

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Membres

Pr. P. ALLAIN	Pr J.-B. GARRÉ
Dr P. ANGLADE	Mme M. GAUDIN
Dr F. AUMJAUD	Dr B. GOHIER
Dr J. BARRÉ	Pr D. LE GALL
Pr O. BEAUCHET	Dr E. LEJARD
Mme E. BRUSSON	Dr J.-P. LHUILLIER
Pr V. CAMUS	Dr A. MOUSELER
Dr H. CAUSERET	Mme S. NICOLEAU
Dr D. CHAMBELLAND	Dr M.-P. OMBREDANE
Dr D. DENES	Dr D. PELTIER
Dr A. DESORMEAUX	Dr M. QUINTARD
Dr V. DIQUERO	Dr S. RICHARD-DEVANTOY
Pr F. DUBAS	Dr D. ROBERT
Dr F. ETCHARRY-BOUYX	Dr E. VASSEUR
Dr A. FARRAI	
Dr L. FLOCH	
M. B. FROMAGE	

Inscriptions et renseignements :
P. FROC 06-83-85-48-54 pafr@lundbeck.com

Cette journée est organisée avec le soutien des laboratoires

LUNDBECK/BMS-OTSUKA
EUTHERAPIE/ASTRA-ZENECA

Le fichier utilisé pour vous communiquer le présent document est déclaré auprès de la CNIL. En application des dispositions de la loi « Informatique et Libertés » modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression auprès du Pharmacien Responsable de notre laboratoire pour les données à caractère personnel vous concernant.

8^{ème} Rencontre de Géronto-psychiatrie et de Psycho-gériatrie en Anjou

Jeudi 06 octobre 2011

« Les violences à l'âge avancé »

Greniers Saint Jean
Rue Gay Lussac – ANGERS



COMITÉ D'ORGANISATION

Pr Jean-Bernard GARRÉ, Psychiatrie – CHU Angers
Pr Olivier BEAUCHET, Gérontologie clinique – CHU Angers
Dr Frédéric AUMJAUD, Association des Psychiatres Ligériens
Dr Mireille QUINTARD, Psychiatrie – CESAME Ste Gemmes-sur-Loire

MATIN

9h00 : Accueil

Professeur **J.-B. GARRÉ**, CHU Angers
M. **G. SALAÜN**, Directeur Général CESAME Ste Gemmes/Loire
Professeur **J.-P. SAINT-ANDRÉ**, Doyen de la Faculté
de Médecine d'Angers
Professeur **D. LE GALL**, Doyen de la Faculté des Lettres
et Sciences Humaines d'Angers

Présidents : Professeur **O. BEAUCHET** et Professeur **J.B. GARRÉ**

9h30 :

Docteur **S. RICHARD-DEVANTOY (CCA Psychiatrie – CHU d'Angers)**
Perspectives psycho-pharmacologiques des conduites
suicidaires du sujet âgé.

10h15 :

Professeur **O. RODAT (PU-PH Médecine Légale, CHU de Nantes)**
Violences aux personnes âgées.

11h00 :

Pause

11h15 :

Docteur **M. VOYER (CCA Psychiatrie, CHU de Poitiers)**
La personne âgée comme justiciable : expertise pénale et
personnes âgées.

12h30 : Déjeuner libre

APRÈS-MIDI

Présidents : Docteur **F. AUMJAUD** et Docteur **M. QUINTARD**

14h30 :

Docteur **J. MARIE D'AVIGNEAU** et l'Unité Mobile de
Géronto-psychiatrie (Chef de service de Gériatrie, CH de Cholet)
Prise en charge des actes hétéro-agressifs au sein de
l'institution.

15h00 :

Mme **C. POCHÉ - Association Passage**
Qu'est-ce qui fait violence au domicile ?

15h45 :

M. **L. GUIRLINGER (Philosophe – Angers)**
Les violences morales subies par les personnes âgées
comme dénis et dénégations de leur humanité.

17h00 : Fin

Des vieux que l'on maltraite ?

Pr Olivier RODAT
I.M.L CHU de NANTES
Université de Nantes.

« Quiconque sera reconnu coupable de violence sur ses parents, sera d'abord banni à perpétuité de la ville dans une autre contrée et se verra interdire tous les temples » Platon.

