profil assez régulier qui nous est devenu familier. On obtient plutôt un diabolos. Il y a deux âges véritablement critiques, l'enfance et la petite enfance, les orphelins livrés à eux-mêmes et ensuite les vieillards, avec un seuil qui est beaucoup plus bas, faisant commencer les vieillards dans les sociétés anciennes autour de 55 ans.

Ceci néanmoins doit être relativisé. Il existe une mortalité sociale différentielle qui est véritablement renversante. Maurice Gardenne, qui a étudié en détail sous l'angle social et démographique la ville de Lyon au XVIII<sup>e</sup> siècle, a par exemple prouvé que l'âge moyen au décès des bourgeois et des marchands de la paroisse St-Nizier, - paroisse très riche -, était un âge moyen au décès dépassant les 70 ans, tandis que l'âge moyen des ouvrières tireuses de cordes de la grande fabrique était de 21 ans. Donc il existe des cas de longévité. Ils existent.

D'une part ils sont la plupart du temps exagérés. Le « centenaire » de l'ancien régime en fait est un octogénaire, une fois vérification faite dans l'état civil. Deuxièmement, l'on n'a guère de chances de trouver des personnes âgées suivant nos critères d'âge que dans les catégories socio-professionnellement favorisées et qui échappent totalement à la précarité. Dans les classes populaires rurales comme urbaines, les âges moyens au décès de la population laborieuse sont des âges qui sont relativement précoces.

Nous sommes au XVIII<sup>e</sup> à une époque où les espérances de vie s'échelonnent entre 35 et 40 ans. Je dis bien « espérance de vie », je ne dis pas « âge moyen au décès ». Il s'agit là d'une médiane où le nombre d'années au bout duquel la moitié d'une classe d'âge est encore vivante, entre 35 et 40 ans. Donc rareté du vieillard au sens où nous l'entendons.

Néanmoins se pose le problème de l'assistance à ces vieillards. Cela peut se concevoir dans un cadre institutionnel ou dans un cadre informel ; le cadre institutionnel évolue de manière tout à fait considérable. Il s'agit, à l'origine, des confréries de métiers ; il s'agit dans une moindre mesure des paroisses, le rôle des confréries n'étant pas seulement un rôle festif, ni un rôle religieux, ni un rôle d'organisation des métiers. Il existe là un rôle mutualiste tout à fait important ;

les cotisations servant entre autres choses à assurer l'éducation et/ou la survie alimentaire, l'habitat des orphelins et des veuves de maîtres. Mais nous sommes là dans un cadre quelque peu privilégié, dans des sociétés très organisées que sont les sociétés urbaines. Le cadre paroissial est davantage un cadre caritatif plus général.

Le phénomène tout à fait marquant entre le XVIIe et le XIXe siècles est la laïcisation de l'assistance. Cette laïcisation de l'assistance ne procède pas toujours d'une perspective de fraternité. On assiste, mais également dans le désir de contrôler ; le pauvre n'étant plus à partir du XVIIe siècle le membre souffrant de Jésus-Christ, le pauvre devenant à partir du XVIIIe siècle et très tard (peut-être même jusqu'à aujourd'hui) considéré comme une menace, comme un danger social ou tout au moins comme un danger pour l'ordre public. Il s'agit donc autant d'encadrer, de recenser, de policer, que d'assister.

Cela se fait évidemment par des secours à domicile (c'est le cas le plus rare), par des distributions alimentaires où les pauvres, à jours fixés, vont chercher généralement du pain, quelquefois un peu de viande dans des institutions spécialisées. Un seul exemple tout à fait novateur étudié par Mary Lindemann, l'historienne américaine, est celui de Hambourg où les bourgeois, en charge de la gouvernance urbaine, très éclairés par la pensée maçonnique, comprennent qu'on ne peut pas traiter la précarité en termes de pauvreté seulement, mais qu'il existe une sorte de triangle « chômage, maladie, pauvreté » et qui proposent des solutions polyvalentes pour résorber la précarité dans la ville de Hambourg. Mais c'est véritablement un exemple, tardif et unique. Presque partout ailleurs c'est l'hospitalisation du vieillard qui est préconisée.

Michel Foucauld évidemment a écrit des pages immortelles sur le grand renfermement. Ses contenteurs ont voulu minimiser la portée de ces constatations à l'aide de statistiques (mais puisque nous sommes dans l'histoire des mentalités c'est le symbole qui compte, c'est le modèle mental, quelle qu'ait pu être l'application matérielle) et, en effet, l'entrée des vieillards dans les hospices n'est pas aussi massive qu'on l'a quelquefois écrit.

Il s'agit effectivement d'un véritable problème de gouvernance urbaine. Il y a un antagonisme entre les enjeux chers d'une part aux magistrats municipaux, d'autre part aux recteurs des institutions hospitalières. Les magistrats municipaux voudraient que toutes formes de pauvreté, dont la vieillesse, puissent disparaître de la ville, ne fût-ce que pour des motifs d'ordre. Les recteurs eux ont des budgets à équilibrer.

Donc progressivement vont se mettre en place des critères d'accès à l'hôpital qui seront de plus en plus restrictifs.

Dans un premier temps, on réduira l'accès à l'hôpital aux natifs de la ville. C'est une catégorie mentale très ancienne que celle qui valorise le caractère indigène d'une personne et qui

symétriquement rejette, repousse dans la méfiance et l'exclusion l'autre, l'étranger, c'est-à-dire celui qui n'est pas né dans la ville.

Ce critère d'origine ne suffit pas toujours ; on va le compliquer à certaines périodes d'une résidence continue pendant les dix dernières années dans la ville. Il faut donc être né dans la ville et y avoir résidé les dix dernières années.

Ensuite, on resserre encore les mailles du filet grâce à des seuils d'âge ; c'est au XVIII<sup>e</sup> siècle que les seuils d'âge qui nous sont vraiment familiers sont mis en place dans une perspective de contrôle des flux d'accès et d'une manière générale on ne se met à accepter les vieillards que lorsqu'ils ont atteint 70 ans.

Compte tenu des caractéristiques démographiques et sociales de l'époque, imaginez, toutes proportions gardées, que l'on n'accepte en institution aujourd'hui que les gens qui ont atteint 90 ou 95 ans. Effectivement, on aurait peu de problèmes d'effectif.

Néanmoins au XVIII<sup>e</sup> siècle se produit une grande avancée. C'est ce que mon collègue, Jean-Pierre Gutton, a nommé dans l'un de ses ouvrages « *La naissance du vieillard* ». Cette naissance du vieillard correspond à la prise de conscience de la spécificité de la vieillesse et de la spécificité des besoins des vieillards. Il faudra attendre le siècle des lumières et en particulier la révolution française pour qu'enfin une politique d'assistance spécifique soit conçue en termes beaucoup plus larges. Malheureusement, la révolution française n'aura pas les moyens de sa politique.

C'est la raison pour laquelle l'institutionnel n'a jamais pu prendre en charge qu'une partie des vieillards précarisés. L'autre partie a été prise en charge par le cercle fondamental des sociabilités anciennes ; je viens de nommer la famille.

L'accueil par la descendance. On connaît mal les conditions relationnelles de cet accueil du vieillard dans sa descendance. Il est certain que la dignité est liée à la capacité à travailler encore quelque peu. En Alsace ou dans l'Allemagne rhénane, la coutume veut que, lorsqu'il atteint 60 ans, le chef de l'exploitation agricole passe le flambeau au plus âgé de ses fils. Ou bien il est encore capable de travailler et dès lors il reste à la table du maître, il reste assis à la droite de son fils qui est le nouveau chef de maison. Ou il ne peut plus travailler et il continue à manger dans la même salle, mais à une table séparée. Ceci symboliquement est extrêmement fort.

En tout cas il ne faut pas tomber dans le lyrisme du bon vieux temps où l'on imaginerait que la violence était exclue, que le respect était universel. Ce serait plutôt le contraire. A travers les archives judiciaires et à travers aussi une certaine tradition littéraire, nous avons des cas de violence sur les personnes âgées, voire de meurtre au XIX<sup>e</sup> siècle. Mais il faut être extrêmement

méfiant ; tout ce que l'on ne peut pas pondérer de manière statistique risque de nous entraîner dans des vues fallacieuses.

Puisqu'il est question de statistiques, voyons ce qu'elles nous disent. Lorsqu'il est possible d'analyser la composition des familles, on s'aperçoit que les vieillards recueillis au feu de leurs enfants sont quatre fois plus souvent issus du patrilignage que du matrilignage, ce qui souligne bien évidemment le caractère patrilinéaire des familles anciennes. Ce sont quatre fois plus souvent des femmes que des hommes, ce qui nous renvoie à la vulnérabilité féminine. En tout cas il s'agit toujours d'une phase très courte du cycle familial, qui ne dure que deux, trois, voire quatre années, cette phase du cycle familial étant interrompue par le décès du vieillard recueilli.

Quel a été l'impact de la révolution industrielle, me direz-vous ? Il existe deux vues différentes : la *vulgate*, partant du sens commun, nous a toujours dit, et c'est ce qui est toujours enseigné, qu'il y a eu distension des liens familiaux en raison de l'exode rural, en raison de l'industrialisation. En fait, une chercheuse américaine, la regrettée Tamara Harreven, a montré que bien au contraire les liens familiaux étaient convoqués de manière beaucoup plus dense et beaucoup plus fréquente pour organiser les migrations, l'habitat, les systèmes de défense à l'intérieur des ateliers. Elle s'inscrit complètement en faux contre l'idée reçue de la distension des liens familiaux. La vérité, comme d'habitude, doit être quelque part entre les deux, en fonction d'abord de l'envergure démographique des familles considérées et du degré d'éloignement provoqué par la mobilité.

Une conclusion qui tient en une phrase : la gravité de la précarité tient avant tout à l'absence de mise en jeu de solidarités. Je vous remercie. (*Applaudissements*).

## **PRECARITE DU LIEN SOCIAL ET VIEILLISSEMENT**

*Michel BON, Psychiatre, l'Interface SDF - Lyon*

Je vais être moins fluide dans mes propos que le Professeur Zeller ; j'ai terminé ce texte ce matin, je ne le possède pas bien. Je parlerai de la rupture du lien social chez les sujets en exclusion et précisément en grande exclusion. Le concept de vieillissement sera en filigrane ; vous ferez certainement les associations.

Je serai essentiellement descriptif pour tenter de vous faire partager ce que, dans l'unité Interface SDF-Lyon, nous avons appris auprès de cette population, de cette surprenante tribu, qui coexiste à côté de nous. La tâche de cette unité Interface est de permettre l'accès aux soins, dans le cadre strict du droit commun pour les exclus, qui souvent s'auto-excluent des systèmes de soins conventionnels et n'ont même pas l'idée que le soin pourrait les concerner.

D'abord je vais décrire le monde de la rue, du moins ce que nous en voyons, ce que nous en ressentons car nous restons, quelles que soient nos attentions, des sujets d'un autre monde.

Notons premièrement que l'exclusion est un phénomène actif, prenant en compte l'histoire de vie, les particularités de caractère et d'adaptation, ainsi que le cadre réel, environnemental, familial et professionnel.

Ces SDF, sans domicile fixe, par définition, n'ont pas de domicile mais, nous l'avons observé, ils ont un territoire, un territoire où existe un schéma de socialisation, avec des codes matériels, dans le réel, mais aussi des codes en lien avec l'imaginaire ou le symbolique, puisque persistent les lois psychiques. Ainsi dans la rue il existe un attachement, une parasocialisation très chargée d'imaginaire à l'égard des objets rencontrés ; ceux-ci étant des passants, des commerçants, des policiers, des travailleurs sociaux, d'autres compagnons de la rue ; l'ensemble constituant alors une sorte de système relationnel presque familial, mais violent (peut-être d'ailleurs comme beaucoup de familles !).

Le territoire du SDF est un domicile élargi, sans toit mais pas sans lois psychiques ; ce sont celles-ci qui élaborent ce que l'on convient d'appeler une clinique de la rue, qui emprunte volontiers à la psychose ses ornements. Mais il faut différencier celle-ci de celle-là que nous connaissons mieux (la psychose) et que nous pratiquons depuis plus longtemps.

La clinique psychiatrique s'est exportée dans la rue. Cette clinique reste très traditionnelle, elle est essentiellement celle des psychoses, des délires avec leur cortège hallucinatoire ou interprétatif ; délires divers, aigus ou chroniques chez des sujets le plus souvent déjà pris en charge par les circuits de soins spécialisés. Dans les faits ces sujets se sont échappés de



la filière du soin, accumulant les ruptures et les rejets, ou l'impuissance et l'épuisement des professionnels.

Les exclus sont aussi parfois « externés » arbitrairement de l'hôpital qui n'est plus en charge des fonctions classiques d'asile. En conséquence, ils s'adaptent à la vie de la rue sans soutien et sans médicaments, malgré la souffrance de la psychose, malgré leur relation à un monde remodelé par le délire, malgré la violence quotidienne qui les victimise.

La violence du réel se surajoute à celle de leur vie psychique désagrégée, qui parfois confine à la mort.

Souvent ils paraissent exploiter une partie saine d'eux-mêmes qui cohabite en discordance avec une relation psychotique où se mêlent évidemment, sans espoir de cohérence, réel, imaginaire et symbolique.

L'alcool et les autres substances psycho-actives terminent l'accommodation à cet univers de la rue et dans un premier temps les rendent invincibles. Ils sont réfractaires à toute approche et nous ne les rencontrons que lorsqu'ils s'effondrent, quand le corps ne peut plus se survivre.

Ces SDF « malades » sont a priori ceux qui nous ont le moins perturbés au début de notre travail. Dans un premier temps, nous avons allégué à la psychose la responsabilité unique de la désocialisation et presque pensé que le neuroleptique résoudrait tout. La suite nous a fait vérifier que la psychose ne résumait pas une identité, que les psychotiques SDF étaient globalement soumis à d'autres formes de problématiques.

Puis d'autres exclus sont apparus dans notre champ. Nous ne les différencions pas tout d'abord des « malades », puisqu'ils avaient les mêmes types de symptômes : délires, dépersonnalisation et déréalisation. Soumis à la tradition médicale, nous avons tenté de les affubler d'une maladie répertoriée, mais nous nous sommes rendu compte que les étiquettes n'adhéraient pas. Cette maladie répertoriée était pour nous le moyen de rendre moins énigmatique leur souffrance. Les neuroleptiques et l'hospitalisation sous contrainte que nous envisagions ont rapidement, après quelque réflexion, fait imaginer une inadaptation du soin traditionnel pour ces sujets.

A force de rencontres, étrangement ils nous semblaient être « normaux » ; ils nous faisaient souffrir en avivant nos capacités identificatoires et en nous agitant inutilement dans une logique de crise. Cette logique de crise nous poussait de manière obsessionnelle ou maniaque, à agir, à faire, à être déçus, puis éreintés, à subir ce qui semblait être bien différent de l'identification projective des psychotiques répertoriés.

Ils racontaient des vies pleines de ruptures, de rejets, d'abandons, de violences, de traumatismes bruts, sensorialisés (comme autistiques). Parfois il apparaissait que la mort était pour eux un risque au quotidien, comme un prix à payer pour avoir le droit de vivre. D'autres fois ils acceptaient enfin de se déprimer, partageant en notre compagnie un temps de dépression, véritable annonce d'un accès à l'émergence d'une symbolisation acceptée.

Ils utilisaient les mêmes « médicaments », alcool et drogues, que les sujets psychotiques, mais dans des buts différents et encore à plus forte dose car s'ils se « remplissent » c'est pour combler en vain un vide indicible, anesthésiant ainsi leur corps et leur psychisme face à l'épreuve du temps.

Indestructibles eux aussi derrière l'alcool, ils se suicident rarement, les hasards du quotidien se chargeant de faire le choix de leur destinée, mais aussi parce que ne vivant pas ils sont immortels. Dépouillés de tout, sans cesse frustrés et humiliés, ils demandent, avec persévérance et apparemment au plus mauvais endroit, l'impossible. Si jamais cet impossible se profile, ils s'effondrent et se réinstallent passivement dans le chaos de la survie de la rue, où ils deviennent totalement dépendants de l'entourage et du don social. C'est pour eux la seule façon dans cette régression de rencontrer les images du réel.

Souvent il est dit aussi qu'ils n'ont pas de demande, pas de désir, pas d'anticipation. Mais en fait ils ne survivent que dans une avidité, une oralité exacerbée, celle du nourrisson en privation, en carence de l'objet originaire totalement comblant. La pratique montre qu'ils attendent d'être gavés pour nous rejeter et ainsi exister, ce qui ne va pas sans blessures narcissiques chez les soignants.

Parfois lorsqu'ils sont en rémission de destruction, ils parlent et laissent entendre des fantasmes qui unissent classiquement, sur une même scène, passé, présent et avenir dans une unique représentation. Pour eux le réel est une épreuve effroyable qu'ils ne peuvent endurer, qu'il faut effacer et les traumatismes objectivables, ceux de l'historicité, bien que remaniés, restent d'une précision et d'une actualité totales comme à l'instant du choc. Cependant, sans cesse ils rationalisent dans des tentatives d'objectivation le sens de la vie, se repliant derrière des vécus de persécution, les « on m'a fait mal », « on m'a chassé », « on m'a trompé », « j'étais de trop ».

Fuyant le réel, ils ignorent les précisions chronologiques puisque les mouvements inconscients sont résistants à l'épreuve du réel. De plus, les traces mnésiques ne permettent pas la prise en compte du défilement temporel qui conduirait à des scansions de vie et ainsi à la constitution de repères temporels et en corollaire spatiaux et corporels.

Le corps est un élément qui semble indissociable de la problématique SDF. Ce n'est pas le corps médical anatomique qui est évoqué ici, ni le schéma corporel qui est partagé par tous

les êtres humains. C'est de l'image du corps dont il est question, un corps écran où se projette l'histoire du sujet, un corps éminemment subjectif, qui n'est plus seulement une masse organique réelle porteuse de cicatrices. Ce corps est porteur de perceptions et de représentations imaginaires qui s'entremêlent. La relation au corps est à distance ; le sujet est à son spectacle, au spectacle de sa dégradation et s'en trouve fasciné.

Il y a alors mise en acte, sur la scène du réel des souffrances psychiques. De ce fait souvent leur enveloppe psychique apparaît transparente, parfois même ils renvoient cette étrange impression d'être vides, en attente d'une impossible plénitude.

L'image qui est offerte par ces sujets est souvent insupportable. C'est dans une jouissance impudique et passivement proclamée qu'ils s'affichent dans leurs régressions ou leurs effondrements massifs. Alors effectivement le désir du sujet disparaît derrière la nécessité du besoin de lui sauver la vie. Le désir est assumé par l'autre et la rencontre avec le monde du soin se passe le plus souvent dans l'urgence, « un temps où s'escamote le sens et où le besoin tient lieu de demande ».

La connaissance de traces de leur histoire nous a conduits à penser que si chacun vit des ruptures, chacun ne devient pas SDF. L'hypothèse d'une vulnérabilité spécifique des sujets s'est alors imposée, comme une donnée qui viendrait éclairer comment, soumis aux ruptures, ils ne peuvent les intégrer dans le temps et leur donner sens.

Il semble tout d'abord que ces sujets ne sont pas intégrés dans leur propre historicité et n'existent pas comme individus, comme « Je » et que leur corps fait l'objet d'une non-reconnaissance. Ainsi ils n'ont pas de recul, de regard sur la subjectivité de leur vie ; ainsi il y a une problématique du lien à l'autre qui n'a pas pu s'instaurer et qui peut-être justifie l'errance d'un objet partiel à un autre, jamais suffisant à satisfaire le souvenir de l'Eden.

Ces sujets ont une vulnérabilité, un « tendon d'Achille » qu'ils ignorent, alors qu'ils traversent une vie d'une extrême violence, une guerre de rue où tous les coups sont permis, où ils s'autodétruisent. Ils outragent leur corps jusqu'à perdre l'aspect humain, s'animalisant, s'exposant dépravés aux regards dans les espaces publics, se plaçant hors du champ social pour avoir paradoxalement la représentation de le maîtriser.

Les SDF sont en lutte avec eux-mêmes, avec leur histoire passée, du moins avec des traces mnésiques du temps infantile. Comme mélancolisé, le SDF devient alors son pire bourreau et déchaîne contre lui sa violence car c'est le seul moyen de ressentir son passé.

Tout cela est évidemment inconscient et il n'existe pas de sens, à lui apparent, entre les maltraitances du réel et les traumatismes subis du passé auxquels il n'a pas fait face.

La souffrance psychique qui s'exprime après le traumatisme est bien différente de la douleur et semble être le moteur de la destinée de ces sujets.

La prise en charge des sujets exclus nous plonge dans l'étonnement, l'effroi ou la sidération. Cependant la rencontre avec le sujet ne montre que le personnage public qui n'exprime que des signes de dysfonctionnement social dont le moteur originaire est un mystère.

Notons que cette souffrance - qui est en lien avec la douleur du premier traumatisme de la séparation - est paradoxalement structurante. C'est le deuil nécessaire de la toute puissance qui, s'il n'est pas fait, laissera le sujet identifié à l'être perdu et détruit dans un rapport mélancolique.

C'est ce traumatisme maintenant ignoré que l'actuelle blessure fait revivre dans le présent car le temps est ici occulté. Le traumatisme de l'exclusion fait resurgir le passé et génère une situation qui paraît omettre dans la construction imaginaire de l'avenir toute possibilité de réalisation du désir.

En résumé, il y a fuite du temps, fuite hors du corps, fuite de la réalité et retour dans les vécus mnésiques archaïques. Mais de plus il apparaît ce qui pourrait être un clivage qui ne s'exprimerait plus que dans la voie somatogène, privilégiant les vécus sensoriels originaires qui se répéteront sans cesse, sans se lier dans la temporalité.

La souffrance désorganisatrice de l'existence du sujet ne peut être supportée que dans le compromis (c'est notre cas à tous) et c'est dans la plainte que porte le symptôme qu'apparaissent les effets des mécanismes de défense. Ici le symptôme est essentiellement l'errance, l'exclusion et ses trajectoires de vie.

On peut à ce propos citer Carl Gustav Jung qui disait « *Tout ce qui ne vient pas à la conscience revient sous forme de destin* ». On voit alors que la souffrance habite le sujet et en devient la réalité intime. Elle ne se représente pas, se verbalise encore moins. Elle ne reste encore une fois que pure sensorialité, indicible, qui s'élabore secondairement en une construction psychique impartageable entre les humains.

La psychothérapie semble à même d'éclairer la compréhension de ces démarches de survie hors de l'ordinaire, faites d'une chronicité des problématiques, d'une répétition des symptômes. Le travail de psychothérapie sera surtout centré sur la problématique de ré-appropriation du traumatisme perdu, mais il faut aussi, dans ce travail, s'affranchir d'un système archaïque et manichéen, construit sur le mode du tout ou rien qui ne permet pas d'être contenant pour soi-même, puisqu'il n'y a pas eu d'internalisation structurante.