« Si vous êtes américain de plus de 65 ans, que vous avez eu la chance de ne pas avoir été un enfant battu, de ne pas avoir été une femme battue, alors il vous reste 10 chances sur 100 d'être un vieillard battu » Council of Scientific Affairs 1987

I) Définition de la maltraitance aux Personnes âgées.

La violence se caractérise par tout **acte** ou **omission** commis par une personne, s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière.

Conseil de l'Europe 1990.

« On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée »

Définition de l'OMS,
déclaration de Toronto 17 novembre 2002

Réseau international pour la prévention de la maltraitance aux personnes âgées. INPEA.

(The International Journal of Victimology 2006 4 1-9)

Même si les réponses juridiques sont équivalentes il n'y a pas de parallélisme entre la situation de l'enfant qui a, théoriquement, le temps devant lui et la personne âgée dont l'avenir est mortifère.

La prise en compte de cette maltraitance est récente même si Shakespeare avait déjà levé le voile dans Le Roi LEAR (acte 2-scène 3) confiant à sa fille Cordelia:
« I am mightily abused. I should even die with pity.. »

Le problème devient émergent dans les années 70 aux USA et il faut attendre les années 85-90 en France.

Le National Center of Elder Abuse (NCEA)
et le National Elder Abuse Incidence Study (NEAIS)
ont standardisé les définitions en séparant:

↳ les ***abus*** physiques, sexuels, psychologiques et financiers

↳ des ***négligences*** par abandon, défaut de soins voire par auto-négligence.

(National Aging Resource Center on Elder Abuse - Washington DC 1990)

II) Epidémiologie des maltraitances

La première publication date de 1975

« Granny Battering » BMJ 1975, 5 - 592
BURSTON G.R.

En France le premier travail sur le sujet est
la thèse de Mme N.DESFOSSEES-TOSTIVINT
« Sévices aux Personnes âgées: problèmes médico-légaux »
Université de Nantes Pr O.RODAT 1988.

⇒ 4% des plus de 65 ans sont victimes de maltraitance
*Gardner K (US House of representative select committte
on aging 1981)*

⇒ 1% de 342 personnes de plus de 65 ans choisies au hasard
ont admis avoir été victimes de maltraiances, financières
dans 50% des cas.
(G. Gioglio Department of Human Services Trenton NJ 1983)

⇒ 10% des plus de 65 ans sont victimes de maltaitances
(C. Clark J.Tenn. Med. Assoc 1984 77)

⇒ 2000 personnes enquêtées: 4% disent avoir été maltraitées
par leur famille à domicile dont 2,5% financièrement
et 1,4% psychologiquement (Canada).
(E. Podnieks J. Elder Abuse Neglect 1992 4 5-58)

**La première grande enquête date de 1996
(National Elder Abuse Incidence Study)**

**551.011 personnes de 60 ans ou plus dont
402.287 Abus et
182.368 Négligences sur une période d'un an.**

**Etude faite sur 20 comtés permettant
une estimation nationale annuelle.**

**Les cas rapportés par les services de protection des
adultes ont crû de 150% de 1986 à 1996 alors que
la population concernée n'a augmenté que de 10%.**

Relevé effectué sur 50 états:

472.813 cas rapportés

auto-négligence: 39%

négligence de l'aidant naturel : 19%

abus financiers : 13%

abus physiques :11%

abus psychologiques :7%

abus sexuels :1%

56% de femmes (65% caucasiennes - 17% noires
et 10,5% hispaniques)

Teaster PB

The 2000 survey of State Adult Protective Services

National Center on Elder Abuse 2000 Washington DC.

La prévalence en France est difficile à estimer, elle est évaluée entre 5 et 6% pour la population de 60 ans et plus (1,2% à 15%) mais à 15% après 75 ans.

Cela représente environ 657.000 personnes....

(A.M DUROCHER Presse Med 2000 ; 29 880-4)

Statistiques des Urgences Médico-judiciaires de Paris

du 1/1/02 au 31/12/02

16.419 victimes de C et B.