Je terminerai en parlant du rapport au temps qui est un facteur essentiel à prendre en compte dans la prise en charge des exclus. Le temps est un organisateur de la relation au réel ; il crée le cadre de la relation interpersonnelle.

Or la pratique nous montre que les SDF ne vivent qu'au quotidien classiquement, dans « l'ici et maintenant ». La projection, l'anticipation, ne sont plus exploitées et, de fait, le temps est disjoint, déstructuré, fractionné. Il est évident que hors de la notion du temps l'idée du vieillissement semble étrangère.

L'inconscient ignore le temps, la dimension du temps étant strictement liée aux actes conscients. L'inconscient et également totalement atemporel, c'est-à-dire non soumis au facteur temps ; il est immuable. Cependant habituellement le temps reste représenté dans l'inconscient, sous forme de temporalité psychique ; c'est un autre contexte qui fait intervenir la régression, les fixations, la capacité d'anticipation.

Par ailleurs Freud relie la représentation du temps à celle de l'espace, qui dans les processus inconscients, les rêves par exemple, vient se substituer au temps et prime sur celui-ci. C'est l'exemple qu'il amène des souvenirs infantiles qui sont essentiellement visuels. Ainsi, quand on rêve de petits personnages, ce n'est pas qu'ils sont petits, c'est qu'ils sont loin dans l'histoire. C'est visuel. Le rêve est un coquin. Le Professeur Jouvét, dans un livre sur le rêve, raconte que prenant l'avion pour aller aux Etats-Unis, il fait un rêve dans lequel il est en voiture et arrêté par deux policiers qui sont des chats. Il trouve que ce rêve est très drôle. Arrivé à destination, il prend un taxi, sort de l'aéroport, arrive dans la ville dont le nom est Minneapolis !! C'est toujours comme cela le rêve ; c'est quelque chose de très riche.

Le rêve est essentiellement visuel. C'est peut-être dans cette voie qu'il faudrait découvrir un sens à la route, à cette déambulation apparemment dénuée de sens, qui mobilise les routards que nous rencontrons. C'est peut-être aussi de cette manière que s'explique la privatisation des espaces publics, ainsi que l'a fait apparaître dans ses publications Jean-Pierre Vignat, l'inventeur du concept de notre unité.

Au total la rencontre de ces sujets avec les institutions de soins et d'hébergement n'est pas sans originalité. C'est la glace et le feu. Ce sont des univers qui n'ont rien en commun et tant qu'on n'entendra pas que la souffrance est la résultante d'un vécu d'aliénation et d'ambivalence, on ne déchiffrera pas derrière la plainte, la demande des exclus.

Freud remarque que les sources de souffrance sont « le corps, le monde extérieur et les rapports à autrui ». De ce fait il y a bien place pour une pratique de soins pluridisciplinaires. Il y a également place pour penser à la rencontre offerte entre deux modes de vie, entre ceux qui ne peuvent pas vieillir et ceux qui ne peuvent plus vivre. (*Applaudissements*)

**PRECARITES ET VIEILLISSEMENTS :  
UNE PROBLEMATIQUE D'ECONOMIE DE LA  
SANTE**

*Jean-Pierre CLAVERANE, Professeur d'Economie à Lyon III*

*Directeur « IUP » Santé*

Mes chers collègues, Mesdames, Messieurs. Lorsque mon collègue Jacques Gaucher m'a proposé d'intervenir, au mois d'octobre, je lui ai dit « *Ton sujet est très intéressant, mais trop difficile* ». Donc dans un premier temps je lui ai dit « *Il faudrait voir quelqu'un d'autre, je ne sais pas si j'ai la compétence pour faire ceci* ». Il a su être convaincant et je me suis trouvé avec ce pensum qui m'a pris six mois et m'a laissé dans une grande perplexité car l'économie de la santé, ce n'est pas comme l'histoire. L'histoire a quelques siècles. L'économie de la santé est une discipline toute neuve qui est en train de se faire. Des questions comme celles-ci la font avancer.

Elle est toute neuve et il y a en gros dans les économies de la santé deux familles : les économistes qui regardent la santé vue de Cyrius, qui travaillent sur des statistiques officielles et dont l'unité de mesure est le milliard de francs lorsque l'on est en France et le milliard de dollars lorsqu'on travaille sur le monde. Et il y a les gens comme moi qui suivent en soutiers l'économie de la santé. Mon univers ce sont des hôpitaux, des maisons de retraite, plus dans le questionnement et la réponse à des dysfonctionnements que l'observation des populations.

Quand je me suis penché sur le sujet, je me suis rendu compte effectivement qu'il y avait peu de données sur la précarité, que l'on était très pauvre et que sur le vieillissement on était également très pauvre. Les médecins disent des choses sur le vieillissement ; les caisses d'assurance maladie disent des choses sur le vieillissement ; les sociologues disent des choses sur le vieillissement, mais lorsque vous voulez mettre ensemble précarité et vieillissement, vous êtes sur des impossibilités liées aujourd'hui aux sources et liées à des impossibilités méthodologiques.

Je voudrais dans cet exposé essayer de vous montrer la difficulté que l'on a pour traiter de la précarité lorsqu'on est économiste, essayer de mettre en perspective cette précarité avec le vieillissement et me poser une question. Là je vais prendre le contre-pied de l'historien qui nous a raconté ce qui s'était passé. Je suis personnellement hanté par une question : comment vont vieillir les précaires d'aujourd'hui ? Vous pourriez me dire « *Puisqu'il n'y a rien, comment pouvez-vous répondre à cette question ?* ». Je vais essayer d'approcher cette question par un détour, c'est-à-dire essayer de montrer comment se fait le vieillissement, quelles sont les distorsions du vieillissement

entre les cadres, les employés, les ouvriers et dire « Si l'on prend les exclus sur lesquels je n'ai pas de statistiques, je ne suis pas sûr que ces exclus vieilliront. »

Ce sont plus des interrogations que je vais vous livrer aujourd'hui que des conclusions, mais je vais essayer de mettre en perspective, à partir de quelques chiffres cependant, l'écart qui existe entre les niveaux de revenus qui concernent en particulier les précaires et les niveaux de revenus qu'exige le soin aujourd'hui.

Ne sachant pas ce qu'était la précarité d'un point de vue statistique, j'ai regardé les définitions. Effectivement, notre collègue O. Zeller en a donné une qui s'approche de celle que je vais donner. La précarité est une absence d'une ou de plusieurs sécurités, qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. C'est cette dynamique ou non-dynamique vers la vulnérabilité.

On va voir très vite comment cette vulnérabilité peut conduire à la grande pauvreté. Là les sociologues donnent des cas de figures quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle tend à se prolonger dans le temps, qu'elle n'est pas fugace ou qu'elle n'est pas un moment entre deux périodes, quand elle devient persistante et quand elle compromet gravement les chances de reconquérir ce droit et d'assumer ses responsabilités par soi-même. Voilà pour la précarité.

Donc j'ai ces définitions en main et je me dis « *Regardons les appareils statistiques* ». A côté des précarités (le sujet n'était pas la précarité mais **les précarités**) on tombe sur un autre concept voisin qui est la pauvreté. On se précipite donc vers les définitions des bases de données sur la pauvreté. On a ceci « La pauvreté caractérise la situation d'individus, de groupes d'individus démunis de ressources jugées essentielles et se trouvant dans une grande précarité ». On a défini la précarité par la pauvreté et on définit la pauvreté par la précarité.

Quand on en vient aux indicateurs, on va mesurer, à travers les indicateurs de pauvreté, la pauvreté du discours économique par rapport à la richesse et à la complexité des situations que vous rencontrez lorsque vous rencontrez la pauvreté.

Pour la pauvreté, nous avons des indicateurs de type monétaire, les salaires et les revenus, qui sont bien entendu contestés, car un salaire, un revenu, ne donne pas forcément un niveau de pauvreté. Mais on peut croiser ces indicateurs de revenu et de pauvreté avec d'autres indicateurs, comme le logement, l'emploi, la santé et on commence à avoir une sorte de tableau impressionniste des caractéristiques des familles qui sont touchées par un cumul de facteurs de pauvreté.

Lorsqu'on regarde la précarité monétaire, on a une chute de cette précarité monétaire entre 1970 et 1984 et on a une augmentation de cette précarité monétaire depuis. Depuis 1990, le

taux de précarité monétaire concerne 7 % des ménages en France. En gros, un ménage sur 14 ou 15 est touché par cette précarité.

Cette précarité augmente avec l'âge. Entre 1970 et 1990, plus l'âge avance, plus on voit l'augmentation de la précarité. Lorsque l'on regarde les indicateurs monétaires, nous avons un renversement de tendance. La précarité ou la pauvreté touche de plus en plus les moins de 30 ans et de moins en moins les plus de 50 ans.

Cependant, une fois que l'on a dit ceci, si l'on regarde les personnes âgées autour de ce concept un peu flou de précarité et de pauvreté, aujourd'hui en France trois millions de personnes âgées ayant plus de 60 ans (la France comptant 60 millions de personnes, on ne joue plus que sur une petite moitié) perçoivent une retraite inférieure au minimum vieillesse.

On voit que l'histoire est toujours utile ; si je regarde qui sont ces trois millions de personnes, on va trouver des femmes, des artisans, des commerçants, des agriculteurs et surtout des conjoints d'artisans, d'agriculteurs et de commerçants.

Si l'on veut avoir une idée de cette disparité de revenus, nous avons en France 10 % des retraites qui sont supérieures à 11.000 francs et 10 % des retraites qui sont inférieures à 1.600 francs.

Il y a 20 % des 85/90 ans qui perçoivent le minimum vieillesse et il y a 30 % des nonagénaires qui perçoivent ce minimum vieillesse.

On voit de plus en plus ce que j'appellerai une sorte de « poche persistante » de pauvreté dans la population âgée.

Les facteurs de précarité ont été évoqués ce matin, je passerai rapidement :

- le veuvage, sous l'ancien régime ; c'est encore repéré par les statistiques ;
- le niveau de diplôme ;
- la mobilité interprofessionnelle ;
- les conditions de départ à la retraite ;
- les lieux d'habitation.

J'ai même trouvé dans la littérature américaine, dans ces facteurs de précarité, l'économie aller chercher des choses que l'on a entendues du côté de la psychiatrie, ou d'autres facteurs qui sont moins visibles et plus difficiles à quantifier (des petites monographies) :

- l'absence de l'autonomie dans le travail, qui débouche statistiquement souvent vers la précarité ;
- le sentiment des personnes de ne pas utiliser dans leur travail toutes leurs compétences ;
- le sentiment de ne pas recevoir l'estime que l'on pense mériter ;



- l'absence d'estime de soi ;
- et un sentiment de dévalorisation personnelle.

J'ai parlé des facteurs qui pouvaient conduire à la précarité ; on peut essayer de regarder les indicateurs ; ils sont pauvres. Nous avons :

- le taux de chômage ;
- la durée moyenne de chômage ;
- la précarité de l'emploi ; le passage depuis une quinzaine d'années par exemple des CDI sur des CDD à répétition ;
- les personnes considérées comme mal logées ;
- l'illettrisme que l'on ne prend pas en compte et qui est très important ;
- l'espérance de vie. Bien entendu cette espérance de vie n'est plus à regarder comme l'a fait notre collègue O. Zeller, mais je trouve qu'il a fait les bons changements d'échelle qui permettent de s'y retrouver. Dans ce qu'il disait, j'essayais de revoir aujourd'hui avec ma grille de lecture et ces écarts sur une vingtaine d'années ce que l'on observe aujourd'hui.

Voilà cette précarité et voilà ce vieillissement.

Vous allez comprendre lorsque je vais vous donner des moyennes ce qui va séparer celui qui a connu la précarité et qui va devenir vieux de celui qui devient vieux sans précarité forcément.

Sur des courbes transversales lorsqu'on fait un instantané aujourd'hui de la population française, chaque personne au-dessus de 65 ans déclare aujourd'hui 7,6 maladies. S'agissant des personnes de plus de 65 ans, en moyenne chaque personne est à un jour donné porteuse de 7,6 maladies, dont 6,8 pour les hommes et 8.1 pour les femmes. Pour ceux qui sont dans l'assistance et qui se disent « Je ne suis pas encore une personne âgée », on se rend très bien compte que si ceux qui ont plus de 50 ans allaient aujourd'hui faire quelques examens médicaux ils se trouveraient porteurs de deux ou trois maladies ; non pas des maladies invalidantes, on peut vivre avec, mais nous verrons leurs conséquences tout à l'heure sur les budgets de la santé de la population.

Une autre façon d'arriver sur ces problèmes de précarité et de pauvreté est aussi la dépendance. Aujourd'hui, lorsqu'on interroge des hommes et des femmes de 69/70 ans, nous avons 18 % des hommes et 17 % des femmes qui déclarent être gênés dans leur vie quotidienne. On a 3,5 % des personnes de plus de 65 ans qui ne se lèvent pas (soit environ 300.000 personnes) ; on en a 6,3 % qui ne peuvent pas sortir sans aide (soit 526.000). Si on additionne le tout, on a 900.000 personnes soit qui ne se lèvent pas, soit qui ne peuvent pas sortir sans aide.

Sur les dépenses de santé, il faut mettre en perspective les revenus que je donnais tout à l'heure (les 10 % de la population qui avaient moins de 1.500 francs par an) :

- quand on a entre 50 et 59 ans, on dépense aujourd'hui environ 10.000 francs par an pour se soigner (si certains ne dépensent rien, d'autres dépensent beaucoup plus) ;
- lorsqu'on a entre 70 et 80, ans on dépense 20.000 francs pour se soigner ;
- lorsqu'on prend les personnes qui ont plus de 80 ans, en moyenne elles dépensent 30.000 francs pour se soigner.

On ne peut bien entendu pas comparer ces conditions de vie des personnes âgées avec le tableau qu'a dépeint notre collègue O. ZELLER. Tout à l'heure, le Vice-Président du Conseil Général disait que le vieillissement était une chance. Bien sûr, est heureux celui qui peut vieillir, le tout étant de savoir dans quelles conditions. Les conditions se sont nettement améliorées, mais l'observation statistique globale, générale, donne ceci :

- 30 % des ménages de plus de 75 ans n'ont pas le chauffage central ; cela ne veut pas dire qu'ils n'ont pas autre chose pour se chauffer, mais ce sont des indicateurs qui sont pris dans la population ;

- 20 % des logements sont dépourvus de toute installation sanitaire ;
- 40 % des logements des personnes âgées ont au moins un élément d'inconfort.

J'en viens à ma question : est-ce que la précarité peut conduire au vieillissement ?

Ou dans quels types de vieillissement va-t-on aller ?

Nous n'avons aucune information là-dessus car nous n'avons aucun fichier central où l'on pourrait saisir ce que sont devenus les précaires puisque, par définition, ces précaires aujourd'hui ont moins de trente ans et ce sont ceux-là que l'on voudrait regarder dans une trentaine d'années. C'est là où les historiens nous diront « Voilà ce qui s'est passé ».

Essayons de les approcher par les catégories sociales qui leur sont proches par certains côtés, même s'il n'y a pas confusion entre les deux.

La surmortalité entre 25 et 54 ans des ouvriers et des employés par rapport aux cadres concerne toutes les causes de décès. Si l'on prend dans cette période de la vie entre 25 et 54 ans toutes les causes de décès qui existent, on a une sur-représentation des populations employés et ouvriers. Là encore, je dis qu'il n'est pas besoin d'être grand clerc pour faire le pari quant aux populations paupérisées ou en grande difficulté dans ces âges de vie. Mais nous n'avons pas (et j'ai regardé toutes les statistiques d'assurance maladie) de renseignements.

Si nous regardons ceux qui exercent une profession manuelle, qui sont loin d'être précarisés, la mortalité est supérieure de 71 % par rapport à ceux qui n'exercent pas une profession manuelle.

Si l'on regarde les inégalités à la naissance, elles s'observent à la naissance en particulier sur le poids des enfants, sur la périnatalité. Nous avons pour les catégories les plus basses de la population une périnatalité de 7.1‰, qui est à plus de 11 ‰ pour les cadres et les professions supérieures. Essayons de dire ce que pourrait être cette périnatalité pour les gens en situation précaire.

La prématurité et le faible poids à la naissance sont une à deux fois plus élevés chez les enfants d'ouvriers que chez les enfants de cadres supérieurs.

Lorsqu'on regarde la principale cause de décès, ce sont les maladies coronariennes. La diminution de cette maladie concerne uniquement les cadres ; toutes les autres catégories n'ont pas bénéficié de ce que l'on appelle les progrès de la médecine. Un des grands spécialistes coronariens de Lyon disait récemment dans une conférence « Si vous voulez faire diminuer les poids des maladies coronariennes qui sont la première cause de mortalité en France, doublez le RMI et vous les ferez diminuer de moitié ».

Si je prends le risque de ces maladies coronariennes, il est 3.5 fois plus élevé chez les ouvriers et les employés que chez les cadres.

Si nous regardons maintenant les pathologies, dans les catégories socioprofessionnelles les plus basses en termes de revenus (et nous n'épuisons pas par le revenu l'ensemble du volet précarité), les cancers du poumon, des voies aéro-digestives supérieures, de l'œsophage, du col utérin sont les plus répandus. Il y a un seul cancer qui échappe à la discrimination sociale c'est le cancer du sein qui est beaucoup plus élevé chez les femmes de cadres que chez les femmes d'employés ou d'ouvriers.

Lorsqu'on regarde les accidents de circulation où l'on pourrait se dire que tout le monde est égal devant l'accident de circulation, là non plus cela ne marche pas et on comprend pourquoi lorsqu'on voit les statistiques : les proportions de décédés et de blessés graves dans les accidents de circulation sont nettement plus élevés chez les ouvriers et encore plus chez les chômeurs (ce n'est pas lié).

Pour en terminer sur cette précarité et ce vieillissement, j'observe aujourd'hui chez les jeunes précaires, ceux de moins de trente ans, que ce sont ceux qui sont les plus malades qui renoncent le plus souvent à l'accès aux soins. C'est plus particulier en ce qui concerne les soins dentaires, les lunettes et les spécialistes.

Le renoncement aux soins concerne en gros 15 % des patients en France ; 30 % pour les chômeurs ; 20 % pour les employés ; 27 % pour les assurés ne disposant pas d'une couverture complémentaire.

Je vais en terminer là-dessus. J'avais des schémas montrant les répartitions selon les bénéficiaires des CMU par exemple en France par rapport à la Sécurité sociale. Une chose m'inquiète : en fonction de la période de temps pendant laquelle va durer la précarité des jeunes que nous avons aujourd'hui, je suis très inquiet sur l'état de santé de cette population. Je suis membre du haut Comité de la santé publique et j'ai demandé que l'on fasse une étude là-dessus car je trouve qu'il y a des détériorations de santé qui sont très fortes. Je vous remercie. (*Applaudissements*)

## **ECHANGES AVEC LA SALLE**

**M. GAUCHER** - Nous accueillons les questions qui nous arrivent. Je vais commencer par une question un peu générique, qui n'est pas adressée particulièrement à l'un des conférenciers mais qui mérite débat :

*Ne pensez-vous pas que la prévention de la précarité passe avant tout par l'éducation ?*

**M. CLAVERANE** - C'est là où les définitions sont importantes. Si on donne comme définition de la précarité l'absence d'une ou plusieurs sécurités, l'éducation est une de ces sécurités mais ce n'est pas la seule. La difficulté que nous avons dans notre discipline est bien entendu de les hiérarchiser. L'éducation elle-même est sous le regard croisé de plusieurs critères. Un chiffre est très intéressant aujourd'hui dans notre société démocratique : sur 51 % des enfants ou des jeunes qui sont reçus à polytechnique, un enfant sur deux de polytechnique a une mère professeur et un père ingénieur.

**M. BON** - On me demande : *Quels conseils donner à un établissement d'accueil pour personnes âgées qui devrait accueillir une personne de 60 ans en situation de marginalisation ?*

Peut-être déjà faut-il oublier qu'elle est en marginalisation et de façon paradoxale l'accepter quand même en marginalisation. Effectivement vous risquez d'avoir des problèmes, quelques passages à l'acte du côté de l'alcool ; vous risquez d'avoir quelqu'un qui pose son matelas par terre car il ne supporte pas d'être dans un lit ou quelqu'un qui refuse de se laver. Etc. Peut-être faut-il simplement se poser à côté des gens, écouter, les reconnaître, les entendre, arrêter de penser que c'est l'Autre. Ces sujets ne sont pas si différents de nous. Nous sommes tous marginaux en puissance.

Ils sont en quête d'une famille. Si votre établissement est familial cela pourra les intéresser. Je crois que c'est une question que vous pourrez poser à Christine Astruc cet après-midi, qui vient de Marseille, ou à François-Xavier Turbet Delof, ils ont une grande pratique de ce genre de choses.

**M. GAUCHER** - J'ai une question qui me démangeait tout à l'heure en complément de votre intervention de l'instant. Je pense avoir bien entendu dans votre conférence que l'individu précaire se présentait souvent comme assez isolé du groupe social et se tenait même isolé du groupe social. Vous avez évoqué une conduite, d'une certaine manière, de toute puissance de sa part. Je m'inquiétais de la réponse que l'on pouvait apporter dans le domaine de l'accompagnement, de l'aide

et en particulier en gérontologie, qui reste très souvent une réponse communautaire, une réponse par la communauté. On accueille en établissements, on intervient de manière pluridisciplinaire. ***Est-ce qu'il n'y aurait pas là une sorte d'antinomie entre la situation spécifique ou forte de ces populations et le type de réponse que l'on apporte ?***

**M. BON** - Ces personnes peuvent apparaître dans une grande solitude mais je ne pense pas que ce soient des individualistes à tout crin. C'est la survie dans la rue qui les amène à ce genre de choses.

Je voudrais dire aussi ceci. Malheureusement la réalité du quotidien fait que ce sont des questions que les établissements pour personnes âgées ne peuvent plus se poser en ce qui concerne les exclus psychiatriques. La réalité du fonctionnement de la psychiatrie est telle que c'est une spécialité qui est complètement sinistrée. On a fermé en dix ans 40 % des lits ; on continue de fermer des lits dans les deux grands hôpitaux de Lyon. Actuellement, si vous devez être hospitalisé pour être interné, c'est-à-dire en urgence, contre votre volonté, il y a certains week-ends où vous retrouverez à Dôle, ou à Grenoble ou à Valence.

La fonction « asilaire » dans le bon sens du terme de l'hôpital a vécu. Même l'hôpital psychiatrique est devenu un lieu de technicité où on parle de molécules et de biochimie. Le séjour à l'hôpital pouvait être un séjour à vie il y a quelques années. L'hôpital psychiatrique créé en 1848 était une ville dans la ville où l'on pouvait naître, vivre, mourir et être enterré. On n'est plus du tout dans ce contexte. Actuellement, quand on peut être hospitalisé quinze jours c'est une grande chance.