- ↳ dont 186 personnes de plus de 70 ans (1,2%)
121 femmes (65%) 167 agressions dont 2 sexuelles.
- ↳ CBV avec vol dans 45% des cas, 15% d'agressions sans vol.
- ↳ dans 23% des violences familiales, l'auteur est un descendant dans 63% des cas et le conjoint dans 33% des cas.
- ↳ 18% de fractures.....

B.BECOUR et coll.

Journal de Médecine Légale Droit Médical 2005 48 375-8

Réseau ALMA: progression du nombre des appels reçus

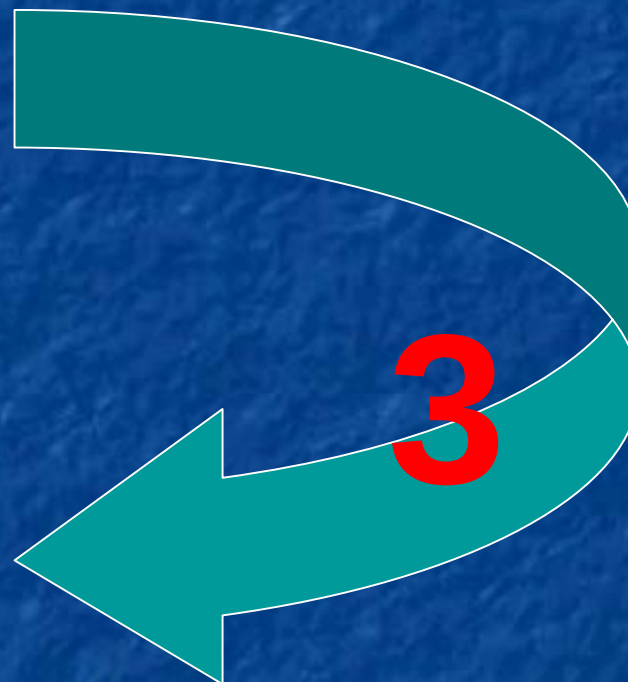
6	95/96	1634
7	97	2118
10	98	3028
16	99	4216
21	00	5327
25	1	5796
30	2	7366
39	3	9467
47	4	10966
55	5	10895
52	6	11308

(x8,7)



Réseau ALMA: progression du % de maltraitance / appels reçus

1995/96	21,70%
1997	30,80%
1998	47,50%
1999	49,00%
2000	64,00%
2001	64,58%
2002	68,00%
2003	50,00%
2004	42,00%
2005	39,55%
2006	47,14%



Repérage des formes principales de maltraitance
ALMA France 2004 à **domicile** et en **institution**

Physiques	14%	11%
Psychologiques	20%	14%
Financières	6%	21%
Médicales	7%	5%
Négligences	23%	12%
Civiques	7%	8%
Voisinage	0%	4%
Pas de Maltr.	21%	1%

III) Inventaire des maltraitances

L'inventaire des violences dépasse l'imagination la plus fertile...

↳ Les **ABUS** supposent une action directe et volontaire.

- Physiques: coups...contention
- Psychiques: intimidations, peurs, menaces, placement,
- Sexuels.. on n'y pense pas...
- FINANCIERS++++
- Violation des droits
- Médicamenteux: le calme doit régner

Forensic Markers in Elder Female Sexual Abuse Cases

Burgess AW, Hanrahan RN and Baker T.

Elder Abuse and Neglect

Clinics in Geriatric Medicine

Guest Editor May 2005 21 (2) 399-412.

125 femmes de 60 à 98 ans (m : 78,5 ans)

82% de caucasiennes, 12% d'afro-américaines, 3% d'hispaniques et 2% d'asiatiques

Vulnérabilité physique 56/105 (48,7%)

Vulnérabilité psychique 52/115 (45,2%)

Vivant seule dans 42,5% des cas ou en « nursing home » dans 38%.

Dans 12% des cas l'agresseur utilise un corps étranger pour réaliser une pénétration. Les victimes ont dans la plus part des cas (52%) des violences extra génitales:

tête et bras dans 31%, jambes 24%, thorax 22%, abdomen 13% et autres 20%

Actes de pénétration vaginale dans 78%, orale 13% et anale dans 24%.

Dans 16/46 cas présence de sperme dans le vagin, sur l'écouvillon anal dans 5/45 et oral 1/44.

III) Inventaire des maltraitances

L'inventaire des violences dépasse l'imagination la plus fertile...

↳ Les **ABUS** supposent une action directe et volontaire.

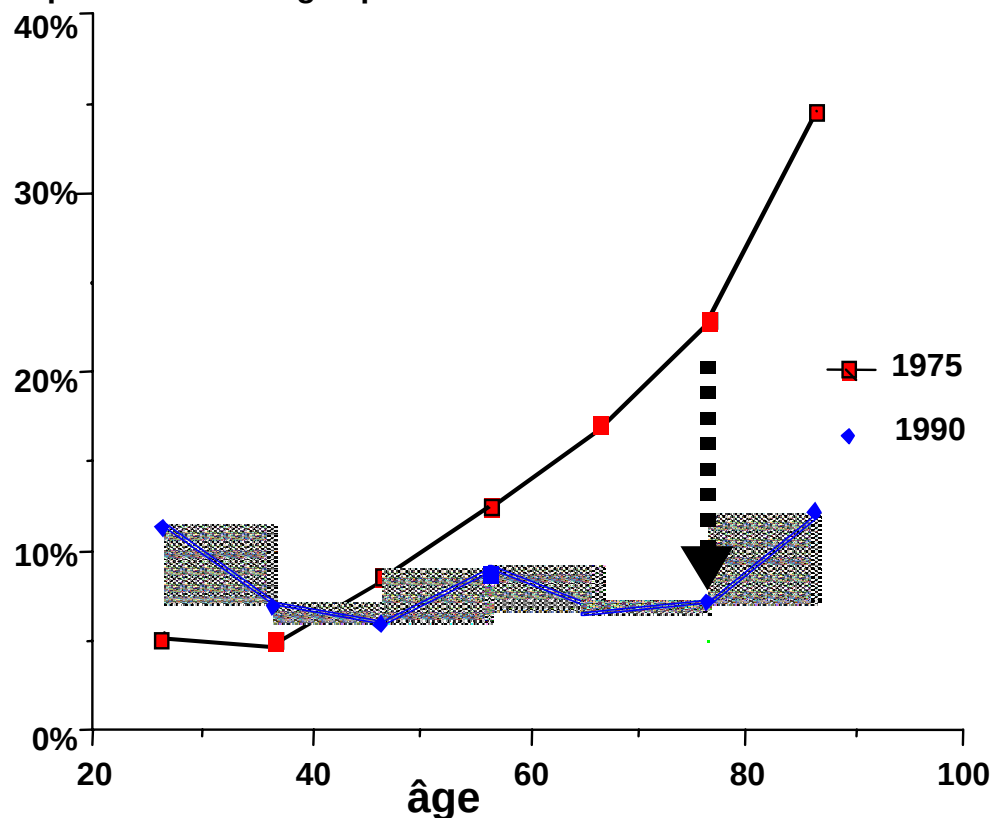
- Physiques: coups...contention
- Psychiques: intimidations, peurs, menaces, « placement ».
- Sexuels.. on n'y pense pas...
- FINANCIERS++++ 
- Violation des droits
- Médicamenteux: le calme doit régner

Le recul de la pauvreté âgée

(H. NOGUES Faculté de sciences économiques - Nantes)

ÉVOLUTION DE LA PAUVRETÉ 1975-1990-2010 ?

Proportion de ménages pauvres



Source : Enquête Revenus fiscaux

"En 1970, 28% des retraités se trouvaient en dessous du seuil de pauvreté. En 1997, ils sont moins de 5% en pareille situation."

Source : J-M. Hourriez, N. Legendre et R. Le Verre, Insee-Première n° 761, mars 2001.

Le recul de la pauvreté âgée

(H. NOGUES Faculté de sciences économiques - Nantes)

Le pouvoir d'achat d'un senior est supérieur de 30%
à celui d'un moins de 50 ans.

Ils sont 30% mais reçoivent 45% des revenus
et possèdent 66% du patrimoine.

Ils représentent 45% des achats de voitures neuves
et 70% des achats de camping-cars.

Leurs dépenses de voyages dépassent
de 27% celles des plus jeunes

La moitié des contribuables payant l'I.S.F
ont plus de 60 ans.....

L'inventaire des violences dépasse l'imagination la plus fertile...