Les systèmes de prise en charge à l'extérieur des patients psychotiques se sont délités car la politique de secteur n'a pas été étayée pour des raisons financières. Les psychotiques sont seuls dans la rue.

Autre question : ***Existe-t-il une particularité de vieillissement des SDF où la prise en compte de la pathologie psychose est plus importante ?***

Non. Ces personnes SDF ne sont pas simplement psychotiques ; elles sont aussi en exclusion. Il y a une blessure interne qui est une blessure d'humanité et non pas une blessure de maladie. On peut classer la psychose dans les maladies ; il est toujours rassurant de mettre un cadre, mais réellement je ne pense pas que ce soit une maladie d'être SDF ; c'est un mode de vie, parfois un choix de vie. D'ailleurs s'agissant de la psychiatrie en général, je ne suis pas sûr que ce soit le champ de la maladie ; la psychiatrie est une partie de la médecine qui s'occupe de tout sauf de la mort. Ce n'est pas la mort de l'organe qui est prise en compte en psychiatrie ; ce sont des trajectoires, des modes de vie différentes, des états d'être différents, des adaptations au réel. Et il y a

des personnes qui sont plus ou moins bégayantes dans cette adaptation au réel et dans l'expression de leur inconscient.

Je ne sais pas ce qu'il y a de particulier dans le vieillissement des SDF, je crois qu'il faut oublier que ce sont des SDF. Il y a de nombreux endroits où l'étiquette de SDF est pénalisante. Le contact avec les urgences est pénalisant. Aux urgences, nous sommes tous bien soignés si on arrive « la tête sous le bras » ; on est pris en charge tout de suite ; il n'y a pas de problèmes ; il y a un succès merveilleux des urgences dans l'infarctus par exemple, mais dans la gale, la gratte, la grogne et la croûte, on est mal pris en compte aux urgences. De plus quand on ne demande rien et qu'on a 3,5 grammes en permanence !! ...

Si on oubliait qu'ils sont SDF ce serait déjà bien. Je n'ai pas de conseils à donner sur la prise en charge des SDF. Oublions simplement qu'ils sont autres que nous. Je parlais tout à l'heure de l'animalisation ; c'est venu comme cela sous ma plume ce matin. Nous avons vécu au début de notre travail quelque chose de particulièrement effrayant qui était la prise en charge d'une jeune fille de moins de vingt ans qui était dans la rue. Cette jeune fille se promenait d'un quartier à un autre et tous les habitants du quartier lui amenaient, comme on amènerait au chien du voisin lorsque son maître est absent, un petit plat à manger, une couverture, un jean. Nous la trouvions tout de même bien mal, un peu folle. Un jour nous sommes allés la chercher, lors d'une opération de récupération, il fallait la police, les pompiers, etc. On n'hospitalise pas quelqu'un comme cela, on ne l'extrait pas de son « gisement », sans se référer à la loi ! Bref, c'est une histoire qui a duré de nombreuses heures ; nous avons fait entrer cette jeune fille dans l'ambulance des pompiers. Alors une brave dame du quartier est venue me voir en me demandant « Qu'est-ce que vous allez en faire ? ». C'est une personne que j'avais vue souvent dans la journée. A ce moment je me suis rendu compte qu'on volait quelque chose à cette brave dame. On lui volait un repère, un réceptacle à son amour débordant et morbide.

Je lui ai dit « On l'emmène à l'hôpital psychiatrique ». Cette dame me dit « Ce n'est pas bien l'hôpital psychiatrique. Ma belle-sœur y travaille !! ». Elle m'embrouillait avec des réflexions telles que « Elle a le droit de ». Je lui disais « Vous vous rendez compte, cette pauvre jeune fille dort à côté des poubelles ; elle peut se faire violer ». Elle m'a regardé d'un air effrayé en me disant « Mais il faudrait qu'il ait le nez bouché » !!!

C'était vraiment une brave dame. Simplement cette SDF était devenu un élément du décor, un animal de compagnie et certainement bien d'autres choses.

Je crois que si on lutte contre ces représentations, les SDF réintégreront leur identité. Nous avons eu des cas non pas de résurrection (il ne faut pas essayer de faire la résurrection de Lazare !), mais nous avons recueilli des gens qui étaient dans la rue, qui étaient vraiment des bêtes,

qui grognaient, qui étaient sales, pleins de poux et qui maintenant se sont réinsérés doucement, qui parlent, qui lisent le journal, qui s'intéressent à des choses et peuvent maintenant vivre à leur façon dans un appartement. Je suis content de ne pas être leur voisin, car cela doit être un peu bizarre comme ambiance ! Mais à partir du moment où on ne pense plus que ce sont des animaux, cela va bien mieux.

**M. GAUCHER** - En l'absence du Vice-Président du Conseil Général du Rhône auquel était adressée une question, je vais demander à J.P. Claverane de vous dire quelques mots.

**M. CLAVERANE** - La question concerne les procédures d'aide sociale à l'urgence dans les maisons de retraite. *De plus en plus les maisons de retraite refusent aujourd'hui d'accueillir des pensionnaires, car on ne sait pas qui sont les ayants droit.*

On retrouve le problème des urgences. Il serait intéressant de demander à notre collègue O. ZELLER qui jouait ce rôle dans l'ancienne société. Aujourd'hui, si vous allez dans n'importe quel service d'urgence de la région lyonnaise, si on peut faire le descriptif, sur 40.000 cas par an, on a chaque jour : 2 tentatives de suicide, 2 prothèses de hanche, 2 SDF à dégriser, des enfants qui piaillent, des gens qui n'arrivent pas à dormir car il est 23 heures, que la télévision est fermée et qu'ils se disent « Je pourrais me faire soigner ». Vous avez celui qui dit le week-end de Pâques « J'ai mal aux dents, je ne m'en étais pas rendu compte ». Et vous avez bien entendu les personnes âgées : la veille du départ au ski on ne sait pas quoi faire de la personne âgée, on la met aux urgences pour dix jours. S'agissant de la personne qui devrait être en maison de retraite, on la pose au service d'urgence qui l'accueille. C'est là où plusieurs questions sont posées : d'un certain côté ces services sont débordés et jugent de façon très psychologique. Une tentative de suicide n'est pas considérée de la même façon qu'un infarctus du myocarde ou qu'un AVC. Pour l'infarctus du myocarde l'hôpital fonctionne à toute vitesse ; s'agissant de l'AVC on va trier : est-ce que la personne est jeune ? Est-ce qu'elle est SDF ? Etc.

On a aujourd'hui une sorte de « poche » où tout le monde déverse. C'est la cour des miracles. Même des établissements résolvent leurs problèmes ainsi. Je ne sais pas ce qu'il en est de la procédure d'urgence mise en place par le Conseil Général, mais je sais que l'on se sert des urgences. Car effectivement derrière s'il y a huit mois d'impayés cela pèse sur les trésoreries. Certains établissements donnent comme argument que les trésoreries sont serrées et qu'ils ne peuvent assurer huit mois de trésorerie (représentant 80 ou 100.000 francs).

**Mme SAVIOZ** - Dans ces cas il y a souvent un problème de succession. Les successions traînent ; on cherche les personnes qui sont susceptibles d'avoir à partager l'héritage. Bien souvent elles renoncent car elles ne veulent pas prendre en charge la personne qui est en



maison. Il arrive ainsi que l'on traîne des mois parce que l'on n'arrive pas à retrouver les personnes ou les personnes ne veulent pas participer.

Avec l'APA il y a eu aussi quelques problèmes difficiles. Je les ai eus dans ma commune ; je sais ce qu'il en est. En effet le rôle de l'aide sociale est actuellement à redéfinir.

**M. BON** - Autre question :

***On associe précarité et milieu urbain. Que connaissez-vous de la précarité en milieu rural ?***

Je pense qu'on associe précarité et milieu urbain car c'est un fait d'observation, c'est aussi un phénomène en lien avec l'effet d'attraction des cités et des mégapoles sur les gens en précarité, en exclusion. Le travail que fait Xavier Emmanuelli à Paris, avec qui on travaille assez régulièrement, nous montre qu'il est confronté à des effets de massification absolument énormes. C'est ainsi qu'il a pris, il y a longtemps, une option de prise en charge nécessairement radicalement différente de la nôtre. Il a collaboré à la création d'un système parallèle de prise en charge de santé pour les SDF.

A Lyon, qui en comparaison est un gros village, nous avons eu la chance de bénéficier de l'aide de la Ville de Lyon, d'une DDASS extrêmement bienveillante, du très bon regard que globalement les hôpitaux psychiatriques ont posé sur nous. Nous avons pu développer et maintenir l'idée d'un accès aux soins dans le cadre du droit commun ; pour moi c'est une option fondamentale. S'il y a la moindre possibilité d'aider les SDF ce n'est pas en les marginalisant encore plus, ni en les traitant de fous ; ils n'ont pas besoin de cela ; de toute façon ils savent très bien comment ils sont et ce qu'ils sont.

La précarité et le milieu urbain, c'est peut-être, seulement un effet de masse. Plus la terre est grosse, plus elle attire des satellites !

Il y a des mouvements migratoires à travers la France. Quand les SDF vieillissent, on les voit partir et s'installer à la campagne. Par exemple autour de Clermont il y a eu deux trois petits îlots communautaires. Il y a une espèce de retour à un monde rousseauiste.

S'agissant de la précarité en milieu rural, j'ai fait une grande partie de mon internat dans la région du Beaujolais (ce qui n'était pas sans avantages d'ailleurs !), donc j'ai beaucoup travaillé en milieu rural. Il est vrai qu'en milieu rural il y a des précarités qui sont tout à fait extraordinaires ; il y a des gens qui vivent comme s'ils étaient au XVI<sup>e</sup> siècle. J'en ai vu beaucoup ainsi. Comme Aznavour, il me semble que « *la misère serait moins difficile au soleil* » ! Mais je ne suis pas sûr qu'à la campagne ce soit mieux qu'à la ville. S'il suffisait de mettre ces personnes à la campagne ce serait bien ! On peut aussi mettre les villes à la campagne d'ailleurs !

Bref, je n'ai pas d'opinion là-dessus. Je pense qu'il y a un effet de masse dans les villes qui fait que la précarité et l'exclusion sont flagrantes, ce que l'on ne voit pas clairement à la campagne. A la campagne, globalement, il y a des systèmes interpersonnels d'échanges, des fonctionnements humanisateurs qui restent, qui existent. La vie d'une petite commune n'est pas la vie d'une agglomération comme celle de Lyon. A la campagne, pour être exclu, il me semble qu'il faut vraiment être très malade. J'associe à cette idée que les femmes qui vivent dans l'exclusion sont beaucoup moins bien dans leur tête que les hommes en exclusion, quand elles ont perdu les gestes élémentaires qui font le charme de ces dames .... la cuisine, le repassage .... (*boutade*). Elles sont réellement dans des pathologies gravissimes.

**M. GAUCHER** - Je pense qu'il va falloir un service d'ordre pour la sortie !! Je me suis permis de diriger une question qui était adressée à J.P. Claverane ou à M. Bon du côté d'Olivier Zeller, qui me semble plus à même de répondre. Cela a trait aux mentalités, à l'impact du religieux dans le regard qu'on porte sur la précarité.

**M. ZELLER** - Tout d'abord je voudrais rebondir en quelques mots sur ce qui vient d'être dit au sujet de la campagne ; c'est un sujet extrêmement intéressant. Force est de remarquer qu'une communauté villageoise est un microcosme et qu'il est peu d'enjeux individuels ; il n'est que des enjeux collectifs. Cela se traduit de manière tout à fait perceptible dans les façons culturelles. La moisson, la fenaison, les vendanges ne peuvent pas se concevoir de manière individuelle ; il y a mise en commun de la puissance de travail et surtout il y a organisation de l'usage de cette force de travail, toujours sous l'égide d'un dominant local.

Mais il existe tout un ensemble d'institutions normatives très fortes à la campagne. Lorsqu'on demande à Le Goff quand il fait arrêter le Moyen Age, par *boutade* il répond toujours « 1914 ». Il n'a pas tort car des institutions comme les vacheries, les compagnies de jeunesse qui assurent la police sexuelle du village en éloignant les étrangers, qui assurent la vie festive, qui produisent tout un encadrement, à l'origine étaient aussi caritatives. Puisqu'il existe des enjeux qui sont des enjeux collectifs comme le contrôle du marché matrimonial, la reproduction physique des familles de manière à ce que la main-d'œuvre ne fasse pas défaut, mais également la nécessité de prendre en charge collectivement les précaires, on va trouver dans toutes les sociétés rurales des usages ; des usages qui ont une force extraordinaire, des usages qui sont beaucoup mieux respectés, n'en déplaise aux juristes, que les lois les mieux rédigées. Dans toutes les civilisations occidentales on va trouver la part des veuves, on va trouver le droit de glanage et on va toujours trouver des formes d'emploi fractionnées qui permettront de faire quelque chose, des orphelins, des veuves, des estropiés.

Donc l'existence de cette intégration de la micro-société villageoise est quelque chose qui me semble compléter cela.

Dans un autre ordre d'idée, nous avons une question qui croise la problématique de l'éducation religieuse de celle des valeurs attachées à l'argent.

En fait il y a deux déterminants qui jouent de manière considérable. Tout d'abord quelle religion ? On ne va pas faire de la sociologie wébérienne au petit pied. Il est tout de même certain que le catholicisme valorise davantage la pauvreté. *Il est plus facile à un pauvre d'entrer au royaume des cieux qu'au chameau de passer par le chas d'une aiguille* ». Le pauvre est le bon pauvre, c'est le membre souffrant de Jésus-Christ. *Ce que vous aurez fait au plus petit d'entre les miens, c'est à moi que vous l'aurez fait* ».

Inversement, vous avez cette angoisse fondamentale qui tenaille les réformés, en particulier les calvinistes. *Fais-je partie des réprouvés ou fais-je partie des élus ?* Si je réussis dans mon entreprise, je ne suis pas assez vaniteux pour penser que c'est moi qui en suis la cause, c'est que la grâce divine m'accompagne. Donc je tente l'entreprise, car ce sera pour moi le test. En tant que calviniste, je vais valoriser considérablement l'éducation. Cela renvoie à une vision de l'argent qui est complètement différente de la vision qu'ont les catholiques. Tout ceci est évidemment extrêmement schématique. Ceci n'a été construit que pour préciser des hypothèses qui, ensuite, par les analyses d'analogie morphologique, ont pu être menées à bien par des historiens.

Mais retenons seulement que quelque part le discours religieux impose une vision de la société, une vision de l'argent et que l'appartenance religieuse qui est en fait une appartenance culturelle plus que religieuse est assez déterminante.

Par ailleurs, il y a l'appartenance sociale. Toutes les notions changent d'une catégorie sociale à l'autre. Le luxe dans les catégories populaires renvoie à des consommations qui sont radicalement différentes du luxe dans les catégories socialement les plus favorisées. Les valeurs qui sont cultivées dans le milieu familial ne sont pas nécessairement les mêmes. Ou même si elles se rejoignent elles ne sont pas exprimées dans les mêmes termes et avec la même finalité. En particulier la mobilité sociale ascendante peut être posée comme à la limite de l'immoralité dans un milieu, comme une fin en soi dans un autre. Si nous recroisons le phénomène religieux, nous obtenons ici une sorte de terreau culturel qui ne peut donner que des résultats extrêmement différents.

Face à la marginalité, il va de soi qu'il y a la mise à distance de l'autre, car c'est cela le nœud de la question. Quelle distance l'institution, l'individu ou les groupes sociaux entendent-ils mettre ou au contraire réduire, face aux précaires ? C'est en ces termes que se pose vraiment la problématique.

**M. GAUCHER** - En rebond sur la réponse que vous venez de donner à ces questions, j'aurais envie de poser une question à deux de nos intervenants, Michel BON et de nouveau à vous, Olivier Zeller. On parle souvent des valeurs morales inspirées éventuellement d'une éducation religieuse. On a parlé aussi tout à l'heure, à travers une question, de l'impact de l'éducation sur le regard que l'on pouvait porter sur la précarité. Je me pose une question qui est celle du psychologue aussi, à savoir : « *Est-ce que tout système ne provoque pas ses marges et ses exclusions en se définissant ?* » Il y a des personnes, des groupes qui sortent de la définition même du système dominant. On parle en psychologie de mauvais objets, de personnes qui peuvent être victimes de rejet social, les exclus. Est-ce que l'on n'est pas dans une situation extrêmement compliquée dans laquelle l'éducation des professionnels et des populations ne suffirait pas à répondre à un système qui est celui de l'exclusion, par définition, par essence même de la définition des groupes, de leur identité et de leur marge ?

C'est une question un peu complexe, mais j'aurais bien aimé entendre les praticiens de terrain que sont Michel Bon et Olivier Zeller sur cette histoire des mentalités et de la place que l'exclusion a pu occuper d'une certaine façon dans la définition des groupes et des sociétés.

**M. BON** - Sur cette question du mauvais objet, il me semble indispensable qu'il y ait un mauvais objet dans une société. De toute façon une exclusion en chasse une autre, en permanence. Le mauvais objet est redevenu depuis quelques années le SDF. Il nous renvoyait tellement nos angoisses, depuis la crise économique, il était celui qu'on ne voulait surtout pas être. En le niant, en le détruisant, on souffrait certainement un peu moins.

Actuellement, le problème est qu'il y a beaucoup de gens qui « volent » la place des SDF : les « sans papier », les réfugiés qui les chassent d'un lieu à l'autre. Une exclusion chasse l'autre. Aux temps jadis le mauvais était le rital, le polak, etc.

Peut-être pouvez-vous prendre la suite sur ce thème du mauvais objet, après ces banalités ?

**M. ZELLER** - Ce ne sont pas du tout des banalités. A mon époque ce n'est pas le polak, ce n'est pas le rital, c'est le savoyard, que l'on compare d'ailleurs au juif quand on veut être très agréable !

Ceci étant dit, qu'est-ce que la marginalité ? Quel est celui qui décide que l'autre est marginal ? Les historiens, grâce aux anthropologues, ont tout de même réussi à nuancer la question. Du point de vue institutionnel, du point de vue de l'église, du point de vue des moralistes, du point de vue des autorités chargées de la police au sens le plus large du terme, le marginal est défini par un certain nombre de critères qui sont des critères de non-appartenance, soit non-appartenance

religieuse, soit non-appartenance au groupe, c'est l'étranger, c'est l'inconnu, avec une certaine diabolisation, puisqu'à partir du XVII<sup>e</sup> siècle se construit un discours centré sur l'oisiveté.

Chacun sait, la sagesse populaire le répète, que l'oisiveté est mère de tous les vices, mais à cette époque c'est systématisé. Donc l'oisiveté entraîne nécessairement l'irrégion, le blasphème, le libertinage, l'insolence. C'est donc une remise en cause des hiérarchies, des hiérarchies sociales mais également des hiérarchies religieuses. En effet, les blasphèmes de ces gens qu'on appelle la lie du peuple, la vile populace (on pourrait faire toute une anthologie du vocabulaire) sont capables d'attirer sur la communauté toute entière l'ire de Dieu puisqu'à partir de la contre-réforme catholique, le Dieu des chrétiens n'est plus du tout un Dieu aimable, c'est un Dieu terrible et vengeur.

Donc l'église et le système politique conjuguent leurs efforts pour définir ceux qui sont marginalisés et que l'on pourra donc emprisonner, fouetter, chasser, marquer au fer rouge, envoyer aux galères, que sais-je encore !

Et il y a la réaction populaire qui est complètement différente. Des critères extrêmement simples, tel le critère du logement, montrent que des gens qui sont recherchés pour être chassés, bannis, sont tout à fait couramment hébergés par les hôteliers, mais également par des habitants des villes ordinaires. Ce critère de l'exclusion est véritablement un critère qui n'a de validité que dans le champ du socio-politique.

Si l'on considère la ville de Séville par exemple au XVI<sup>e</sup> ou au XVII<sup>e</sup> siècle, il y a toute une *rampa*, c'est-à-dire tout un ensemble de *picaros* qui vont depuis les tueurs à gage jusqu'aux escrocs de très haut vol, parmi lesquels on va trouver des chanoines ; ce sont des gens qui vivent uniquement de malversations, qui forment une véritable couche de la population qui vit en dehors et contre le système, mais qui est très bien intégrée au système puisqu'elle contrôle ses espaces puisqu'elle est même intéressée de près à la vie politique. On pourrait dire la même chose de Rome au XVI<sup>e</sup> siècle, où on a 36 confréries très organisées de brigands de toutes sortes avec aumôniers, trésoriers, pratiquant même un système mutualiste tout à fait intéressant.

Du point de vue des autorités politiques ce sont des exclus, mais du point de vue de la population, ce sont des gens qui sont très intégrés et à la société, et au territoire. Ce sont des gens qui vivent autrement.

**M. GAUCHER** - Ceci dit nous avons dans la salle un nombre impressionnant de professionnels ou de futurs professionnels qui, à un moment donné de leur activité ou future activité, vont être en prise avec une situation quelque peu paradoxale, qui est à la fois d'intervenir, ils sont en charge de cette intervention, - d'aller aider, aller secourir, aller soigner - ; mais en même temps, si le système continue à produire ses exclus, qu'en est-il de la position, de cet intervenant, de

ce travailleur social, de ce soignant ? Est-ce que celui qui prend le risque d'aller vers le marginal ne risque pas de se marginaliser aussi quelque part ?

Je repense à ce que disait M. Bon tout à l'heure lorsqu'il parlait de cet épisode social, malheureusement banal, des réactions de la vieille dame par rapport à l'hôpital psychiatrique, par rapport à la démarche d'intervention. On peut se demander s'il n'y a pas quelque chose d'inconfortable dans l'intervention auprès de ces populations. Je pense que Michel Bon est le mieux placé pour répondre.

**M. BON** - C'est vrai que c'est inconfortable, car dans le principe il y a inadéquation totale entre la société et le SDF. Comment la société peut-elle accepter lorsque le SDF retourne dans la rue après un séjour en hébergement ou en soins, après un travail nécessitant énormément d'investissement ? C'est une source de souffrance pour les travailleurs sociaux et les soignants, car on a l'habitude de se poser des repères, des échelons, des objectifs et de les atteindre à peu près. Cela semble très général ou même banalisant ce que je dis mais, avec les SDF, faire, produire, ce n'est certainement pas le bon moyen. Avec les SDF il est souvent indispensable de ne rien faire. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire du tout ; cela veut dire qu'il faut être là et que cette présence non vampirisante est un travail délicat.

A ce propos, et pour illustrer ce que je viens de dire, il faut préciser que dans l'unité Interface SDF, on ne reçoit pas les gens, on n'a pas de locaux aptes à cela et surtout ce n'est pas notre philosophie. On va sur le terrain, dans les lieux où transitent les SDF, dans les lieux de l'exclusion et là on se pose, on s'installe, on laisse faire les choses. On va sur le terrain à la demande des travailleurs de terrain, des soldats de première ligne. On est présenté à certains SDF et on attend. Petit à petit les choses se mettent en place. Pour moi par exemple, maintenant que j'ai vieilli, quand j'arrive dans un endroit on me demande tout de suite si je suis un flic ! Après on me demande qui je suis. Je réponds « psychiatre ». Ils économisent les frais d'un animateur ! Cela s'anime tout seul en général !!

On se pose, on écoute et on rentre petit à petit, non pas dans la vie des gens mais on existe en tant que repères. Ainsi, je ne suis pas devenu le psychiatre des SDF, par contre pour les SDF je suis un repère.

Il y a aussi des phénomènes du genre « tâche d'huile » qui se mettent en place. Quand je traverse un espace public, il y en a toujours un qui est là, vautré dans un coin, qui me présente à son copain, très fier, en disant « C'est mon psychiatre ». C'est bien, cela veut dire qu'on peut lui parler sans danger.

Ce sont des choses comme cela qui se mettent en route. Je crois qu'il ne faut pas aller à la pêche pour les attraper, et qu'il ne faut pas chercher à tout prix à les soigner. Comme dans

l'histoire des oies cendrées de Loreuz, si on passe dans le champ de vision, au bon moment, dans les bonnes conditions, on accroche quelque chose comme cela.

Ce mode d'intervention n'est pas toujours très satisfaisant, ce n'est pas très scientifique non plus. C'est le seul moyen qu'on ait trouvé. Cela nous permet de faire notre petit bonhomme de chemin.

Une autre question peut se rapprocher de celle-ci, que j'ai envie d'associer : ***Est-ce suffisant pour le coup d'éduquer les professionnels et les populations ?***

Je dirai « oui ». Dans notre unité on s'occupe à un premier degré des exclus mais aussi à un deuxième degré des équipes qui sont en règle générale dans une grande souffrance. Le monde de la précarité est un monde de travailleurs précarisés pour la plupart, qui sont souvent reconduits de trois mois en trois mois par des contrats un peu « tordus », et pour qui on attend en permanence d'hypothétiques subventions pérennes. Il y a beaucoup de personnes qui travaillent dans le monde de la précarité, qui ont été engagées à une époque par des associations pleines de bonnes intentions qui ont voulu aussi aider des gens précarisés. Il y a beaucoup de gens sans diplôme dans la précarité. Il y en a moins, les choses évoluent, on professionnalise l'encadrement, les institutions ont pu admettre qu'il ne s'agissait pas simplement de faire, d'agir, de donner, et que penser est également respectable. Nous avons travaillé pour que la « réunion sandwich » entre 12 et 14 heures pour discuter d'un cas ne se maintienne pas. On peut maintenant être payé pour penser. C'est une démarche que l'on a essayé de promouvoir et qui fonctionne vraiment très bien même dans de grosses institutions qui se sont laissées mobiliser.

Dans notre équipe il y a ce travail au second degré avec les institutions, « on aide les aidants », on les aide aussi à aller vers des endroits pour se faire eux-mêmes prendre en charge. Il y a des aidants à qui on conseille d'aller voir des « psy », ce n'est pas à nous de les soigner, on n'est pas là pour cela, mais on peut les aider, on peut les écouter.

Ce qui semble intéressant dans notre action, une action banale de psychiatrie de liaison comme vous en avez certainement vue dans les services de médecine générale, c'est qu'on élabore une sorte de stratégie pour faire des transferts de compétences vers les travailleurs de terrain. Ces transferts de compétences s'élaborent souvent de façon paradoxale quand c'est un appel absolument inapproprié qui nous arrive. De toute façon, on répond à tous les appels, surtout quand ils nous semblent « biscornus ». Si un appel est « biscornu » c'est qu'a priori il y a un sujet symptôme de je ne sais quelle tornade à venir dans l'institution. Donc on se rend toujours sur place et évidemment souvent il n'y a personne au rendez-vous, sauf le demandeur qui n'est pas le SDF. On prend ainsi beaucoup de temps à s'installer avec l'équipe, on visite la maison, on fait connaissance, ce qui fait que la fois suivante l'indication sera beaucoup mieux posée. Et on rappelle des éléments

de réalité : quand on est SDF et qu'on enfreint la loi on n'est pas forcément hospitalisé ; on peut être renvoyé d'un lieu ; on peut être soumis à une plainte. On peut appeler la police aussi dans un lieu, même pour un SDF, c'est autorisé ; si on ne le fait pas c'est qu'on ne respecte pas ce SDF.

Il y a ce travail de fond qui se fait avec les institutions et petit à petit les institutions ouvrent leurs portes. C'est difficile au départ pour les intervenants de voir quelqu'un de l'institution qui vient de l'extérieur et qui regarde ce qui se passe.

Donc on arrive, on regarde ; petit à petit on rentre dans l'intimité du fonctionnement de l'institution. On est à la fois en dehors et en dedans de l'équipe. C'est ainsi que se font pour nous les transferts de compétences ; c'est un travail au long cours. Notre équipe existe depuis sept ans. Il me semble que l'on commençait à peine à travailler comme il faut quand on a été submergé par les nouveaux exclus qui arrivent, de nouveaux « mauvais objets », les « sans papier » et d'un seul coup il faut qu'on retrouve nos repères. C'est très insécurisant. (*Applaudissements*)

**Mme SAVIOZ** - On nous demande de redéfinir l'utilisation des « chèques liberté ». Quelqu'un dans la salle connaît-il bien le principe du « chèque liberté » ?

**Mme PONCET** - Le "chèque domicile" est un moyen de solvabilisation au départ. C'est un chèque qui a été expérimenté l'an dernier dans trois arrondissements pilotes de Lyon, le 6ème arrondissement, le 4ème et le 9ème. Il a été mis en place par l'Etat au départ ; il doit à tout prix être associé à une collectivité territoriale, qui solvabilise la moitié à côté de l'Etat. C'est un dispositif au départ national. En termes de collectivité territoriale c'est la mairie de Lyon (cela aurait pu être le Conseil Général), (ce sont parfois les caisses de retraite) qui s'est mise à côté. Ce moyen de solvabilisation intervient en gérontologie sur la thématique de la lutte contre l'isolement social, la solitude.

On parlait tout à l'heure de la lutte contre le confinement, on parlait des personnes qui ne se lèvent pas ou qui ne peuvent sortir qu'accompagnées. Cela leur permet de sortir, de lutter contre l'isolement, de participer à toutes sortes de choses. A la Toussaint, un des objets a été d'aller fleurir la tombe du conjoint. Cela solvabilise le taxi, l'accompagnateur, souvent une aide à domicile, un auxiliaire de vie. Ce peut être aller au cinéma, en payant le cinéma et y compris l'accompagnateur (souvent faisant partie d'une association d'aide à domicile).

Après une expérimentation, la Ville de Lyon vient de l'étendre à tous les arrondissements de Lyon. Il suffit d'aller à la Mairie d'arrondissement de son quartier, d'être personne âgée. A partir de 60 ans, sous certaines conditions de ressources, on peut avoir droit à dix chèques « domicile liberté » (chacun représentant environ 10 euros). On peut donc ainsi choisir une sortie, une animation. Chaque personne âgée y a droit, c'est un droit de tirage pour lutter contre l'isolement.



**Mme SAVIOZ** - C'est une sorte d'aide à domicile mais qui n'est pas prise sur les finances de l'aide à domicile.

**Mme PONCET** - L'aide à domicile ou un animateur. Je dirige une association d'aide à domicile ; j'ai été quelquefois sollicitée pour une demande. Mais à la limite cela peut être même quelqu'un de la famille qui accompagne, cela paye le taxi. L'objectif est de lutter contre l'isolement. Cela passe parfois par des moyens humains d'accompagnement. En tant que dirigeante d'une association d'aide à domicile, j'ai été interpellée, mais cela peut être un moyen matériel. Il faut retenir que c'est un moyen de paiement. Chaque personne peut y avoir droit. Si elle prend une aide à domicile elle va faire moins de choses. On a connu simplement aller au cinéma, payer la place de cinéma, payer l'aide à domicile, donc sortir. Cela a été mis en place à l'époque de la Toussaint, donc cela a permis d'aller fleurir une tombe ; cela peut être aller voir une amie qui est éloignée, aller voir la naissance du petit-fils. C'est simple ; c'est une action gérontologique ; cela fait partie de la modernisation de l'aide à domicile, de tout ce qui a gravité autour du dispositif du précédent Gouvernement en matière d'innovation gérontologique.

Cela se demande dans les mairies d'arrondissement auprès des adjoints chargés des personnes âgées qui ont été les promoteurs de ce ticket que l'on trouve aussi dans les CCAS.

**M. GAUCHER** - Le temps passe et presse. Je vais donner un rapide élément de réponse à une question qui a été posée concernant la manière de convaincre en quelque sorte une personne âgée qui présente des troubles du comportement d'accepter une prise en charge, un accompagnement psychiatrique. C'est une question qui mériterait en elle-même tout un colloque ; elle propose l'offre et la demande. Il y a à priori deux cultures dans le domaine mais qui s'adressent l'une et l'autre à des minorités de situation. La première culture est d'attendre que la demande arrive et à partir de cette demande d'organiser une réponse, de tenter une réponse. Une deuxième attitude est celle de l'intervention qui s'appuie d'abord sur l'offre. On offre un dispositif et les personnes qui se sentent concernées par cette offre élaborent une demande.

La plupart du temps, et je rejoins ce que disait Michel Bon, c'est dans une relation qui se construit petit à petit, avec une prise de conscience progressive de ce qui fait souffrir, de ce qui fait difficulté, mais aussi avec un apprivoisement réciproque des deux partenaires, celui qui va aider et celui qui a besoin de cette aide. C'est dans cette relation que les choses vont se passer. C'est une construction de réponse beaucoup plus difficile, beaucoup plus longue et beaucoup plus coûteuse ; on pourrait presque même dire moins efficace en termes de rapidité d'intervention mais plus efficace dans la durée car il y a un lien qui s'installe.

J'aurais aimé poser une dernière question à Jean-Pierre Claverane. Ce n'est pas une question facile ; c'est ce que j'appellerai la précarisation financière du conjoint dans un couple âgé

quand l'un des deux entre en institution. On a actuellement une précarisation diffuse qui ne correspond pas à des populations ciblées comme précaires. On aura l'occasion d'y revenir. Quel est le point de vue de l'économiste ?

**M. CLAVERANE** - Je ne sais pas si c'est un point de vue d'économiste ou de citoyen, mais je crois que cela ne tourne pas rond dans nos têtes. Aujourd'hui n'importe quel « cinglé » peut frapper à la porte d'un médecin et dire « Je ne vais pas bien ; il faut me faire un scanner, ceci, cela ». Et l'assurance maladie prend en charge ceci ou cela.

On estime aujourd'hui que sur les 1.000 milliards que nous dépensons pour la santé, 100 partent en fumée, pas seulement du fait de « cinglés », mais partent en fumée parce que les institutions ne fonctionnent pas au mieux, en raison de professionnels de santé. Cela fait un tiers, un tiers, un tiers.

Le soin a toujours été posé comme étant la réparation de la maladie. Or aujourd'hui on voit arriver ce phénomène et même si une aide a été créée, on dit : « La dépendance n'est plus une maladie ». On a rejeté sur l'individu malgré l'aide. Il faudrait essayer de repenser ce phénomène et se dire « Est-ce que l'on ne pourrait pas réaffecter ces 100 milliards ? ». C'est une vraie question de décision de santé. Personnellement, je trouve terrifiant qu'une société continue et que nos syndicats continuent à dire « On veut plus de santé, plus de ceci, plus de cela » et qu'on ne pose pas le problème dans sa globalité.

Aujourd'hui lorsqu'une personne naît, elle va dépenser pour se soigner environ un million de francs dans sa vie. Une famille de deux personnes avec deux enfants cela fait quatre millions. On se pose le problème mais on ne sait pas comment le résoudre ; personne ne veut essayer de regarder dans les dépenses que nous avons aujourd'hui.

Il faut avoir en tête un dernier chiffre : dans l'état de santé de la population, 30 % dépendent uniquement du soin.

**PRECARITE ET VIEILLISSEMENT :  
FORMES CONNUES ET MOINS CONNUES**

*Table ronde animée par Denis de MONTGOLFIER,  
journaliste indépendant*

**M. de MONTGOLFIER** - Bonjour à tous. Est-ce que vous avez bien déjeuné ?

Y a-t-il dans cette salle des représentants du magnifique département de l'Ain ? 13.

Y a-t-il dans cette salle des représentants d'un des plus beaux départements qui s'appelle l'Ardèche ? 16. Bravo les ardéchois.

Y a-t-il parmi vous des drômois et des drômoises ? 17.

Y a-t-il ici des isérois et des iséroises ? 21.

Est-ce que nos amis de la Loire sont ici ? 29.

Y a-t-il parmi vous des gens de la Savoie ? 22 à 25.

Des représentants de la Haute-Savoie ? Entre 15 et 22.

Y a-t-il des représentants de Lyon et du Rhône ? Egalement.

Soyez les bienvenus. Je m'appelle Denis de Montgolfier, je vais animer la table ronde dans un instant, une table ronde où vous allez entendre des témoignages de spécialistes. Je vais demander à ces six spécialistes de venir me retrouver autour de ces trois tables, d'exprimer au plus profond leur pensée et surtout de ne rien retenir sur ce thème de la vieillesse et de la précarité. Nous avons beaucoup de choses à partager sur ce thème, beaucoup de choses qui concernent chacun d'entre nous quel que soit notre poste, quelle que soit notre situation. Il y aura des choses qui ne seront pas très agréables à entendre. Il y aura également des éléments qui vont ouvrir des portes. On entendra notamment le projet d'une institution qui se fait dans l'Ain qui est très intéressant.

Après cette table ronde enregistrée pour une télévision dont le réalisateur est Yves Faure (*applaudissements*) qui est sur le projet depuis dix-huit jours, il y aura une vraie discussion avec tout ce que vous avez entendu. Vous pourrez poser toutes les questions pour que chaque personne ici puisse répondre.

Je voudrais appeler les six personnes.

\* Tout d'abord Christine Astruc qui vient de Marseille. Christine, vous êtes coordinatrice dans une maison de retraite, celle de St-Jean-de-Dieu, quartiers Nord de Marseille. Vous allez dans un instant nous expliquer l'incroyable beauté de votre site et sa particularité.

\* François-Xavier Turbet Delof, de l'Association des « Petits Frères des Pauvres ».

\* Joëlle Huillier, Sous-Directrice de la CRAM Rhône-Alpes.

\* Jacques Gaucher, psychologue clinicien que l'on voit beaucoup dans les universités lyonnaises, puisqu'il est professeur des universités.

\* Agnès Roelin qui nous vient de Grenoble, assistante sociale en gériatrie, au CHU de Grenoble.

\* Dernier invité et non le moindre qui, avec son franc-parler, risque de réveiller les consciences. J'ai cité le docteur Marc Mégard, ancien chef de service du centre de gériatrie de Cuire (Rhône), appartenant aussi à Médecins du monde.

La table ronde est ici réunie. Avant de lancer le débat, pour bien que vous puissiez identifier nos invités, je vais leur demander, pendant quelques secondes, qu'ils rentrent dans le détail de ce qu'ils font.

A vous, Agnès Rolin de Grenoble.

**Mme ROLIN** - Je travaille au CHU de Grenoble dans un pavillon qui a un service de médecine gériatrique, un service de soins de suite et réadaptation, et quelques soins de longue durée. J'ai également une mission au sein de l'unité mobile de gérontologie qui est la première de son genre en France et qui a plusieurs missions : d'une part l'observatoire des filières gériatriques à l'intérieur de l'hôpital et d'autre part une mission d'évaluation des personnes âgées fragiles poly-pathologiques dans les services de soins à vocation non gériatrique. Il s'agit donc une évaluation pluridisciplinaire avec un médecin gériatre, une infirmière de coordination et moi-même. J'ai une troisième fonction qui est d'être l'interface entre la ville et l'hôpital et d'être un interlocuteur hospitalier des différentes instances : CLIC, travailleurs sociaux en ville etc, pour trouver des solutions aux situations sociales très difficiles et prévenir les hospitalisations des personnes âgées par le biais des services d'urgence, ce qui est très péjoratif pour elles.

**M. de MONTGOLFIER** - Merci beaucoup.

**M. MEGARD** - Je suis d'une part ancien chef de service du centre de gériatrie de Cuire des Hospices Civils de Lyon, maison qui avait commencé par être une maison de retraite et qui, lorsqu'en 1974 les Hospices Civils de Lyon ont abandonné toutes fonctions dans le domaine social, pour ne se consacrer qu'au sanitaire, est devenu centre de gériatrie avec court séjour (médecine interne), moyen séjour et long séjour.

Il y a douze ans quand je m'ennuyais à la retraite (j'ai failli déprimer !), je suis entré à « Médecins du monde ». Je suis parti en mission d'abord en Croatie-Bosnie, puis pour des raisons personnelles de santé je suis resté à Lyon où j'ai été responsable de ce que l'on appelle la Mission France de Lyon, consultations médico-psycho-sociales gratuites. C'est là que j'ai été le plus en contact avec le sujet qui nous préoccupe, c'est-à-dire les précarités dans la cité et le vieillissement de ces personnes.

**M. de MONTGOLFIER** - Merci beaucoup. A vous Joëlle Huillier, sous-Directrice de la CRAM Rhône-Alpes.

**Mme HUIILLIER** - J'ai un parcours qui est sans doute moins flamboyant que celui du Docteur Mégard. J'ai beaucoup travaillé dans le domaine de l'hospitalisation et depuis une dizaine d'années dans le domaine de la gérontologie ; c'est un domaine qui rejoint celui de l'hospitalisation et des urgences. Domaine de la gérontologie pour lequel nous essayons de développer tous les concepts de prise en charge globale. J'aurai l'occasion de vous en parler, la prise en charge allant de la prévention jusqu'à la fin de vie, passant par l'exclusion, en essayant de la prévenir avant même d'essayer de traiter. Hélas le traitement est quelquefois le seul recours. Je pense qu'il faut travailler beaucoup sur la prévention de façon à lutter contre l'exclusion.

**M. GAUCHER** - Comme vous le disiez je suis en charge à l'université des programmes de recherche et d'enseignement en gérontologie à l'institut de psychologie. C'est moins cette fonction qui m'amène ici que des pratiques de terrain, puisque j'ai été pendant 14 ans psychologue dans le service dirigé par le Docteur Paul-Henri Chapuy. C'est une expérience de terrain qui m'a beaucoup ouvert sur des problématiques multiples. Je poursuis actuellement ce travail clinique dans un long séjour de la Croix Rouge Française, au centre de gériatrie de La Chaux.

Par ailleurs, j'ai une activité de collaboration depuis plusieurs années avec un centre de maintien à domicile qui est le centre de coordination médico-sociale du 6ème arrondissement, équipe de soins à domicile avec laquelle j'ai l'occasion de rencontrer toute une série de problématiques qui m'intéressent et qui justifient peut-être plus ma présence sur ce plateau. En particulier nous aurons l'occasion de parler de ces nouvelles formes de précarisation, j'ai fait quelques allusions ce matin, dans le couple vieillissant ou les organisations parfois très difficiles de la famille autour d'une situation de dépendance.

**C. ASTRUC** - Je travaille dans la maison de retraite St-Jean-de-Dieu à Marseille depuis quatre ans. C'est une maison qui est située dans les quartiers Nord, mais nous avons la chance d'avoir un grand parc de onze hectares où s'ébattent des animaux. De par son contexte historique, cette maison de retraite accueille depuis plus de 150 ans, entre autres, des personnes démunies. Actuellement, nous accueillons 210 résidents répartis en quatre unités de vie. La proportion des personnes assistées est importante (70 %). Nous accueillons en moyenne 15 résidents qui ont eu un passé dans l'errance ; c'est pourquoi je suis ici, pour vous relater notre expérience par rapport à ce public marginalisé. Quand il entre en maison de retraite, leurs demandes ne sont pas identiques aux autres personnes âgées. A 60 ans, les personnes marginalisées changent de statut et deviennent personnes âgées.

**M. de MONTGOLFIER** - Vous oubliez de préciser qu'il y a une véritable ferme sur ces onze hectares, avec des animaux.

**C. ASTRUC** - Oui, chèvres, moutons, biches, cochons, les animaux de la basse-cour.

**M. de MONTGOLFIER** - Dans quel arrondissement de Marseille êtes-vous ?

**Mme ASTRUC** - Le 14<sup>ème</sup>. Quartiers Nord.

**M. de MONTGOLFIER** - J'imagine tout de même que vous n'avez pas la vue sur la Méditerranée ?

**Mme ASTRUC** – Oui, au premier étage les résidents ont la chance de voir la Méditerranée, les îles du Frioul et Notre Dame de la Garde.

**M. de MONTGOLFIER** - Qui veille sur vous. Enfin François-Xavier Turbet Delof, des Petits Frères des Pauvres.

**M. TURBET DELOF** - Je suis là à double titre. Tout d'abord je suis salarié de l'association « Les Petits Frères des Pauvres », chargé de mission en précarité, notamment dans l'animation de réseaux d'associations s'occupant de personnes sans domicile. Je suis également responsable d'une petite unité d'accueil dans l'Ouest lyonnais sur Grézieu-la-Varenne, où nous réalisons des actions innovantes auprès du public de l'association « Les Petits Frères des Pauvres », auprès de personnes de plus de 50 ans, c'est-à-dire de l'hébergement temporaire, de l'accueil à la journée et des séjours de vacances, notamment pour des personnes vivant en long séjour qui effectuent des séjours de vacances avec du personnel hospitalier.

**M. de MONTGOLFIER** - Nous avons posé les six acteurs ; l'essentiel est ce que l'on va mettre avec des mots dans cette discussion sur la précarité, sur le vieillissement. On a bien entendu ce matin la richesse de tous les témoignages des uns et des autres. Jacques Gaucher a le privilège d'avoir choisi l'entrée et le dessert. On espère, Jacques Gaucher, que ce sera le dessert pour cette discussion, l'un n'allant pas sans l'autre.

Nous avons beaucoup entendu parler ce matin dans le domaine de la précarité d'une forme de précarité. C'est un peu le petit reproche que j'ai entendu de la part de certains d'entre vous : il n'y a pas que le handicap, il n'y a pas que les SDF ; il y a d'autres formes de précarité. Avant de voir un premier reportage, j'aimerais que l'un ou l'autre d'entre vous puisse nous ouvrir les autres formes de précarité. Qui veut poser un petit constat ouvert ?

**Mme ROLIN** - Ce matin il y avait deux mondes bien séparés ; on a essayé de voir comment relier les deux, traiter ces deux entités différentes. Dans ma pratique, je m'aperçois que le vieillissement est facteur de précarisation en ce sens que lorsqu'on vieillit on est plus soumis à des ruptures. J'entends la précarité comme « contraire de stabilité », donc plus en risque de tomber dans

une exclusion. Les personnes âgées, à des moments de leur vie, quand elles deviennent malades, quand elles commencent à avoir des problèmes de santé (je suis particulièrement sensible à cela puisque je suis à l'hôpital) ou des problèmes d'isolement, sont en risque d'être précarisées. Tout un chacun peut être soumis à ce problème.