↳ **Les NEGLIGENCES** sont plus subtiles et deviennent plus fréquentes avec l'avancée en âge. On ne peut pas les répertorier mais on les découvre en ouvrant les yeux.

- Passives: AGISME ou le racisme anti-vieux, et les préjugés dévastateurs,
- Actives: défaut de soins, d'hygiène, de nourriture...

(LACHS MS et Col J.A.M.A 1998 280 428-432)

Le suivi longitudinal d'une cohorte de 2812 personnes de plus de 65 ans sur 13 ans a montré que seules sont survivantes :

**17% des victimes de négligence
9% des victimes des autres violences.**

Il y a 40% de survivants pour le reste de la Population.

***LA MORTALITÉ EST MUTIPLIÉE PAR 1,7
POUR LES PERSONNES
AYANT SUBI DES NÉGLIGENCES ET***

PAR 3,1 POUR CELLES VICTIMES D'ABUS.

(c'est une illustration de la fragilité et de la vulnérabilité)

IV) La victime

**une femme (76%) très âgée,
il n'y a pas de déterminant, social
démographique ou racial.**

**Toutes les catégories socioprofessionnelles
sont représentées.**

**Elle est le plus souvent veuve
avec des troubles comportementaux
dans 76% des cas ou atteinte
d'une dépendance physique (95%)**

V) Le bourreau

HICKEY
Am.J.Public Health
1981 71 500-7

**Toujours un proche de la victime;
Dans une situation de 'caregiver'
Dépendant financièrement de la victime (2/3).
Dépendant pour l'habitation (1/2).
Il s'occupe de la victime depuis 10 ans ou plus.
Il est dans une situation d'épuisement psychique.**

Données statistiques ALMA France 2004

l'auteur à domicile:

Famille 69%

Entourage non F. 10%

Autres PA 1%

Personnels soignants 2%

Personnel non méd. 5%

Tuteurs 2%

autres 11%

Fils 35%

Fille 23%

Conjoint 15%

Frère/sœur 4%

Petits enf. 5%

Neveu/niece 3%

Bru/gendre 8%

Autre/inconnu 6%

VI) Les facteurs de risque de la maltraitance:

Veuvage récent : contrainte.

Objectifs irréalistes du « soignant ».

**Personnalité pathologique de l'auteur
alcoolisation, prise de psychotropes..**

**Contraintes externes: emploi, chômage,
travail féminin, habitat..**

**Augmentation brusque de la demande de soins:
crise gérontologique.**

**Histoire familiale: caractère cyclique de
 la violence mode de communication.**

Défaillances de structures d'aide   domicile

VII) Les obstacles à l'identification de la maltraitance:

Les enfants grandissent puis vont à l'école.

Les personnes âgées sont moins visibles.

Le déni des soignants (qui diminue).

**Honte de la Personne d'avouer la maltraitance par
ses propres enfants.**

Accès au domicile moins facile.

***Il existe un droit à être maltraité encore faut-il que
la Personne âgée l'ait choisi librement.***

**Le corps médical n'est pas assez informé car le
Médecin est loin du corps**

**Beaucoup de situations peuvent avoir une explication
simple(iste)**

lésions cutanées: ecchymoses,escarres, prurit..

alopécie

saignement génital

fracture

somnolence

iatrogénie

VIII) Les violences dans l'institution

Permanence du malade et des équipes: ambivalence des rôles
Malade tout à la fois victime et bourreau : *Tatie Danielle...*

Particularité de certaines violences voire pire !

ligotage, contention (A.N.A.E.S Octobre 2000)
interdiction, infantilisation, tutoiement, courrier,
dentier, lunettes, sonotone...
manque d'aide,
isolement, atteinte à l'intimité et à la dignité.

l'institution en elle même: odeur, bruit
choix des affectations, démotivation,
absentéisme et non remplacement

(Rapport de Mme Monique MALLIER C.H. Nord Mayenne)

VIII) Les violences dans l'institution

Statistiques ALMA 2007 sur 489 dossiers en institution

**Evaluation par les référents des catégories
principales de maltraitance:**

- Négligences: 25%**
- Psychologiques: 18%**
- Financière: 14%**
- Pas de maltraitance retenue: 12%**
- Physiques : 11% autres (médicales, voisinage... civiques... 20%)**