**M. de MONTGOLFIER** - Le réalisateur vient de me dire qu'on n'avait pas envoyé le générique ; je n'ai pas prévenu que cela avait commencé. Nous allons recommencer, en faisant plus bref, je suis désolé. Est-ce que vous me pardonnez ? Merci.

Générique. Nous commençons.

Soyez les bienvenus pour cette table ronde depuis Lyon. Bienvenue à chacun d'entre vous. Nous allons parler du vieillissement et de la précarité pendant ce débat avec nos invités. Je voudrais vous présenter une première invitée qui nous vient de Grenoble, Agnès Rolin, qui est assistante sociale en gériatrie au CHU de Grenoble ;

A ses côtés nous avons un homme plein d'expérience, qui a du recul sur le monde qui tourne, le Docteur Marc Mégard, ancien chef de service du centre de gériatrie de Cuire dans le Rhône, mais également ancien membre de Médecins du monde ;

Joëlle Huillier, Sous Directeur de la CRAM de Rhône-Alpes ;

Jacques Gaucher, qui était déjà là ce matin, qui est psychologue clinicien mais également professeur des universités ;

Christine Astruc, une marseillaise, qui a arrêté tous ses travaux aujourd'hui pour quitter la belle ville de Marseille et venir à Lyon en Rhône-Alpes ; non pas pour voir la victoire de l'O.L. au détriment de l'O.M. (pardon ! ) mais pour nous entretenir de toutes ses expériences très riches dans les quartiers Nord de Marseille. Christine Astruc s'occupe de coordination dans cette maison de retraite de St-Jean-de-Dieu à Marseille, dans le 14ème arrondissement, quartiers Nord, avec vue imprenable sur la Méditerranée.

Enfin, un représentant des « Petits Frères des Pauvres » qui œuvre sur beaucoup de secteurs dans la précarité, François-Xavier Turbet Delof.

La présentation est effectuée ; nous allons rentrer maintenant dans le débat, « *précarités et vieillissements* ». Nous allons tenter après les exposés de ce matin d'approfondir le mot « précarités ». Jusqu'où vont les précarités, quelles sont toutes ces précarités et pour commencer le débat, avant de voir le premier des trois reportages, je souhaiterais que l'un d'entre vous puisse nous initier tout simplement au mot « précarités ». J'imagine qu'elles sont très nombreuses.

**Mme ROLIN** - Précarité, contraire de stabilité. Tout le monde peut un jour ou l'autre être rendu précaire à un moment donné de sa vie et le vieillissement est particulièrement favorisant.

**M. de MONTGOLFIER** - Est-ce que l'on peut mettre des adjectifs sur la précarité ? On a beaucoup entendu ce matin parler des SDF. J'imagine qu'il y a beaucoup d'autres secteurs.

**Mme ROLIN** - Si je me réfère à une étude faite par le Ministère en décembre 2001 sur l'incidence des facteurs de la précarité sur le coût de la santé (étude faite sur l'ensemble des hôpitaux de la France), cette étude avait pour but de voir l'incidence pécuniaire sur la prise en charge des gens en précarité. Une enquête a été faite ; ce n'étaient pas uniquement les SDF qui étaient visés, c'étaient différents items, différentes variables allant de l'environnement social, du niveau scolaire, de la nationalité avec des détails entre français, Union européenne, extérieur ; l'accès aux protections sociales de base, complémentaires, l'âge, etc.. C'était extrêmement varié. Cette étude couplait tous ces facteurs pour essayer de définir la précarité ; c'était très complexe.

**Mme HUILLIER** - Je voudrais rebondir sur l'aspect de la précarité. On parle beaucoup de précarité économique ; je voudrais aussi parler de précarité affective ; pour moi c'est une des précarités qui est une des plus difficiles à vivre. Elle est également cause de ruptures.

**M. de MONTGOLFIER** - Un peu d'histoire ; je choisis deux dates. Lorsque j'ai travaillé sur ce dossier, j'ai remonté plusieurs siècles. Au XVII<sup>e</sup> siècle, c'était le grand siècle du grand renfermement. Passé un âge, on enfermait tout le monde ; c'était résolu. 1962, le fameux rapport Laroque. Je ne sais pas si vous vous êtes replongés dans ce rapport Laroque qui date de 40 ans, qui a été une grande avancée sociale en France en matière de précarité ; c'est le début d'une réflexion sur l'humanisation à propos du troisième âge ; un rapport qui condamne la formule de l'hospice, de la promiscuité, de la concentration des gens ; un rapport qui reste avec ses recommandations d'actualité aujourd'hui.

Ceci veut dire qu'en 2003, 41 ans après, le drame dans ce pays existe ; il existe avec d'autant plus d'actualité que dans le débat qui va porter sur ce thème il y aura beaucoup de choses à dire ; il y aura des choses à constater, à dénoncer. Il y aura, et j'ai envie de me tourner auprès de vous Joëlle, des expériences, des expérimentations où on met tout un commun, où on prend en compte non seulement ceux qui sont les soignants qui entourent, mais surtout ceux qui en sont les victimes.

1962 donc, avec ce dilemme entre les préoccupations humanistes et les impératifs gestionnaires, économiques. Les petites structures sont-elles, à chaque fois, le bon recours ? La non-viabilité économique selon l'Etat : quelle solution s'il n'y a pas les petites structures ? Je reprends également les thèmes d'un spécialiste sociologue, Dominique Argoud, qui a dit « Attention au danger du raisonnement. Petite taille = convivialité ». On en parlera dans un instant, l'un ne va pas forcément avec l'autre, en tout cas pas de manière automatique.



**M. de MONTGOLFIER** - Puisqu'on vient de lancer le débat sur la définition des précarités, tout de suite dans un premier reportage nous allons faire un tour sur cette précarité que peu de gens connaissent, celle des accompagnants familiaux. *Danger : précarités, accompagnements familiaux.*

**M. de MONTGOLFIER** - Voilà un reportage qui, en filigrane, montre le cas de Luce avec sa maman. C'est surtout elle que souhaitent suivre Séverine Cottaz et son journaliste. Luce est justement pour ce débat le cas typique de la contamination par le syndrome de l'épuisement des aidants naturels. On le voit, Luce est contaminée. Qui veut réagir sur ce que l'on a vu ? Ce syndrome ne paraît pas du tout évident pour l'accompagnant.

**M. GAUCHER** - Ce reportage a le mérite de décentrer de la personne âgée et de s'intéresser à l'accompagnant familial. On parle de plus en plus aujourd'hui de l'aide aux aidants ; ce sont des mots, ce sont aussi des actions qui sont derrière et qui sont des actions extrêmement heureuses. Il faut bien se resituer dans le contexte dans lequel aujourd'hui notre structure familiale est en crise, en difficulté pour s'organiser. Il semble que, dans bon nombre de cas, la famille se réorganise autour de la délégation de la charge à l'un de ses membres. Ce membre est souvent un enfant, parfois aussi un conjoint. Dans le cas où c'est un enfant, c'est quelqu'un qui va être progressivement condamné, parfois en douceur, à renoncer à certains choix qu'il aurait pu faire pour sa vie.

On connaît des aidants familiaux qui ainsi renoncent par exemple à leur activité professionnelle, renoncent à leurs activités culturelles, sont parfois amenés à se mettre en difficulté, voire en danger sur le plan conjugal, sentimental. Ce sont des personnes qui progressivement se rétrécissent dans leur ouverture sociale, culturelle, amicale et ces personnes, de ce fait, ne bénéficient plus des « ressources » qui leur permettent d'aller plus loin. L'épuisement vient souvent de cette forme d'assèchement de ces personnes qui vivent sur leurs batteries, qui fonctionnent sur un dévouement sans limites, mais qui à un moment donné vont être dans l'épuisement. Cet épuisement peut avoir des conséquences assez graves en termes de maltraitance ou de dépression de l'aidant familial.

**M. de MONTGOLFIER** - Docteur Mégard, vous vouliez réagir sur la difficulté ?

**M. MEGARD** - Je voudrais appuyer ce qui vient d'être dit dans la mesure où je suis par ailleurs Président d'une association qui gère une maison de retraite. Je m'élève un peu contre le terrorisme intellectuel du maintien à domicile à tout prix. Il est vrai que ce n'est pas agréable d'aller dans une maison de retraite, mais c'est aussi accepter plus de sécurité, accepter une nouvelle vie sociale, accepter des soins. Ce peut être très positif. Dans la maison de retraite A. Morlot dont je m'occupe les gens ne sont pas malheureux, ils sont même satisfaits.

**M. de MONTGOLFIER** - Vous êtes pour le retour de l'asile ?

**M. MEGARD** - C'est autre chose.

**M. de MONTGOLFIER** - Quand vous avez dit cela, cela a fait réagir la salle.

**M. MEGARD** - On en avait parlé avant, hors micro. J'avais dit qu'il y avait une fonction « asilaire » qui pouvait être à restaurer. J'en parlais dans le domaine des SDF, des « clochards » et des hôpitaux psychiatriques. En effet, je pense qu'il y a une certaine noblesse de la fonction asilaire que la poursuite du court séjour absolu en hôpital psychiatrique a complètement tuée. Ainsi on a 20 à 25 % dans tout centre d'accueil de SDF en ville qui sont des psychotiques abandonnés, sans soins. C'est un autre chapitre. Mais il est vrai qu'il y a aussi, en gérontologie, avec les étapes : maison de retraite, cure médicale, Mapad, long séjour, une vraie réflexion à mener sur la réhabilitation d'une « fonction asilaire » pour les plus fragiles, les plus touchés, les plus démunis devant le vieillissement, fonction à mettre aussi en balance par ailleurs avec certains excès d'un maintien à domicile à tout prix.

**Mme ROLIN** - Je voudrais également abonder dans votre sens, pour aller contre le dogme du maintien à domicile à tout prix, non pas parce que ce n'est pas une bonne chose mais quand on va trop loin -même les accompagnants professionnels vont quelquefois trop loin, faute de ressources- on va effectivement vers des situations paradoxales où les aidants « craquent » ; peut-être parce qu'ils étaient tenus et tenaient par des serments. Quand il y a des notions de serment, d'engagement, les aidants vont au delà de leurs limites et, à un moment donné, il y a une rupture ; la violence, à ce moment-là, est d'autant plus grande ; on tombe dans l'exclusion, dans le placement n'importe comment.

**M. GAUCHER** - Il me semble important de rejoindre deux problématiques. Il y en a une que vous soulevez qui est celle de l'épuisement de l'aidant naturel. Il y a lieu de mettre en place des dispositifs, cela existe déjà, d'aide aux aidants ; aux aidants professionnels du domicile comme aux aidants familiaux. C'est une première question ; à mon avis on oublie un peu trop l'intervention isolée, solitaire, de celui qui est au domicile d'un dépendant.

Il y a une deuxième question, et ce que disait le Docteur Mégard n'était pas très éloigné de notre réflexion actuelle : la fonction asilaire est peut-être une expression un peu râpeuse et décapante, mais on voit à quel point l'idéologie du maintien à domicile, et je souligne ce terme qui a été utilisé, contraint l'établissement d'accueil à devenir un mouroir. Il y a une sorte de diabolisation de l'institutionnalisation qui fait que l'on va faire du maintien à domicile envers et contre tout. C'est là que l'on prend des risques majeurs d'épuisement.

**Mme HUILIER** - Envers et contre tout peut-être, mais j'aime bien connaître aussi le sentiment de la personne âgée elle-même. (*applaudissements*) Où les personnes âgées ont-elles envie de mourir ? Chez elles et non dans une maison de retraite.

Il faut faire attention. C'est là où je dis que la précarisation peut être affective. Lorsqu'il y a un aidant naturel et qu'il est complètement épuisé, on peut aller vers la maltraitance. C'est la raison pour laquelle à la Caisse régionale on a monté des actions d'aide aux aidants familiaux car nous étions confrontés à des situations où nous voyions des cas de grande dépendance avec des personnes âgées qui étaient gardées par leur fille en permanence à domicile. Aucun professionnel n'intervenait ; il y avait un engagement complet, quasiment un sacerdoce, souvent d'une fille qui, au détriment de sa propre vie, au détriment de son avenir, s'occupait de sa mère âgée ou de son père âgé.

Nous avons fait en sorte de rencontrer un certain nombre de personnes et, avec l'aide de professionnels, nous avons animé des sessions d'aide aux aidants qui consistent justement à parler de tout cela. C'est un lieu d'écoute, mais c'est aussi un lieu de conseil et c'est un lieu qui permet de retisser de nouveaux liens sociaux. Bien souvent, il y a une précarisation de l'aidant qui le conduit à être complètement enfermé sur lui-même, à ne plus avoir aucun lien social. On connaît des situations absolument dramatiques.

Nous essayons de déculpabiliser l'aidant, de façon à ce qu'il puisse penser à lui, en essayant d'introduire un professionnel au domicile. C'est un des premiers niveaux.

Au deuxième niveau, nous essayons aussi de dire que le placement n'est pas forcément la catastrophe. Le placement dans une maison de retraite peut être fait de façon douce, cela peut être fait aussi de façon temporaire. Il y a l'accueil de jour d'une part ; mais il y a aussi l'hébergement temporaire. Ce sont des types d'accueil qu'il faut améliorer et qu'il faut accroître.

Enfin un troisième niveau, le niveau peut-être le plus difficile, mais qui est souvent un soulagement pour les familles, est de se préparer à la séparation définitive, au décès. Il faut en parler ; l'aidant va rester tout seul ; il n'aura fait aucun projet de vie. Nous aurons des personnes de 60/70 ans n'ayant plus ni liens familiaux, ni liens sociaux et c'est la catastrophe.

Nous essayons de mettre en place cet accompagnement d'aidants ; nous le faisons avec nos moyens et aussi grâce à des professionnels ; nous essayons de le développer car il y a énormément de besoins et sans doute pas assez de réponses.

**M. TURBET DELOF** - Je me sens concerné puisqu'on parle d'hébergement temporaire, d'accueil de jour. De part mon expérience, je peux dire que l'on passe autant de temps auprès des personnes âgées qu'auprès des familles. On accueille de plus en plus de personnes en situation de crise, contrairement aux années précédentes où les situations étaient beaucoup plus

préparées, voulues, où une démarche était faite. Aujourd'hui, tout le monde arrive à bout, car on est allé jusqu'au bout du maintien à domicile. Tout le monde « craque », notamment celui qui a été sacrifié, comme on le retrouve souvent dans la famille, et qui développe une culpabilité énorme. On se retrouve alors avec tout un encadrement qui se « casse la figure », que ce soit aussi bien la famille, que le service de soins à domicile.

Le problème du maintien à domicile à tout prix est effectivement une bonne orientation mais est-ce que l'on s'est donné les moyens de le faire avec un souci de qualité ?

**M. MEGARD** - On se trouve confronté, comme en médecine, devant cette contradiction que la société devra résoudre entre la liberté du patient, la liberté du vieillard, la liberté de choix et l'absence d'aide, le risque d'atteinte à la santé, la non-assistance à personne en danger. D'un côté, il y a un risque pénal de non-assistance à personne en danger et d'un autre, il y a un risque déontologique, éthique, de non-respect de la liberté d'individuelle. C'est une contradiction difficile. Dans le cas schématique et extrême de grèves de la faim, le médecin est confronté de façon terrible à ces deux alternatives.

**M. de MONTGOLFIER** - Pourquoi est-ce que cela ne change pas ? Cela fait des années que le signal d'alarme est tiré ? Il y a dans cette salle un nombre très important d'aides soignants qui connaissent ce problème et qui doivent être découragés car en France cela ne bouge pas.

**M. MEGARD** - Oui, mais spontanément, vous avez entendu la réaction de la salle, elle a applaudi lorsque Madame a dit « C'est la liberté du vieillard qui doit compter ». Il faut respecter les personnes âgées, j'en suis le premier persuadé, mais l'atteinte à la santé des autres compte aussi.

**Mme HUILIER** - La vie est une prise de risques.

**M. de MONTGOLFIER** - Ce sont des mots faciles. Quand vous dites cela et que l'on regarde de près ce qui se passe dans ces lieux, où, vous l'avez dit, vous avez employé le mot « vieillards », on trouve des personnes de 70/80/90/100 ans. Quand on voit comment elles sont traitées, je comprends les applaudissements de la salle. Ce n'est pas près de changer quand on voit les projets qui sont en plan.

J'ai presque envie, Joëlle Huillier, de vous lancer dans le projet que vous avez. Il est à peine lancé sur Bourg-en-Bresse et sur l'Ain. C'est un projet qui doit permettre à chacun de réussir son vieillissement et de reculer le plus tardivement possible l'entrée dans des formes de dépendance plurielles. Je vous laisse deux minutes pour nous expliquer que c'est un gigantesque défi qui n'est pas sûr de réussir mais qui a le mérite de proposer des choses nouvelles.

**Mme HUILIER** - En si peu de temps, cela ne va pas être évident. On est en train de lancer un projet qui s'appelle « ATOO », la dynamique seniors. C'est un projet dont vous allez entendre parler, qui est extrêmement important ; il y a deux ans qu'on mène une réflexion sur ce projet de prévention du bon vieillissement. On appelle cela « prévention du vieillissement », mais on ne peut jamais vraiment prévenir le vieillissement ; ce qu'il faut c'est bien vieillir.

C'est à partir d'un concept québécois que nous avons travaillé en nous disant qu'il y a six facteurs prédictifs du vieillissement. Ils sont les suivants :

- la planification de son avenir,
- la santé physique,
- les activités cognitives,
- le réseau social,
- la dimension émotionnelle ou affective de la santé mentale,
- et la quête de sens : « *Est-ce que je suis utile à quelqu'un dans ce bas monde ?* »

Nous partons du postulat que toute action systématique sur ces six facteurs peut entraîner un retard dans l'arrivée des troubles de la dépendance. Si une personne peut avoir des progrès dans ces six facteurs à la fois ou cinq, si elle a par exemple déjà une bonne santé physique avec des modes de vie adéquats, si l'on peut jouer sur l'ensemble de ces six facteurs, on retarde les effets néfastes du vieillissement.

Le programme que nous montons est basé sur les outils suivants :

- un bilan bio-psycho-social qui est fait avec une équipe pluridisciplinaire ;
- un programme de travail avec un carnet de suivi ;
- un accompagnement individuel et/ou collectif qui fait intervenir l'équipe pluridisciplinaire qui sera composée d'un médecin gérontologue, d'une infirmière, d'un psychologue ; qui fera aussi intervenir, à la demande, d'autres secteurs (secteur psychiatrique, consultation-mémoire Alzheimer ....) ;

- et chose un peu nouvelle dans nos sociétés : l'apport d'une équipe de bénévoles qui seront formés notamment par l'université Lyon II. M. Gaucher est au courant de notre projet et je crois qu'il y souscrit.

L'objectif est de promouvoir une démarche active pour vieillir autrement ; créer une dynamique de prévention personnalisée ; inclure le passage de la retraite dans une continuité de vie.

En conclusion, je voudrais rebondir sur ce que disait M. Zeller ce matin : « L'inactivité est la mère de tous les vices ». Est-ce que l'on ne pourrait pas dire aujourd'hui que *l'inactivité est la mère des précarités ?*

**M. de MONTGOLFIER** - Merci.

Nous allons voir un deuxième reportage et nous pourrons ensuite rebondir sur d'autres exemples de précarité ; nous n'allons pas rester que dans celui dont nous venons de parler, qui est celui de l'épuisement des aidants familiaux. Ce deuxième reportage est un reportage audio, fait pour les oreilles et, pour une fois, nous allons être encore plus concentrés ; l'image ne sera pas là pour nous éloigner des réalités. Ce reportage a été fait auprès de SDF ; nous allons parler à nouveau dans un instant des SDF.

**M. de MONTGOLFIER** - Voilà comment des propos sans image peuvent être aussi directs que ce que l'on vient d'entendre : « *La rue c'est ma vie* ». « *L'image que j'ai de la maison de retraite ce sont des vieillards avec des cannes* ». Et ce propos à l'instant d'un Monsieur à qui on demandait quel serait l'idéal des maisons de retraite. Il a réfléchi : « *Un lieu où je ne sois pas opprimé* ».

Quel respect dans ces lieux ? Quelle image la société nous donne-t-elle pour que l'on entende cela ? Même si ce sont des SDF qui parlent, il y a une réalité, une cruauté des choses qui sont très intéressantes à observer.

J'ai envie d'un grand sourire, Christine Astruc, non pas celui de Marseille, mais celui de votre structure qui est un lieu de vie avec 210 personnes. Lorsque vous entendez ce que l'on vient d'entendre, est-ce que vous vous dites : « *Nous sommes à l'opposé de tout cela* » ?

**Mme ASTRUC** - Peut-être à l'opposé, mais je les comprends fortement. Les résidents, ceux qui ont eu un parcours dans la rue, entrent en maison de retraite résignés. On ne change pas facilement de style de vie. Nous avons rencontré des problèmes d'intégration avec ce public quand il entrait directement au sortir de l'hôpital ou d'un centre d'urgence. Il faut que ces personnes s'adaptent, s'approprient leur nouveau projet de vie. D'où la nécessité d'un travail en amont.

On a donc créé à Marseille des passerelles avec les centres d'hébergement d'urgence, avec les assistantes sociales des hôpitaux, pour que les personnes marginalisées viennent visiter l'établissement. Que se passe-t-il quand ces personnes viennent chez nous ? Elles n'ont tout d'abord pas l'impression d'être dans une maison de retraite « traditionnelle ». La structure est un peu atypique. Elles rencontrent d'anciens hébergés avec qui elles peuvent discuter. C'est un lieu ouvert. Or, les maisons de retraite sont souvent perçues comme des lieux de contrainte. Nous essayons au maximum dans notre projet de resocialisation, de nous adapter à leur style de vie et de limiter les contraintes.

Je vais peut-être en faire sourire certains dans la salle, mais nous n'interdisons pas l'alcool dans l'enceinte de l'établissement. Si nous leur interdisons, il y aura rupture de communication et certains retourneront vivre dans la rue. Nous désirons leur offrir un lieu de vie

adapté et, s'ils le souhaitent, ils pourront y rester jusqu'au bout de leur vie. La porte est ouverte, s'ils le désirent, ils sont libres de partir. Je reprends et j'aime beaucoup cette expression « asilaire ». Oui, il faut rouvrir les asiles, dans le sens profond du terme, un lieu où ils peuvent poser leur valise, la seule valise souvent qu'ils ont ; un lieu où on va les écouter, où le personnel soignant a vu changer leurs habitudes. Il ne faut pas soigner le corps mais il faut les écouter avant toute chose.

Si un jour ils ont envie qu'on s'occupe d'eux, ils viendront vers nous ; ils iront vers les infirmières. Notre présence est importante.

Il y a eu également le projet de leur laisser le temps ; ce n'est pas évident de laisser des chambres libres dans une maison de retraite, avec les listes d'attente, avec l'aspect économique, budgétaire. Mais nous leur laissons le temps nécessaire pour rentrer dans la structure. Nous leur gardons la chambre cinq à six mois l'été ; en hiver, ils se décident un peu plus rapidement pour venir vivre en institution.

Dans un deuxième temps, un travail d'accompagnement avec une psychologue et des ateliers de resocialisation leur sont proposés pour qu'ils rencontrent les autres résidents lors d'activités. Le rejet initial tend peu à peu à disparaître.

Les contraintes sont multiples en maison de retraite ; il y a le respect des horaires pour le repas ; le fait de devoir signaler quand on sort, quand on ne sort pas. Mais on voit que petit à petit, d'eux-mêmes, ils viennent nous voir disant « *Je ne mangerai pas ce midi ; je resterai en ville manger avec des amis* » et quelquefois ils sortent une journée, deux jours, dix jours et ils reviennent chez nous. Je pense qu'ils s'y sentent bien.

**M. de MONTGOLFIER** - Vous n'êtes ni sous la dépendance de l'Etat, ni dans une grosse structure immobilière ou commerciale. C'est important pour laisser toute cette liberté à vos 210 patients ou résidents.

**Mme ASTRUC** - C'est une maison de retraite associative, St-Jean-de-Dieu, de l'Ordre hospitalier de St-Jean-de-Dieu. 210 résidents, des personnes dépendantes, dont l'âge va de 38 ans pour la plus jeune (c'est une personne handicapée vieillissante) à 106 ans pour notre doyen.

Pour rebondir sur le reportage, la cohabitation n'est pas évidente par rapport à la dépendance, aux différentes catégories sociales, mais également à l'écart des âges. Les personnes marginalisées rentrent en maison de retraite vers 58/60 ans alors que la moyenne d'âge est de 80 à 90 ans.

Au niveau de la structure, il y a une centaine de salariés et une équipe de treize bénévoles.

**M. de MONTGOLFIER** - Les prix sont-ils élevés pour ceux que vous accueillez ?

**Mme ASTRUC** - Nos tarifs sont de 1.552 à 1.780 euros par mois en fonction de la dépendance. Pour les personnes ne pouvant pas payer la totalité, elles ont la possibilité d'avoir l'aide sociale.

**M. MEGARD** - Est-ce que vous êtes en équilibre financier ? Ou est-ce que vous vivez aussi de dons, de legs ? Est-ce que vous équilibrez avec le seul prix de journée qui vous est octroyé ?

**Mme ASTRUC** – Les Frères St Jean de Dieu reçoivent des dons. Ceux-ci sont destinés à aider leurs confrères du Tiers Monde.

**M. MEGARD** - Vous n'équilibrez pas votre budget avec le seul prix de journée ?

**Mme ASTRUC** - Si.

**M. MEGARD** - Il me venait ceci à l'esprit en vous écoutant. L'intégration ne vient pas tellement de l'intérieur, de la volonté de la Direction, de la volonté de l'équipe soignante ; elle vient de la société ; c'est la société qui accepte d'intégrer ou pas. Et souvent dans les maisons de retraite, selon l'expérience que j'en ai, une majorité de dames âgées, socialement assez bien insérées, ne voit pas d'un bon œil la personne qui vient avec sa réputation de « clochard » ; il est à nouveau exclu, mais non par la volonté de la Direction, par le fait du contexte sociétal.

**Mme ASTRUC** - Je vais rebondir tout de suite. Oui, car en fin de compte la personne âgée qui a 90/95 ans, qui peut payer la maison de retraite, a de petits handicaps physiques, ne peut pas se rendre dans le parc, elle ne peut pas aller au point café rencontre toute seule. Or, ces personnes sont plus jeunes, plus valides, donc elles vont rendre service et retrouver une utilité dans la maison de retraite. Petit à petit, on peut parler de solidarité entre résidents ; même s'il y a une petite contribution financière quand ils vont faire les courses de la voisine (et que l'on garde la monnaie), cela n'a pas d'importance, ils ont une utilité et un moyen de pouvoir se projeter vers l'avenir.

**M. de MONTGOLFIER** - Tout le monde va dire que c'est un grand rayon de soleil, d'humanité. Il n'y a, à priori, pas d'abcès, tout se passe très bien. On va bien redire que l'on est à Marseille sur onze hectares, dans une ville, avec une ferme et que l'on est dans une structure associative, avec en coulisse une ouverture spirituelle, avec un vrai cahier des charges basé sur le respect de l'autre. Je voudrais, François-Xavier, que vous puissiez rebondir sur ce que vous venez d'entendre.

**M. TURBET DELOF** - Je voudrais également rebondir sur une question qui avait été posée par un responsable d'établissement sur des conseils pour pouvoir accueillir une personne différente de la population classique. Ce que dit C. Astruc sur l'intégration est loin d'être évident. Même s'il y a une volonté interne, même s'il y a une politique, même si une formation interne est



faite, il y a confrontation des publics. Michel Bon évoquait ce matin le problème de population qui s'exclut mutuellement. C'est un problème réel. On le disait tout à l'heure, il est très difficile, même s'il y a effectivement des échanges qui se font au sein de la communauté, qui se créent dans un lieu d'accueil, de faire cohabiter des personnes qui ont des modes de vie très différents. Ne serait-ce que pouvoir écouter la télévision, la radio jusqu'à minuit très fort. Il y a des problèmes d'alcool. Il y a des limites à la cohabitation, en tout cas tant que la personne reste physiquement dans une autonomie importante.

On ne parle pas tout de suite de SDF ou de personnes en grande précarité qui, arrivées à 60 ans, vont en maison de retraite. Or, il nous arrive régulièrement que des personnes nous soient adressées par le service de Michel Bon ou de différents services d'action et d'orientation, Médecins du Monde ou autres structures, pour construire un projet avec la personne. La personne était à la rue, elle a vécu dans un centre d'hébergement, elle a été en psychiatrie mais elle n'est pas assez malade pour rester en psychiatrie ; son état physique ne lui permet plus de rester à la rue. En attendant on va essayer de l'hébergement temporaire, on va essayer de construire quelque chose. On s'aperçoit au bout de trois, quatre, six mois de préparation qu'on ne trouve pas grand chose. Je ne suis pas sûr que la maison de retraite soit la meilleure solution. Peut-être pour des gens qui ont des problématiques physiques qui ont pris le pas sur d'autres problématiques, cela peut convenir. Par contre, par rapport à d'autres, on a à faire preuve d'imagination, peut-être face à de nouvelles problématiques ; il y a aussi celle des handicapés mentaux vieillissants, celle des immigrés. Ce sont de nouvelles problématiques du vieillissement. Mais la maison de retraite n'est pas la réponse unique au vieillissement.

Une question a été posée sur l'intégration dans un établissement. Malheureusement, ces intégrations se font souvent par défaut. On se retrouve en maison de retraite parce que l'on ne trouve pas autre chose. En même temps, c'est la même démarche chaque fois qu'une personne nous est adressée. J'avoue ne pas faire de différence entre quelqu'un qui vient d'un hôpital psychiatrique ou qui est envoyé par un centre SDF ou quelqu'un qui est adressé par la famille en nous disant qu'elle a des troubles d'Alzheimer. C'est à nous d'évaluer quels sont nos moyens pour accueillir cette personne. Michel Bon disait tout à l'heure qu'il fallait oublier qu'il est SDF. L'intérêt est de savoir effectivement quelles sont les difficultés de la personne, quels sont ses potentiels et quels sont nos potentiels.

Accueillir des populations différentes oblige à une certaine nécessité de souplesse. Il y a beaucoup d'établissements qui sont beaucoup plus, pour certains, des lieux de santé, de soins, qui demandent une certaine rigidité dans les modes de fonctionnement. L'intégration des populations qui n'ont pas besoin de toute cette organisation médicale est ainsi rendue difficile.

Sans culpabiliser, il nous faut pouvoir dire « *Nous n'avons pas les moyens* » ou peut-être « *Nous voulons nous donner les moyens* » et, à ce moment-là, les moyens sont à chercher et à développer. Mais nous ne sommes pas appelés à répondre à tous les besoins.

**M. de MONTGOLFIER** - Les uns et les autres ont fait des diagnostics. A été dénoncée une situation pour le moins très précaire globalement dans ce pays. On a eu notre rayon de soleil à Marseille même s'il doit y avoir bien des choses qui ne sont pas idylliques. François-Xavier a bien dit que la cohabitation était très difficile. On a maintenant envie de quelques propositions, de quelques idées. Il y a eu, il y a quelques minutes, la proposition de la CRAM sur l'Ain avec ATOO. Vous avez peut-être quelques idées les uns et les autres pour, que dans ce pays, change ce rapport au vieillissement, aux personnes du troisième âge, à mieux les respecter, à trouver des lieux qui soient adaptés à leur personne.

**Mme ROLIN** - Un mot : l'anticipation. Préparons les choses tranquillement pour éviter de faire violence. Les familles et les personnes âgées que je rencontre à l'hôpital sont en situation de rupture car il y a eu, à un moment donné, un problème médical qui s'est traduit par un état de dépendance accrue et une impossibilité à revenir à l'état antérieur. Donc une obligation de changement. Dans ces cas-là, c'est très douloureux pour tout le monde.

Je suis parfois tout à fait désolée de ne pouvoir proposer grand-chose. Il n'y a pas de place dans les établissements ; on le sait. Il y a une difficulté monstrueuse à organiser les aides à domicile ; il y a peu d'infirmières. Je ne sais pas si vous avez sur le Rhône des possibilités au niveau de la prise en charge du nursing par les infirmières. Dans l'Isère c'est un réel problème. Les personnes parlent toujours de parcours du combattant.

**M. de MONTGOLFIER** - Les infirmières espagnoles ne viennent pas jusqu'à Grenoble ?!

**Mme ROLIN** - Pas pour faire les toilettes ! Pour les aides à domicile c'est pareil, même quand les gens ont les moyens financiers d'organiser une garde 24 heures sur 24. Les aidants naturels qui sont là en train de coordonner nous disent « *C'est un véritable travail de chef d'entreprise. Je « craque », je ne peux plus* ».

Comment faire ? Organiser les choses tranquillement dans l'anticipation, dans la prise en compte en amont des difficultés, préparer les choses pour éviter trop de violence. (*Applaudissements*)

**M. de MONTGOLFIER** - Merci beaucoup, Agnès Rolin, pour votre discours extrêmement clair. On a parlé de plusieurs formes de précarité. On a prolongé la réflexion sur les SDF, on a montré que cette forme de précarité qui concerne les familles et leur épuisement était importante. On a parlé des lieux. On va continuer à dérouler toute la panoplie des précarités. Je

voudrais que l'on parle des handicapés et des migrants. Voyons un reportage réalisé il y a quelques jours aux portes de Lyon, dans le foyer Aralis où il y a 150 personnes aujourd'hui qui sont pour 80 % d'entre elles des migrants d'origine du Maghreb. Nous écoutons une personne qui est dans ce foyer et nous rebondissons sur ses propos.

**M. de MONTGOLFIER** - C'était donc un témoignage de ce travailleur social dans un foyer Aralis à Villeurbanne, à cinq kilomètres d'ici. Rénovation, c'est vrai, d'un bâtiment sur les trois. J'y suis allé, sur les deux autres bâtiments c'est un peu la préhistoire pour ces personnes issues de l'immigration, qui bien souvent passent plusieurs mois par an au bled, au pays, en Algérie, pour aller voir leurs familles. En préparant ce débat, l'un d'entre vous m'a dit « *Ces gens ne sont heureux nulle part* ». L'un d'eux a dit « *Nos droits sont en France* ». Marc Mégard, cette phrase vous a fait réagir. N'est-ce pas tout à fait la réalité ?

**M. MEGARD** - Ce n'est pas ce qui m'a fait réagir, mais plusieurs choses, je m'explique. C'est vrai que la vieillesse et l'immigration sont quelque chose qui nous frappe, car c'est contradictoire. Immigration c'est travail. Ces gens sont venus pour travailler en France dans les années 50 à 70. Ils ont été recrutés pour la plupart en Algérie et un certain nombre d'entre eux, assez nombreux, ne retournent pas au pays pour des raisons diverses. J'ai les chiffres de l'INSEE (recensement de 1999) : dans le Rhône, il y a 55.216 étrangers du Maghreb ; 63.152 avec les turcs. Il y a 10.094 personnes maghrébines de plus de 60 ans, dont 7.093 hommes et 3.001 femmes ; c'est-à-dire presque les deux tiers masculinisés.

Ce n'est pas un hasard ; ils sont en foyer après avoir vécu en bidonvilles ; ils étaient recrutés en Algérie mais il n'y avait aucun réseau d'accueil pour le logement à l'époque. Dans les années 60/70, on a arrêté les bidonvilles en créant les maisons des travailleurs étrangers et la SONACOTRA, avec comme directeurs d'anciens officiers de la coloniale pour mieux les contrôler (Je suis un peu méchant, mais c'est vrai).

**M. de MONTGOLFIER** - Quel est le point commun de ces immigrés avec les trois autres précarités que l'on a évoquées : le handicap, les SDF et les proches des familles victimes d'épuisement ? Y a-t-il un point commun ou est-ce que cette précarité des migrants est très particulière ?

**M. MEGARD** - Elle est un peu spécifique ; il y a un manque de moyens financiers car, dans les meilleurs cas, ils ont jusqu'à 4000 Francs par mois et ils continuent à envoyer de l'argent au pays. Non plus tellement à leur épouse ou à leurs enfants, mais à leurs petits-enfants. Et il y a un manque de socialisation. Ils sont très isolés.

**M. de MONTGOLFIER** - Illettrés, comme on l'a vu dans le reportage.

**Mme HULLIER** - C'est effectivement extrêmement particulier. Je voudrais rebondir sur une chose : pourquoi les immigrés sont-ils restés ? Tout simplement car, à l'origine, lorsqu'il y a eu l'immigration par rapport au travail, tous les six ans on assistait à un renouvellement ; le frère ou le fils venait en France et l'aîné revenait au pays et ne retournait plus jamais en France. L'immigration a été stoppée, ce qui fait que pour pouvoir faire continuer à vivre la famille, ceux qui étaient présents en France sont restés et tellement longtemps qu'à un moment donné ils se sont trouvés en pleine rupture culturelle. Effectivement, ils ont passé parfois trente ans en France sachant qu'au départ lorsqu'ils ont commencé à travailler ils retournaient peu souvent au pays. Dans cette rupture, ils sont d'une part considérés par ceux qui sont restés au pays comme les riches, ceux qui font fortune en France car tous les mois ils envoient de l'argent, à la limite en étant dans un état de précarité et de pauvreté en France considérable ; ils vivent de peu de choses. A tel point que lorsqu'il y a des réhabilitations de foyers SONACOTRA ou ARALIS, qui entraînent des augmentations du coût du loyer, des immigrés sont contraints de quitter ces foyers et de vivre comme des SDF ; et ils ne donnent plus signe de vie. C'est peut-être là que l'on peut trouver un parallélisme entre la situation des immigrés vieillissants et les SDF.

**M. MEGARD** - Je ne suis pas tout à fait d'accord avec vous sur le fait qu'ils restent parce qu'on a coupé l'immigration. Toutes les immigrations dans notre tête sont transitoires et liées au travail. Regardez les polonais, les italiens, les portugais, les espagnols sont tous restés, ont tous fait souche en France. Toutes les populations immigrées de la fin du XIXe et du XXe sont restées en France bien que venant de façon provisoire, comme les algériens.

**Mme HULLIER** - Ce n'est pas tout à fait la même période. Il y a eu plusieurs études à caractère anthropologique auxquelles nous avons participé. Je ne veux pas dire que tous sont restés à cause de cela mais c'est une énorme tendance qui explique pourquoi ils sont restés.

**M. MEGARD** - Ils sont restés mais ils sont malheureux.

**M. de MONTGOLFIER** - Je vous propose d'entrer dans le dernier schéma de notre table ronde. Quelle réponse pour les institutions, quelles idées ? Avant de vous entendre, je regrette beaucoup qu'il n'y ait pas autour de cette table ronde un politique, un bailleur de fonds, notamment un représentant du Conseil Général. Il n'est pas là. Tant pis ! Cela m'aurait beaucoup intéressé d'avoir sur le haut de la pyramide la réflexion du département qu'il soit de l'Isère, de la Haute-Savoie, de la Loire ou du Rhône, au moment où ces institutions ont des difficultés, augmentent les impôts. On aurait aimé savoir quelles étaient en 2003 leurs priorités justement pour lutter contre toutes ces précarités.

En dehors du plan que vous nous avez proposé, Joëlle, quel regard l'institution qui est la CRAM a-t-elle sur toutes ces formes de précarités ?

**Mme HULLIER** - C'est un regard qui est forcément multiple. Il faut savoir personnaliser les réponses et non pas appliquer des réponses généralistes à chaque problème. Nous essayons de trouver un certain nombre de réponses comme notre programme ATOO, mais par rapport aux immigrés par exemple, c'est une population à laquelle nous nous intéressons fort peu il y a encore dix ans ; on balbutie déjà pour essayer de mieux les connaître et c'est en les connaissant mieux qu'on arrivera à trouver des réponses. Déjà on regarde chez nous ce que l'on peut faire avant d'aller demander aux autres et notamment aux Conseils Généraux dont vous regrettiez l'absence sur ce plateau. On essaye de voir si on leur donne bien leurs droits.

Comme le disait l'animateur dans le film, les immigrés, contrairement à des idées qui sont répandues, sont loin de bénéficier de tous leurs droits. Déjà si on arrive à cela on aura fait un grand pas. En ce moment, la Caisse régionale s'applique à essayer de donner tous les droits en matière de retraite, en tout cas aux immigrés qui sont sur le sol français.

**M. de MONTGOLFIER** - Y a-t-il une vraie volonté ces dernières années de la CRAM d'être un peu plus dans l'humanité, d'être un peu plus dans l'accueil des gens, d'être un peu plus ouverts. Vous le laissez entendre avec humilité, c'est bien, mais tout est à faire.

**Mme HULLIER** - Tout n'est pas à faire, tout est à poursuivre.

**M. de MONTGOLFIER** - Jacques Gaucher, j'espère que vous êtes plus critique sur la CRAM. Il n'y a pas d'opposants pour surveiller le travail de cette institution qui dépend de l'Etat. Quel est votre point de vue ?

**M. GAUCHER** - Malheureusement ce n'est pas en direction de la CRAM que je serai le plus critique.

**M. de MONTGOLFIER** - Vous êtes universitaire donc prudent !

**M. GAUCHER** - Peut-être aussi plus à distance. Je pense que la CRAM nous montre qu'elle innove dans la conception-même de ses programmes ; c'est quelque chose de très important.

**M. de MONTGOLFIER** - Il était temps !

**M. GAUCHER** - Effectivement. Ceci dit, il y a deux aspects de manière générale pour apporter une contribution à la question que vous posiez, deux aspects qui me semblent importants. De ne plus opposer des dispositifs d'accompagnement et de soins qui sont différents mais qui méritent de s'articuler, d'être complémentaires. On l'a vu tout à l'heure avec les soins à domicile, l'institution, soit on diabolise et la redoute, soit on l'encourage très fortement. Mais on pense difficilement l'articulation des dispositifs. Tout ce qui fait actuellement le programme des coordinations, qui ont d'ailleurs beaucoup de mal à s'imposer sur le terrain, est vraiment un axe sur lequel il faut mettre l'accent.

Le deuxième aspect qui me semble très important également est de pouvoir se dégager (et ce programme ATOO de la CRAM me donne beaucoup d'espoir de ce côté) de l'évaluation des insuffisances des personnes pour se diriger vers l'évaluation des potentialités. Ces potentialités souvent s'atrophient au fil du temps, car elles ne sont pas suffisamment soutenues, elles ne sont pas suffisamment encouragées. Ces potentialités se tarissent. Aujourd'hui, que ce soit pour les personnes âgées, pour les personnes immigrées, pour les SDF, Michel Bon le disait, on a des choses à apprendre, on a dans cette relation, dans ces contacts, des éléments qui nous viennent, qui nous surprennent souvent et que l'on ignore car nos pré-supposés à l'écoute sont déjà filtrants. On est trop axé sur l'insuffisance, sur le déficit, sur le manque, sur la souffrance.

Tout cela existe, je ne le nie pas, je ne suis pas dans une démarche d'idéalisation de la relation de l'accompagnement. Mais on a besoin de soutenir, d'encourager. On a beaucoup de bonnes volontés, des potentialités, on les écrase parfois avec nos dispositifs de réponses.

On a des réponses avant d'avoir les questions ; on a souvent aussi les réponses avant qu'émergent les demandes. Aujourd'hui on s'ouvre un peu plus à l'écoute du besoin et de la demande, mais il faut aussi que l'on s'intéresse aux potentialités. (*Applaudissements*)

**M. de MONTGOLFIER** - C'est intéressant ce que vous avez dit sur l'écoute, au lieu d'avoir des solutions toutes faites pour ces personnes qui souffrent très certainement. Qui veut réagir ? Sinon on dira un dernier mot sur le handicap qui est une très grave et très profonde précarité.

**M. TURBET DELOF** - L'expérience que l'on a de l'accompagnement de personnes de plus de 50 ans qui vivent toutes sortes de précarités, au niveau de la précarité relationnelle, qui est ici notre objectif principal, la précarité financière, la précarité sociale, il ressort la nécessité du temps. Lorsqu'on est face à des personnes qui approchent de la fin de vie, c'est vrai qu'elles n'ont plus beaucoup de temps mais ce n'est pas pour autant qu'il faut les priver de temps. L'atout principalement pour un bon accompagnement est de se donner le temps quelle que soit la problématique de la personne.

Tout à l'heure vous parliez aussi des potentialités. Quand je suis arrivé pour gérer un établissement, quand j'ai vu les dossiers d'inscription, je me suis dit « Si vraiment on devait me faire remplir ce document, je renoncerais de suite ! ». C'est catastrophique.

Au niveau des établissements, il y a quelque chose que je voudrais condamner : certaines pratiques financières qui sont absolument abusives. Il faudrait que l'on arrive dans les modes de financement des établissements à ce que les 110 % d'occupation ne soient pas nécessaires pour tourner et que n'arrivent plus des situations du style « J'ai trouvé une place pour ma mère, mais c'est demain, sinon la place va être prise. » Je sais bien que les responsables ont des

obligations financières (je suis le premier à les subir), mais ce sont des situations de violence extrême, et pour la famille et pour la personne âgée, que l'on va d'un coup, du jour au lendemain, déménager sans qu'elle ait pu visiter, sans qu'elle ait pu participer à cette décision.

Il y a également des cas, heureusement plus rares, mais ce sont toujours les cas les plus difficiles, que l'on nous transmet, du style « La sortie est à 1.50 euro » ; ou l'établissement fait payer la tisane 0.30 euro. Ce sont des choses qui, à mon avis, à notre époque, devraient être révolues. (*Applaudissements*).