VIII) Les violences dans l'institution

Evaluation des facteurs favorisant sur 502 dossiers:

Manque de communication, d 'écoute et de parole	25%
Manque de personnel, absentéisme, changements répétés de personnel	18%
Agressivité violences	16%
Usure, épuisement, burn-out	12%
Conseil d'établissement inactif, règlement intérieur abusif	9%
Manque de moyens financiers	5%
Autres facteurs	13%

VIII) Les violences dans l'institution

Auteurs présumés sur 499 dossiers

Personnels soignants	42%
Personnel non médical	25%
Famille	13%
Autres	11%
Tuteur Curateur	3%
Entourage non familial	3%
Autres P.A.	2%

VIII) Les violences dans l'institution

Situation juridique des personnes maltraitées: (sur 406 dossiers)

Inconnue	45%
Non protégées	30%
Protégées	20%
En cours	5%

VIII) Les violences dans l'institution

Où sont-elles sur 496 dossiers

Etablissement privé	44%
Etablissement publique	36%
Famille d'accueil	4%
Autre	6%
Inconnu	10% (non déclaré)

VIII) Les violences dans l'institution

Qui appelle ALMA (714 dossiers)

La famille	40%
La P. âgée	19%
Le professionnel	20%
Autres personnes	19%

(DUROCHER A.M. Presse Med 2000 29 880-4)

MÉDECINS I.D.E. A.S. A.S.H.

S'applique	54,2	69	61,9	39,9
Ne s'applique pas	31,0	21	25,6	23,8
Cela dépend	5,4	1,2	1,2	1,2
Ne sait pas	0,6	0,0	0,6	0,6
Sans réponse	8,9	8,9	10,7	34,5

Déclaration de la maltraitance et confidentialité

210 Médecins

195 Infirmières

209 Aides-soignantes

198 Agents hospitaliers (Résultats en %)

**Les réponses juridiques et
institutionnelles
à la maltraitance des personnes âgées**

La loi et la maltraitance

Le code pénal a introduit les notions

- de **vulnérabilité** liée à l'âge, elle majore les peines de réclusion. (art: 311-12 CP),
- de **délaissement** (art: 223-3 CP), 
- de l'abus frauduleux de**la situation de faiblesse** d'une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge...(art: 311-4 CP).....

Ces notions qualifient l'acte de l'auteur et sont l'élément constitutif de l'infraction.

(actes de commission et d'omission)

La loi et la maltraitance

→ • de **délaissement** (art: 223-3 CP),

« vu l'article 223-3 du code pénal

Attendu que, selon ce texte, le délit de délaissement suppose un acte positif, exprimant de la part de son auteur la volonté d'abandonner *définitivement* la victime.. » Cass. Crim. 13 novembre 2007

Cela signifie pour la Haute Cour que ce délit n'est pas un acte d'abstention ou d'omission comme celui de faire obstacle à la venue d'une aide ménagère de plus en ce qui concerne l'intentionnalité de l'acte il doit correspondre à l'abandon DÉFINITIF.....!

C'est regrettable surtout pour les personnes âgées laissées seules l'été..

La loi et la maltraitance

le code pénal n'est pas tendre avec nos aînés:

« Ne peut donner lieu à des poursuites le vol commis par une personne:

au préjudice de son ascendant ou de son descendant

au préjudice de son conjoint, sauf lorsque les époux

sont séparés de corps et autorisés à résider

séparément »

(article 311-12 du CP)

L'immunité familiale ne s'applique pas au voleur qui deviendrait, après son acte, le conjoint de la victime !

Mais la loi du 4 avril 2006 sur les violences conjugales pose une exception au principe de l'immunité familiale
« lorsque le vol porte sur des objets ou documents indispensables à la vie quotidienne de la victime, tels que des documents d'identité ou des moyens de paiement »
**MAIS QUAND C'EST LE PETIT FILS QUI MALTRAITE
CE N'EST PAS DE LA VIOLENCE CONJUGALE....**

La loi et la maltraitance

« Néanmoins, outre les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, il n'est pas applicable:

à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives des privations ou sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à ... une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.. »

Article 226-14 C.P.

La loi et la maltraitance

« Néanmoins, outre les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, il n'est pas Applicable

à celui

au médecin qui, avec l'accord de la victime porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est...