**M. de MONTGOLFIER** – *« Le caractère singulier de la relation humaine implique de prendre en compte la spécificité d'une aide qui ne peut pas être standardisée. La définition de la qualité passe donc par une reconnaissance du réel et du travail des personnels. De même, elle suppose que soient aménagés des espaces pour que les points de vue des personnes âgées et des familles puissent être entendus. Tous ces éléments sont autant de garde-fous pour que la qualité ne soit pas perçue comme un gadget imposé de l'extérieur. »* (Dominique Argoud, sociologue à Paris). Ceci est extrait d'une brochure que je vous recommande et qui est éditée par l'association « *Accompagnons la vie* », à Lyon dans le 7<sup>e</sup> arrondissement. Des brochures uniques pour rentrer dans le sujet. Il y en a une quarantaine différentes qui sont en vente en sortant de la salle.

Un dernier mot en conclusion et on donne la parole à la salle pour terminer le plateau télévisé.

**Mme ROLIN** - Ce que vous avez dit m'a fait penser à une expérience que nous avons eue dans le cadre de l'unité mobile de gérontologie. Le médecin gériatre avait évalué une personne en perte d'autonomie qui voulait rentrer chez elle ; son épouse avait une sclérose en plaques, elle-même était également handicapée. L'HAD, l'Hospitalisation A Domicile, avait été sollicitée, mais refusait d'intervenir car il n'y avait pas suffisamment de soutien des aidants. Les filles étaient elles-mêmes épuisées. Le service de soins à domicile avait dit « Ce n'est plus possible. Les filles ne peuvent plus assumer ». On a réuni tous les interlocuteurs ; les deux filles sont venues avec le gendre, le médecin gériatre qui avait évalué le Monsieur était présent, l'équipe de soins à domicile, le médecin coordinateur de la ville également. Les personnes ont pu parler, les filles ont pu exprimer leurs difficultés, par exemple ne serait-ce que de participer aux soins d'hygiène intime de leur père. Ce n'était pas possible. Petit à petit, on a réussi à leur faire accepter qu'il y ait des intervenants extérieurs. On a construit le plan d'aide de façon extrêmement précise, avec des heures d'intervention, des types d'intervention. Les soins à domicile ont dit « D'accord, on n'a plus la place pour l'instant », car cela faisait longtemps que Monsieur était hospitalisé, « mais nous sommes d'accord pour prendre le relais si l'HAD intervient ». Dans cette optique, on a fait un compte rendu bien ficelé que l'on a envoyé à tous les intervenants, y compris le médecin généraliste. L'HAD a

accepté de prendre en charge et d'assurer cette transition. La personne est retournée chez elle. On a pu entendre tous les intervenants.

**M. de MONTGOLFIER** - Nous allons terminer sur ce témoignage. Merci beaucoup aux uns et aux autres pour tous vos témoignages et toutes vos interventions. C'était « Précarités et vieillissements », formes connues et moins connues. A bientôt. (*Applaudissements*)



## ECHANGES AVEC LA SALLE

Le débat continue avec les questions de la salle que j'espère nombreuses et incisives.

**Une intervenante** - C'est une question générale que je pose. Je suis assistante sociale dans un service de personnes âgées de géronto-psychiatrie. On parle de la précarité pour les personnes âgées. Actuellement, nous avons le problème suivant : certaines personnes restent hospitalisées en raison de la difficulté à trouver des établissements habilités à l'aide sociale qui acceptent de prendre des personnes si nous n'avons pas réuni la totalité des obligés alimentaires ; ce qui n'est pas notre travail ; nous n'avons pas de moyens pour retrouver tous les obligés alimentaires. Nous avons quelques cas où des personnes qui ont eu des ruptures familiales ne savent pas où sont leurs enfants, voire leurs petits-enfants. Nous ne trouvons pas de place pour ces personnes qui restent à l'hôpital.

Certains établissements publics acceptent encore de prendre ces personnes ; le Conseil Général et l'aide sociale font leur travail d'enquête pour retrouver les obligés alimentaires, mais même dans le public on a maintenant des refus et dans les maisons habilitées « aide sociale » privées, c'est impossible.

**M. de MONTGOLFIER** - La question est très intéressante. Où sont les représentants du Conseil Général dans la salle ? Levez bien la main, même s'il faut un peu de courage pour le faire ! (*aucun représentant du Conseil Général ne se manifeste*).

**M. TURBET DELOF** - Je ne vais qu'enfoncer le clou. Effectivement nous recevons régulièrement des personnes en hébergement temporaire, pour des périodes courtes, entre une semaine et six mois. Nous prenons le risque de prendre des personnes pour lesquelles on ne sait pas quelle va être la solution. C'est parfois deux ans après le départ de la personne qu'on a une réponse ! Quand c'est négatif on y est de notre poche.

J'ai très peur, quand je vois la lourdeur administrative, les clivages qui sont en train de se créer, que dans la prise en charge des personnes âgées on aboutisse, comme on le craint pour la santé, à une prise en charge de la personne âgée à deux vitesses : celle qui pourra payer ou en tout cas donner les signes d'assurance que l'établissement pourra être payé et celle qui ne le pourra pas. A mon avis, c'est un phénomène scandaleux qui est en train de se mettre en place petit à petit et qu'on nous noie dans une législation de plus en plus complexe, de plus en plus clivée, avec des aspects de dépendance à l'égard de plusieurs financeurs. C'est un véritable imbroglio. On voudrait que les personnes et les familles s'y perdent, on ne ferait pas mieux. Quelque part tout le monde a envie de fuir !

**M. de MONTGOLFIER** - Courons, fuyons ! J'espère, Madame, que l'écho qui a été fait à votre question était bien celui que vous avez voulu donner, même si on n'a pas la réponse.

**Même intervenante** - Ce ne sont pas les établissements que je mets en cause ; c'est l'aide sociale. Il existait normalement une procédure qui s'appelle « aide sociale en urgence », c'est-à-dire que la personne âgée elle-même pouvait demander à entrer en établissement. C'est ce que j'avais appris lors de mes études, la personne payait en attendant de faire son enquête. Cette procédure a complètement disparu et les établissements sont réticents à accepter, car ils vont avoir des non-paiements, des procédures. C'est le Conseil Général que je mets en cause.

**M. de MONTGOLFIER** - Vous avez pu le constater, il y a un grand esprit de liberté sur ce plateau et dans la salle ; surtout ne retenez pas vos questions ; tout peut être évoqué, tout peut être dit. S'il y a des accusations, vous pouvez les faire, nous sommes là pour cela, même si tous les acteurs ne sont pas tous représentés.

**Intervenante n° 2** - Vous disiez qu'il y avait un peu d'abus pour garder les gens à domicile, mais si les gens restent à domicile c'est qu'en fin de compte ils ne trouvent pas de place et n'ont pas les moyens. Comme le dit cette dame, trouver les finances c'est quelque chose. Les gens ne veulent pas forcément supplier pour demander quelque chose ; même s'il y a de la famille autour qui se fatigue, c'est vrai. Déjà pour les soins à domicile on ne trouve pas d'aide soignante, car on n'a pas besoin forcément d'infirmière, mais on ne trouve pas d'aide soignante.

Quand les Pouvoirs publics vont-ils penser qu'il faut peut-être former des gens de manière plus conséquente ? On sera peut-être l'issue de secours, à condition que l'on ait du personnel. Si on n'en a pas on ne peut pas faire. En ce moment dans notre centre nous sommes à 32 patients ; on ne peut pas les faire. Nous avons eu récemment un rendez-vous avec la DDASS qui nous a dit qu'elle n'avait pas d'argent pour les personnes âgées, que tout était épuisé. Que va-t-on faire dans les années à venir ? (*applaudissements*)

**M. de MONTGOLFIER** - Que va-t-on faire dans les années à venir ? Vous entendez l'écho de la salle. Est-ce que ce n'est pas direct ? Qui peut répondre à votre question, Madame, sur ce plateau ?

**Intervenante n° 2** - On en reste au même point. Je crains qu'après cette journée nous ne soyons pas plus avancés.

**M. de MONTGOLFIER** - Pour le côté financement. Mais j'espère que vos interrogations et ce qui a été dit vont faire avancer. Merci beaucoup.

Une question écrite de la salle qui s'adresse au Docteur Mégard. *Vous avez dit à plusieurs reprises, Docteur, acceptez d'aller en maison de retraite. Monsieur, que faites-vous du choix de la personne âgée, y compris de son droit au risque ? Arrêtez de parler du dogme du*

**domicile ! Et, en plus, on peut être très solitaires, isolés en maison de retraite même au milieu d'un groupe. De grâce, Docteur, respectez le choix des personnes âgées, sans juger, ce qui est le mieux pour un citoyen, malgré son âge !**

**M. MEGARD** - Je ne suis pas du tout contre. J'ai dit qu'une des difficultés était de respecter la ligne de crête entre la liberté des patients et non-assistance à personnes en danger. Je voulais dire que dans la société il y a quand même une espèce d'idéologie du maintien à domicile à tout prix qui me paraît abusive. Je ne néglige pas la volonté des personnes. On a souvent vu des gens qui après une période intérimaire (on les reçoit de façon transitoire) décident de rester ou pas. Il y a eu des conversions.

**M. GAUCHER** - Je voudrais me solidariser aux propos du Docteur Mégard. Nous ne sommes pas fous au point de penser que l'institution est meilleure que le domicile, loin de là. Ce qui est dangereux c'est le principe idéologique, c'est-à-dire que lorsqu'une idée domine, elle tyrannise en quelque sorte un système.

Je prends un exemple très concret. Il y a quelques années on pouvait facilement dans des hôpitaux faire de l'accueil temporaire, faire de l'accueil occasionnel et on pouvait développer des programmes « d'appriivoisement » de la vie en institution. Le choix de la personne est l'élément prioritaire mais je peux vous citer toute une série de cas de personnes qui au fil du temps, sur deux ans, trois ans, ou sur des programmes très longs, ont pu apprivoiser l'institution et finalement moins la redouter. Ceci dit cela ne les empêche pas de pouvoir repartir ensuite chez elles. Ce que je reproche au principe idéologique c'est de mettre l'institution en bout de course, c'est-à-dire quand il n'y a plus rien d'autre, c'est l'institution par défaut. Voilà ce qui est grave et dangereux.

L'expérience du CCMS du 6<sup>e</sup> arrondissement a été, dans le cadre des soins à domicile, de mettre en place des journées d'accueil dans un établissement pour permettre à des personnes qui vivent chez elles de retrouver des éléments de vie communautaire, de retrouver du lien social, de se retrouver avec des personnes qui présentent un peu les mêmes situations qu'elles de difficultés physiques, de difficultés cognitives ou autres. Finalement, ces personnes se fidélisent d'une fois à l'autre ; elles aiment revenir ; elles sont contentes ; elles attendent cet événement ; tout en étant inscrites dans un programme de maintien à domicile.

Il faut dénoncer, je crois, cette forme d'image épouvantable, « le mouvoir », le lieu de perte, le lieu où l'on trouve une place. On parle de « placement ». Je vais vous faire hurler, mais on pourrait parler de déportation parfois. On catapulte des vieillards dans des établissements car on a fait du maintien à domicile sans tenir compte des ressources de l'institution. Peut-être qu'une institutionnalisation temporaire aurait pu permettre d'améliorer le maintien à domicile et de mieux répondre aux besoins de la personne. (*Applaudissements*)

**M. MEGARD** - Dans l'institution dont je m'occupe nous avons deux chambres réservées aux hébergements temporaires, pour que les gens viennent à l'essai et décident ensuite.

**M. de MONTGOLFIER** - Merci d'avoir parlé de l'hébergement temporaire.

**Mme ROLIN** - S'il vous plaît, ne demandez pas à l'institution sanitaire de résoudre tous les problèmes médicaux et sociaux. Amener une personne en urgence à l'hôpital pour résoudre un problème social n'est pas une bonne idée pour la personne.

**Intervenante n° 3** - Je dirige le service de soins du 6<sup>e</sup> arrondissement de Lyon et je rebondis sur ce que dit J. Gaucher. Effectivement, les personnes âgées qui sont prises en charge par le service de soins, le sont, je l'espère, de façon correcte. Il y a un groupe d'aides aux aidants ; il y a ce séjour au Château de Gigny de trois jours où on emmène douze personnes dans un cadre absolument extraordinaire ; c'est le château qui appartient aux « Petits Frères des Pauvres ». Les personnes âgées sont accompagnées par l'équipe soignante.

En revanche, je dénonce ceci : dirigeant ce service depuis neuf ans, au départ nous étions bien dans la prévention, ce que vous avez évoqué les uns et les autres ; la personne âgée était prise en charge par le service de soins à domicile encore relativement autonome. A ce jour ce n'est plus vrai ; on agit le plus souvent dans l'urgence. On a des personnes âgées de plus en plus dépendantes. On est, au niveau des services de soins à domicile, complètement sur le fil du rasoir. On a un prix de journée qui est dérisoire ; on a du personnel qui n'arrête pas de donner ; c'est à nous, au niveau de la Direction, de les reconnaître, de les préserver pour qu'elles ne soient pas épuisées. On manque de moyens et sur la ville de Lyon, il y a des services de soins qui sont en grande difficulté.

Au niveau du maintien à domicile, on ne peut pas tout faire ; on a nos limites. Mais que faire ? Qui prendra notre relais ? Les centres de long séjour sont surchargés et on fait du maintien à domicile comme l'on peut, avec les moyens que l'on a. On manque non pas trop d'aides soignantes, car je pense que l'on arrive à en trouver sur Lyon notamment, mais on manque de places en soins à domicile. J'ai une liste d'attente qui est énorme.

Que fait-on à ce jour ? Soit on surcharge les services de soins, la qualité sera mauvaise et tout le monde sera mécontent. On aura du personnel épuisé. Soit on se tient aux limites correctes et on laisse une liste d'attente.

**M. de MONTGOLFIER** - On va essayer de répondre, Madame, à ces accusations extrêmement précises.

**M. TURBET DELOF** - Nous partageons tous ces observations. Il est vraiment dommage que ce ne soient pas des partenaires des collectivités qui puissent les partager avec nous et donner leur avis de leur côté. Tout cela est très lié à l'image et à la place de la vieillesse dans notre

société. J'ai la chance de travailler et avec les services hospitaliers et avec les services de soins à domicile. On reçoit effectivement des groupes de long séjour et autres. Il faut entendre l'image que la personne âgée a auprès du personnel hospitalier. Pour beaucoup, arriver dans un service de gériatrie est la punition.

Par rapport à d'autres pays on entend « Voilà encore un vieux ! », « Encore un SDF ». Ce ne sont pas les populations qui sont les mieux accueillies dans les structures hospitalières. Quand on voit qu'un prix de journée moyen peut être de 300 francs. Pour les personnes handicapées, pour d'autres populations qui ont besoin aussi de prise en charge et au niveau du quotidien et au niveau de la santé les prix de journée sont autres. Le niveau de prise en charge est nettement supérieur. C'est assez révélateur.

**M. de MONTGOLFIER** - Une question des assistantes sociales du CCAS de Grenoble. Elles vous interrogent sur le *retard actuel de la CRAM Rhône-Alpes concernant le traitement des dossiers d'allocations supplémentaires, par exemple les ex - FNS. Parfois une année et demie d'attente pour les immigrés retraités. Quels moyens se donne la CRAM dans le sens de l'égalité des droits ?*

**Mme HUILIER** – J'aurais quelques difficultés à vous répondre précisément car je ne m'occupe pas du tout du secteur « liquidations ».

**M. de MONTGOLFIER** - Vous êtes sous-Directrice tout de même.

**Mme HUILIER** - Oui, mais dans un secteur d'action sociale. Je peux toutefois vous dire que nous sommes tout à fait conscients des problèmes de retard que connaît la CRAM actuellement. On le reconnaît, on ne le cache pas. On a mis en place un certain nombre de mesures justement pour que ces retards soient résorbés dans les trois mois qui viennent. J'ai moi-même prêté du personnel au service des retraites pour que l'on puisse faire avancer les choses et solder tous ces dossiers en attente.

En revanche, je suis incapable de vous répondre sur l'année et demie de retard.

**M. de MONTGOLFIER** - Une deuxième question pour vous, Joëlle. *L'APA a délogé les GIR 1 - 2 - 3 - 4. Les caisses de retraite n'ont plus que le financement des GIR 5 et 6. Les associations d'aide à domicile ne peuvent pas mettre en place vos plans d'aide 5 et 6 à cause des quotas. Expliquez-nous ces quotas CRAM.*

**Mme HUILIER** - C'est une question à laquelle je peux répondre très facilement, mais la réponse ne va pas vous faire plaisir du tout et elle ne me fait pas plaisir non plus.

L'aide ménagère des Caisses de retraite est financée par un fonds qu'on appelle le fonds national d'action sociale pour les personnes âgées, le FNASSPA. Ce FNASSPA a été réduit dans son volume financier pour payer une partie de l'APA. L'APA est bien financée en grosse

majorité par les Conseils Généraux, mais aussi par les fonds des Caisses de retraite et par les fonds d'aide ménagère. C'est la raison pour laquelle nous avons de moins en moins d'heures d'aide ménagère. L'année dernière nous avons eu une diminution de nos heures d'aide ménagère de plus de 10 %. Cette année il s'agit de plus de 20 % de moins : exactement 21,57 %. Tout cela parce que l'argent sert au financement de l'APA. Je ne peux pas vous dire autre chose.

Le FNASSPA est quant à lui financé par des cotisations vieillesse. Je ne vois pas comment, aujourd'hui, on oserait augmenter les charges patronales et salariales pour alimenter le FNASSPA. Je ne pense pas que ce soit dans les intentions du Gouvernement à l'heure actuelle, au moment où l'on est dans une économie au niveau mondial. Cela joue effectivement sur les heures d'aide ménagère susceptibles d'être attribuées à des personnes âgées en GIR 5 et 6.

C'est une des raisons pour lesquelles (et je reviens à mon programme ATOO) on se dit que si l'on a de moins en moins de personnes en voie de dépendance, on aura aussi gagné. La réponse à la dépendance et à la prévention de la dépendance ne passe pas forcément par l'aide ménagère. Il faut créer autre chose. Vous savez qu'à une époque, on n'avait plus de pétrole mais on avait des idées ! Nous n'avons plus d'heures d'aides ménagères, nous essayons d'avoir des idées. Aidez-nous à le faire. Ayez des idées, faites-nous en part, nous essaierons de travailler ensemble d'une autre façon qu'en ne répondant qu'avec des heures d'aide ménagère.

**M. de MONTGOLFIER** - Une autre question ?

**Un intervenant** - Je voulais revenir sur la question de l'alternative entre le maintien à domicile et l'institution. Je partirai de mon exemple personnel. Ma femme souffre de la maladie d'Alzheimer ; je l'ai eue à domicile pendant de nombreuses années. Je suis arrivé à un stade d'épuisement, comme cela se passe généralement dans ce cas-là. J'ai trouvé une solution en institution, dans un espace Alzheimer d'une maison de retraite qui me donne satisfaction. D'une part, de mon côté j'ai une réduction de cette charge que j'avais, et en même temps dans l'institution se trouvent une certaine forme d'animation, une certaine convivialité, une certaine sociabilité, une certaine possibilité de stimulation des personnes. Je trouve que ma femme se porte mieux.

J'ajoute que je vais la voir quotidiennement. Je la mets sur son fauteuil roulant ; on va se promener en ville, on va voir les magasins, on va voir les enfants, on va voir les fleurs. Tous les jours j'essaie de lui parler. Je fais souvent les questions et les réponses. Mais il se trouve que, depuis qu'elle est en institution, cela va faire bientôt deux ans, il y a un maintien de son état de santé. Cela me paraît énorme. Je pense que si elle était restée à domicile je n'aurais pas eu cette situation, tant sur le plan de la qualité des soins donnés dans la maison de retraite que dans l'alimentation qui est mieux faite que celle que je lui faisais ou que je demandais même à l'extérieur.

Je suis persuadé que les institutions pourraient être très bien si on y mettait les moyens et si on se préoccupait de tout ce qui concerne l'animation des personnes qui sont dans ces institutions. (*Applaudissements*)

**M. de MONTGOLFIER** - Merci, Monsieur, pour votre témoignage. Vous ferez nos amitiés à votre épouse au nom de toute cette salle et de tous ceux qui sont touchés de près ou de loin par cette maladie. Merci beaucoup. Je crois que tout a été dit dans la richesse de votre témoignage, Monsieur, et surtout vous étiez extrêmement retenu ; c'est ce qui est intéressant.

Autre question : *Que fait-on pour développer la solidarité de proximité, valoriser le bénévolat, autoriser les personnes en recherche d'emploi à s'impliquer dans des réseaux de bénévoles ? Par exemple portage de repas à domicile.*

**Mme HUILLIER** - Je vais essayer de répondre bien que nous ne soyons pas tout à fait compétents en matière de bénévolat. Néanmoins nous y travaillons, notamment avec les « carrefours du volontariat ». C'est pourquoi d'ailleurs nous commençons à tester notre programme ATOO dans l'Ain. Nous allons travailler avec les « carrefours du volontariat ». Je pense que les personnes qui ont envie d'être bénévoles ont tout à fait l'opportunité d'aller voir ce type de structure qui doit exister dans tous les départements ; ceci pour pouvoir mettre à disposition leurs capacités et compétences et trouver ainsi l'association qui permettra de les « utiliser ».

En France, ce n'est pas tout à fait comme la culture anglo-saxonne qui, elle, fait appel de façon massive au volontariat. Quand on voit en Angleterre la façon dont sont prises en charge les personnes âgées, le volontariat représente au moins 40 % du travail, si ce n'est plus.

J'ai un exemple de maintien à domicile en Angleterre : un Monsieur un peu grincheux tombait souvent à son domicile, il ne voulait voir personne et ne voulait pas aller en maison de retraite. Il a pu rester à son domicile car tous les soirs une dame en promenant son chien regardait par les interstices des volets si le Monsieur n'était pas tombé, s'il était bien dans son lit. C'est l'utilisation du bénévolat tel qu'il est conçu en Angleterre.

Pourrait-on faire la même chose chez nous ? Pourquoi pas ? Tous les jours il y a des expressions du bénévolat, ne serait-ce qu'avec vos relations de voisinage. Notre bénévolat n'est peut-être pas assez structuré ; on a des efforts à faire. On a aussi des bénévoles qu'il faudrait former à prendre en charge de façon plus efficace sur un certain nombre d'aspects de la vie de la société. M. Gaucher va pouvoir rebondir sur ce que je viens de dire.

**M. GAUCHER** - Un premier élément : je parlais tout à l'heure de potentialités au niveau individuel ; il y en a aussi beaucoup au niveau collectif, au niveau social. Je pourrais témoigner du point de vue de certains étudiants de « l'Université Tous Ages », qui se disent nantis, bénéficiant d'un temps libéré par le passage à la retraite et qui disent « On a envie de s'engager, de

prendre les moyens de cet engagement et de mettre cette compétence, cette disponibilité qui sont les nôtres à la disposition d'un certain nombre de personnes qui en ont besoin. » ; ces personnes pouvant être des plus âgées ou des plus jeunes.

Il y a des potentialités de solidarité sociale qui existent, qui sont nombreuses mais que parfois on oublie de regarder quand on met en place des dispositifs.

Du point de vue de la formation, on est en écart gigantesque dans un pays latin comme le nôtre par rapport aux pays anglo-saxons ; ce n'est pas le lieu ici de développer les éléments culturels qui sous-tendent ces différences, mais on a à gagner en termes d'actions bénévoles et solidaires à se donner les moyens de cette action. La formation fait partie des exigences qui devraient être nécessaires pour tout engagement bénévole.

Encore une fois on fonctionne avec son cœur quand on est bénévole. Mais quand en plus on a une tête qui est au service du cœur, quand on a des connaissances qui permettent de réguler, de compléter, d'affiner d'une certaine manière les aidants du cœur cela va beaucoup mieux. C'est l'esprit de la formation ; ce n'est pas partir de zéro, c'est au contraire partir de ce mouvement de bénévole, de ce mouvement au fond de la personne.

**M. TURBET DELOF** - L'association est essentiellement composée de bénévoles. Environ 300 bénévoles assurent le suivi de personnes âgées, soit à domicile, soit en collectivité. La difficulté que l'on rencontre de plus en plus est d'avoir effectivement des bénévoles qui puissent être confrontés à de nouvelles situations, c'est-à-dire à des personnes de plus en plus lourdes psychiquement, même à domicile ; cela rejoint la réflexion de tout à l'heure. L'aspect formation est donc très important. C'est une nouvelle intervention qui est difficile à réaliser ; cela rebute beaucoup de bénévoles potentiels. Cet aspect formation est très important.

Au niveau de la société, l'action du bénévolat est beaucoup plus reconnue qu'elle ne l'était auparavant. Je prends pour exemple le fait qu'il y a quelques années les ASSEDIC menaçaient les gens de leur supprimer leurs ressources s'ils faisaient du bénévolat. Aujourd'hui, il est reconnu au contraire comme une expérience qui peut servir à valoriser un curriculum vitae et à trouver un emploi.

Par contre, ne mélangeons pas tout et faisons attention à ce que le bénévolat ne pallie pas le manque de personnels. (*Applaudissements*)

**Intervenante n° 5** - Sans nier le bénévolat, y a-t-il un espoir de voir un jour les problèmes liés à la vieillesse pris en charge comme la maladie, la maternité, etc., c'est-à-dire devenir un droit ? On en doute en voyant le sort qui a été réservé à l'APA. (*Applaudissements*)

**M. de MONTGOLFIER** - C'est ce que l'on appelle le cinquième risque !! Merci.



**Intervenante n° 6** - Au sujet du bénévolat, beaucoup de choses m'ont choquée. Vous avez dit par exemple « *En Angleterre on regarde par les interstices du volet.* » Croyez-moi, on est dans une association ADMR, dans une petite commune, on n'a pas peur de prendre un vélo, de porter le pain le dimanche matin ou le journal à tout le monde. La connaissance de l'autre est là. Notre association tourne. Si les grands hôpitaux nous renvoient les malades le lendemain, qui les prend en charge ? C'est l'ADMR, c'est l'aide à domicile, c'est le service de soins qui manquent justement d'infirmières et d'aides soignantes pour nous aider. Quand ils sont complets, à qui remet-on les personnes ? Au service qui est là. « Occupez-vous en ». Et on dit à la longue qu'on est fatigués.

Après trente ans de bénévolat, croyez-moi on est là et on espère continuer encore pour faire voir à certains que l'on existe. (*Applaudissements*)

**M. de MONTGOLFIER** - Merci.

**Mme HULLIER** - Excusez-moi, Madame. Il n'était pas du tout question de remettre en cause ou de nier le bénévolat qui existe en France. Je voulais simplement dire que dans les pays anglo-saxons il existe une culture où le bénévolat fait force de loi et où, dans tous les plans d'aide pour les personnes âgées, il y a forcément du bénévolat. Bienheureusement en France l'ADMR fait cela dans les zones rurales. Il y a aussi quelquefois du bénévolat qui s'exerce dans les zones urbaines mais ce n'est pas de façon aussi officielle et aussi structurée comme en Grande-Bretagne. C'était simplement ce que je voulais dire avec mon exemple.

**Intervenante n° 7** - Je voudrais que l'on évoque également la précarité également chez les personnes handicapées vieillissantes. Nous ne l'avons pas vraiment évoquée aujourd'hui. Je parlerai plus facilement des personnes handicapées atteintes d'un handicap mental qui, tout au long de leur existence, ont bien souvent été en institution et qui, à 60 ans, vont devoir par exemple quitter un CAT. Ceci va entraîner pour elles la perte de l'hébergement puisque la condition d'hébergement est liée à la mission en CAT en règle générale. C'est une population qui également va être frappée de précarité car il n'y a pas vraiment d'établissements prévus pour les accueillir au moment de la retraite.

Quel accueil, quelle prise en charge, quel personnel ? Du personnel soignant ? Du personnel éducatif pour des personnes qui, à 60 ans, vont se retrouver éventuellement admises dans des maisons de retraite où l'âge moyen est de 85 ans ?

Là aussi il y a un risque de précarité.

**M. TURBET DELOF** - Les questions sont exactement les mêmes que celles qu'on relevait tout à l'heure par rapport aux personnes qui ont vécu des situations de grande précarité. A mon avis, il est faux de dire que la maison de retraite est systématiquement la seule réponse aux

personnes qui arrivent à 60 ans. En tout cas, c'est une problématique qui est vraiment à pointer au niveau des associations (le mouvement qui rassemble les citoyens librement et leur permet d'agir et d'innover). Pour celles qui s'occupent de personnes âgées et de personnes handicapées il y a eu des démarches au niveau national, pour faire des propositions. Des collectifs ont été créés et un certain nombre d'expérimentations sont lancées.

Le problème est que lorsqu'on parle d'expérimentation cela veut dire « début », donc très peu de réponses. Mais je ne pense pas que la maison de retraite, telle qu'elle existe aujourd'hui, soit un outil de réponse adaptée pour cette population comme pour les autres populations que l'on a évoquées.

**Même intervenante** - J'en suis également convaincue. J'ai oublié de préciser une chose dans mon intervention : bien souvent ces personnes handicapées mentales vieillissantes vont se trouver elles-mêmes confrontées aux problèmes de parents qui sont vieillissants et ne peuvent absolument plus accomplir le rôle d'aidants qu'ils ont eu toute leur vie.

**M. de MONTGOLFIER** - Merci beaucoup. Nous continuons à faire tourner le micro.

**Intervenante n° 8** - Je voudrais revenir sur la question des personnes âgées immigrées vieillissantes. On a vu dans le reportage tout à l'heure des personnes immigrées qui vieillissaient. Ces personnes vont certainement plus tard devenir également dépendantes. Elles ne pourront plus rester dans leur foyer. Où vont-elles aller ? Est-ce que ce sont des personnes qui sont admises dans les services médicalisés type long séjour ? Quelle réponse d'un point de vue culturel et sociologique pourrait-on imaginer pour cette population ?

**M. MEGARD** - C'est une question à laquelle je me suis intéressé avant cette table ronde. J'ai des réponses différentes. Dans un foyer Aralis, où il y a une grande majorité de variables d'immigrés vieillissants, quand j'ai posé la question de la survenue de la perte d'autonomie et de la dépendance j'ai entendu « Oh, on a le service d'urgence ».

Par contre, dans le foyer SONACOTRA de St-Cyr, j'ai pu longuement discuter avec les pensionnaires, avec la Directrice. La dépendance commence à se poser pour certains, par exemple un pensionnaire qui devenait incontinent, avec tous les problèmes culturels de rapports que cela peut poser avec de jeunes femmes, aides à domicile. La solution que cette Directrice, très proche du terrain, proposait et à laquelle j'ai réfléchi se rapproche de ce que François-Xavier disait pour les malades mentaux : il faut envisager certainement, étant donné la difficulté des maisons de retraite à les recevoir, de transformer une partie des foyers en médicalisation, en maison de retraite elle-même. Ceci malgré toutes les difficultés de mettre des populations spécifiques ensemble, d'abandonner le mélange social, mais en réfléchissant c'est une des choses à faire.

**M. de MONTGOLFIER** - Il nous reste cinq minutes avant la conclusion. Nous pouvons prendre deux questions.

**Un intervenant** - Je suis responsable du développement social à la SONACOTRA et je voudrais réagir à la question qui vient d'être posée et à la réponse qui a été donnée. Le problème du vieillissement est une des problématiques principales sur lesquelles on réfléchit. A la SONACOTRA on a organisé le 30 janvier dernier une journée sur cette thématique à laquelle participait d'ailleurs Mme Huillier.

La solution que le Docteur Mégard préconise ou envisage peut être une solution. Je voudrais préciser que l'accueil pour le moment à la SONACOTRA est sur le maintien à domicile ; ce n'est pas parce que l'idéologie est dominante mais parce que c'est à notre sens un des moyens d'inscrire ou de réinscrire les travailleurs immigrés dans le droit commun. C'est plus en termes d'accès aux droits de ces personnes qu'en termes d'idéologie quelconque.

Le deuxième point que je voudrais resituer est l'accès aux maisons de retraite des travailleurs immigrés, au-delà des difficultés qu'ils peuvent avoir à accepter d'aller en maison de retraite. Quand on regarde d'un peu plus près, on peut se dire que toute personne âgée a beaucoup de difficultés à aller en maison de retraite, car cela veut toujours dire « rupture », que l'on soit immigré ou pas. Au-delà de cela, une des principales difficultés est justement ce qui a été évoqué au niveau de l'aide sociale. Vu le niveau des revenus moyens de ces personnes, pour accéder aux maisons de retraite, en général pour une grande majorité d'entre eux sinon pour la totalité, il faut avoir accès à l'aide sociale. Or, on a vu les difficultés que cela soulevait.

Je pense que là encore il ne faut pas tout mélanger. Il y a certainement des aspects culturels à prendre en compte, mais pour des personnes âgées qui ont vécu dans la précarité (un intervenant rappelait ce matin qu'il y avait encore 20 % des personnes âgées qui vivaient chez elles sans aucun équipement sanitaire, ce qui n'est pas le cas des travailleurs migrants qui dans les foyers ont au moins le sanitaire et l'eau au robinet. Il ne faut pas tout mélanger), on va avoir dans les cinq années à venir à élaborer des réponses qui pourront, à mon avis, être très variées.

La solution est là : à la fois aménager un certain nombre d'unités de vie dans les foyers mais aussi continuer le travail de collaboration avec les maisons de retraite car pour certains cela peut être la solution. Un peu comme cela a été évoqué tout au long de la journée : bien considérer que les travailleurs immigrés sont des individus, avec des parcours individuels ; la solution, pour qu'elle soit la meilleure possible, doit prendre en compte ces individualités sans englober tous ces gens dans une espèce d'homogénéité culturelle.

**M. de MONTGOLFIER** - Merci beaucoup, Monsieur. Ce sera le mot de la fin.

## CONCLUSION DE LA JOURNÉE

*Dr. Paul-Henri CHAPUY*

Bonsoir. Je voudrais tout d'abord renouveler les excuses de R. Hugonot. Il est de tradition qu'il présente la conclusion et ceux qui le connaissent apprécient l'humour, le dynamisme et la passion qu'il met dans ses conclusions. Je ne pense pas le remplacer mais, malgré tout, je voudrais essayer de tirer les conclusions de cette journée.

Cela est d'autant plus difficile que dans nos réunions antérieures on parlait des personnes du grand âge ; aujourd'hui l'éventail s'est élargi ; si on prend le vieillissement dès l'âge de 20 ans, on a le sentiment que nos réunions de gérontologie risquent de couvrir l'ensemble de la vie.

Ceci dit, il est difficile de faire une synthèse car des éléments de communication de ce matin ont été repris ce soir. Je voudrais prendre dans l'ordre des exposés les points qui m'ont marqué.

J'ai été très intéressé par la communication d'Olivier Zeller. En prenant les différents points de précarité qu'il a évoqués, on se demande si on n'est pas toujours au XVIII<sup>e</sup> siècle. Je prendrai trois exemples.

Il a parlé de la précarité par rapport au lieu de domicile. Il a dit qu'on perdait un statut social lorsqu'on n'avait plus de domicile. Pour une personne âgée qui quitte son domicile, il y a une errance. Cette errance, cette précarité existent aujourd'hui en 2003, pour les personnes âgées qui ne peuvent pas rester à domicile. Entre l'arrivée en service d'urgence et l'entrée dans une maison de retraite, il y a parfois trois, quatre ou cinq établissements ; on est dans le cadre d'une précarité qui existait, semble-t-il, au XVIII<sup>e</sup> siècle.

Un autre point qui m'a beaucoup intéressé est la précarité par rapport à la situation sociale des personnes, notamment dans le monde rural. Il a évoqué à la fin la part famille et la part institution. Aujourd'hui les choses ont peu changé entre la notion de travail et de validité.

Je voudrais rappeler un point important, même si on peut le discuter et le contester : ma remarque concerne les gens de 70 ans pour qui le handicap, et donc la source de dépendance, est d'origine médicale. Il y a quelques mois je faisais une conférence sur le vieillissement et je parlais du vieillissement normal, physiologique. A la fin de l'intervention beaucoup m'ont dit « Pourquoi est-ce que vous ne parlez pas de l'Alzheimer ? ». C'est comme si on avait fait une conférence sur l'adolescence en ne parlant que de la pathologie. On peut parler du vieillissement sans forcément parler de pathologie.

On est gêné par une vieille notion qui rattachait toutes les pertes à l'âge ; la diminution de la vue, de l'audition, l'incontinence, les pertes de mémoire, c'est l'âge ; c'est quelque chose de physiologique. Or on se rend compte aujourd'hui que la plupart des handicaps quels qu'ils soient, sont liés à une cause médicale, qu'il s'agisse de problèmes de vue, d'audition, d'incontinence. Même s'il n'y a pas toujours la solution au problème, on peut penser (Mme Huillier l'évoquait) que l'on peut retrouver un vieillissement harmonieux, réussi, le jour où on pourra essayer de traiter l'ensemble de ces pathologies.

Notre historien évoquait aussi la précarité de la veuve. Chacun d'entre vous sait qu'aujourd'hui une veuve peut être en précarité financière ; ce n'est pas la peine de le nier. Donc on retrouve des notions liées au XVIII<sup>e</sup> siècle. On le voit, les choses ont peu changé.

Une chose m'a surpris et cela a été évoqué en deuxième partie : on a beaucoup parlé de précarité - pauvreté. On a seulement évoqué la précarité affective et la précarité psychologique. Il est évident que la demande que l'on fera aux aidants - et Jacques Gaucher l'a très bien dit - ne sera pas la même suivant les possibilités de chaque aidant.

Michel Bon d'emblée a dit qu'il ne parlait pas du vieillissement des gens âgés. Il a parlé des SDF et a dit « Je ne sais pas comment ils vieillissent ». Ma question est (et elle a été évoquée après) : peut-être qu'ils ne vieillissent pas et qu'ils décèdent avant. Mais personne n'a la réponse du vieillissement de ces personnes qui sont marginales, tout au moins par rapport aux autres.

M. Bon a évoqué également la notion de temps. Quand on réfléchit sur le temps du sujet âgé dépendant, notamment sur un plan psychique, on peut se demander si le temps haché du SDF ne recoupe pas par moments le temps du malade Alzheimer.

Tout à l'heure on a également dit : précarité = exclusion ; la précarité peut conduire à l'exclusion. Si l'on reprend dans les maladies, la maladie d'Alzheimer est le type même de la maladie qui peut conduire à l'exclusion.

Concernant l'intervention de M. Claverane, deux points me paraissent importants. Tout d'abord, il a dit qu'on avait 7,6 maladies par personne et il a fait allusion au PMSI (Programme Médicalisé du Système Informatisé) sur lequel la plupart des grandes enquêtes se basent pour définir l'état de santé. Il faut être très prudent.

Le PMSI n'existe qu'à l'hôpital et ne reflète pas l'ensemble de la population. Peut-être aussi, face à des maladies, faut-il faire la part de ce qui est maladies sévères, évolutives, graves ou maladies qui justifient moins de prise en charge. Également, si l'espérance de vie, dans nos pays européens et notamment en France, est importante, c'est peut-être aussi parce que les personnes sont traitées relativement tôt ; il y a prévention et traitement curatif.

Il faut séparer les anomalies biologiques. Si quelqu'un a un taux de cholestérol élevé, faut-il le traiter ou pas ? Peut-être que le traitement qui va rentrer dans les dépenses de l'assurance maladie sera un élément préventif, et éviter peut-être des complications cardiovasculaires ?

Ce qui m'a frappé c'est le problème des malades et de leur remboursement. Dans l'ensemble, si on prend la tranche d'âge la plus élevée, après 75/80 ans, j'ai plutôt le sentiment, par expérience professionnelle et actuelle, que l'ensemble de cette population âgée est plutôt mal soignée, mal traitée au niveau des médicaments et qu'il y a une maltraitance médicamenteuse qui est assez importante. On a évoqué les difficultés pour trouver des aides soignants, mais les difficultés de prise en charge des actes de rééducation (kinésithérapie, psychothérapie) sont évidentes alors qu'il existe des kinésithérapeutes et des psychologues, ce qui montre que la carence des personnels n'est pas la seule cause de l'insuffisance thérapeutique.

Il y a une phrase que j'ai trouvée amusante. Michel Bon a dit « *La psychiatrie n'est pas une maladie* ». C'est un point de vue intéressant. A ce moment-là que les psychiatres ne demandent plus de prise en charge sanitaire et qu'elle revienne à la gériatrie, puisqu'il souhaite que la psychiatrie quitte le versant sanitaire. Mais je plaisante !!

Dans la table ronde qui était très instructive et très riche, deux choses m'ont marqué. En premier lieu, on a beaucoup discuté sur le maintien à domicile ou pas. Je rappelle (cela a été évoqué par notre animateur) le rapport Laroque. Je suis un de ceux qui l'ont vécu en 1962. Je rappelle les trois axes prioritaires de ce rapport que l'on a peut-être oubliés aujourd'hui, depuis près de quarante ans :

- la retraite à la carte, ce que dans les 15/20 années on est arrivé à peu près à trouver ;
- un minimum vieillesse garanti : c'est à peu près généralisé actuellement ;
- un troisième point disait que le maintien à domicile coûtait moins cher. On a vécu pendant des années sur cette notion du maintien à domicile moins cher, ceci au détriment du développement des structures d'hébergement dans leur sens large. Si les structures d'hébergement aujourd'hui ont beaucoup de mal à vivre financièrement avec des prix de journée très bas, c'est parce que, même aujourd'hui encore, on a encore cet esprit du rapport Laroque (les plus anciens s'en souviennent, mais même les plus jeunes vivent encore dans cette culture, le maintien à domicile coûte ou coûterait moins cher, ce qui est intéressant pour les organismes financeurs).

Le deuxième point concerne le placement. Jacques Gaucher a tout à fait raison de rappeler que le terme de placement n'est pas très bon. On déplace un objet et non une personne.

Mme Huillier l'a bien dit, la majorité des personnes souhaite rester chez elles et souhaite mourir chez elles.

Cela a été dit, je ne me fais que l'intermédiaire pour vous le rappeler. Il y a peut-être la préparation à la séparation géographique, séparation qui peut être aussi une préparation à la séparation définitive. Ce sont les accueils de jour et l'hébergement temporaire. On peut « tester » les possibilités et de la personne âgée et de la famille. Cela a été dit et c'est vrai, il y a des personnes qui sont mieux à domicile, même si les conditions d'environnement ne sont pas très bonnes ; il y a d'autres personnes qui sont mieux en institutions, la vie collective, la vie communautaire leur conviennent mieux.

Il n'y a pas de règle générale pour ce type de choix qui est très souvent le seul fait de la famille ; je pense aux grabataires dépendants psychiques, qui eux n'ont plus beaucoup la possibilité de faire un choix.

Le dernier point sur lequel je voudrais revenir est l'intégration et la cohabitation. Une des réticences notamment des familles ou des personnes elles-mêmes en maison de retraite est que l'on dit « *Il n'y a que des vieux* » ou « *On va me mettre chez les fous* ». C'est parce qu'au niveau d'une certaine idéologie on veut mélanger les jeunes, les vieux, les malades avec atteintes physiques et psychiques, qu'on a l'impression de ne plus savoir où l'on va. Bien qu'il semble que sur un plan idéologique il y ait des réticences, la séparation me paraît souhaitable.

Beaucoup d'entre vous connaissent la séparation des résidents qui présentent un Alzheimer et les autres. Aujourd'hui, dans la plupart des pays européens ou Nord-américains, l'idée est de faire des unités orientées vers l'Alzheimer, non pas pour les exclure et les abandonner mais pour les prendre en soin différemment. Il est évident que lorsqu'on met son père, sa mère ou sa femme en établissement, on n'aime pas bien que le voisin vienne se coucher dans son lit, vienne manger son repas. Par contre, si on a des personnes de dépendance un peu identique, la tolérance est meilleure. Je crois là me faire le témoin de ce que dit Robert Hugonot sur le fait qu'il faut savoir recréer des « maisons de tolérance » pour ces personnes. Elles ne peuvent se faire que si on ne garde pas l'idéologie de faire une cohabitation qui n'est souhaitée à mon sens ni par les familles ni par les malades.

Je parle bien du malade car la dépendance qu'elle soit physique ou psychique est liée à une maladie.

Je vais terminer par une remarque de Jacques Gaucher qui me paraît tout à fait importante : ne pas apporter les réponses avant que les questions ne soient posées. Ne pas apporter des réponses toutes faites. Ce qui m'a frappé le plus dans ma pratique a été de constater qu'en

écoutant les personnes ou leurs familles, dans les questions qu'elles posaient elles apportaient leurs réponses.

Donc si on est suffisamment attentif à l'écoute de la famille et des personnes âgées, on n'a même pas à se creuser la tête puisque d'emblée elles apportent la réponse. Il serait souhaitable que les organismes de tutelle (la CRAM va dans ce sens) partent, non pas des textes du haut, car les gens ne connaissent pas toujours les problèmes, mais partent de ceux qui travaillent sur le terrain, partent des familles qui connaissent les véritables problèmes.

Voilà ce que je voulais vous dire sans être trop long car il était convenu qu'on ne dépasserait pas 17 heures. Je vous remercie et vous rappelle que la réunion prochaine, la 70ème journée régionale se tiendra à Annecy le mardi 19 novembre 2003 sur le thème « **Problèmes difficiles en fin de vie** ». Vous recevrez les programmes selon le schéma habituel. Merci beaucoup et bon retour à tous. (*Applaudissements*)