Article 226-14 C.P.

La loi et la maltraitance

Le code pénal n'instaure pas une obligation de dénonciation. Il laisse au citoyen l'opportunité d'une décision prise en conscience et qui apparaît la mieux adaptée aux circonstances. L'essentiel surtout est de ne pas rester inerte donc de prendre une initiative quelle qu'elle soit.

(article 40 du CPP)

Abstention de porter assistance: 5 ans de prison et 75.000 € d'amende

Violation du secret: 1an de prison et 15.000 € d'amende

Mais la frontière entre la dénonciation calomnieuse et le souci de porter assistance est parfois si mince...

La loi et la maltraitance

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Article 226-14 CP.

La loi et la maltraitance

Le code civil

Les mesures de protection au titre de la loi 3 janvier 1968 portent sur les biens de la personne et constituent une réponse mais en elle même n'est elle pas source de maltraitance en privant la personne âgée de ses droits ?

La loi du 5 mars 2007, a « relooké » la loi du 3 janvier 1968, les médecins traitants sont maintenant hors du processus.....

La loi et la maltraitance

La grande nouveauté de la loi est d'introduire:

le mandat de protection future.

Ce dispositif évitant l'ouverture d'une mesure judiciaire.

(articles 477 à 494 C.C.)

⇒ Rôle de conseil des médecins

« Toute personne majeure peut désigner **une personne de confiance** qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information Nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et **assiste** aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions »

Article 1111- 5 du CSP Loi du 04/03/2002

La maltraitance et le corps social

Le comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées..... (19/11/2002).....

Charte du patient hospitalisé

Les conseils de la vie sociale en institution+++

Charte des droits des personnes âgées en institution

Réseau ALMA et AFBAH, numéro d'appel: 3977

Rôle du **Médecin coordonnateur**, ...témoin..

L'accréditation des établissements apporte un quitus de qualité et de sécurité des soins. Une fois accrédité l'établissement peut maltraiter en toute tranquillité....

Personnes âgées personnes **handicapées**



La maltraitance
est une **réalité**
il faut en **parler**

Victimes ou témoins, appelez le :

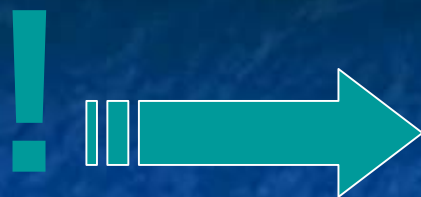


3977

Coût d'un appel local. Ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 19 h.

Des professionnels vous écoutent, vous soutiennent, vous orientent.





Le POINT
21/03/2003
N°1592
page 117

Politique anti-âge

Suisse Des conseils municipaux ont déclaré inéligibles les personnes de plus de 70 ans. Les retraités s'insurgent.



Les « dinosaures » lancent une pétition dans toute la Suisse ■

La petite bourgade de Madiswil (2 000 habitants), dans le canton de Berne, n'aurait pas quitté l'anonymat si son conseil communal, à une large majorité, n'avait, en mai 2002, exclu de la vie politique ses aînés. Au-delà de 70 ans, les anciens perdaient le droit de se présenter à une élection. C'était compter sans le

tout nouveau Conseil suisse des aînés (CSA), qui hurle à l'injustice, déposant une plainte et lançant une pétition dans toute la Suisse.

A ceux qui dénoncent les dinosaures qui s'incrument, défendant égoïstement des tickets de bus à prix réduit, le Conseil suisse des aînés oppose la générosité des anciens qui consacrent leur

temps libre à leur commune. Est-il bien raisonnable de les écarter de la vie politique alors que la population ne cesse de vieillir et l'espérance de vie de grimper ? Madiswil est devenu le nombril de la Suisse, l'affaire remontant jusqu'au Conseil fédéral (gouvernement). D'autant que d'autres communes et même 8 cantons (sur 26) ont déjà adopté très discrètement des limitations d'âge plus draconiennes. Plus question d'entrer dans les gouvernements de Berne, de Glaris ou d'Appenzell Rhodes-Extérieures après 65 ans.

C'est surtout la toute première fois que les vieux se mobilisent comme un seul homme dans le pays, criant très fort qu'ils refusent de devenir des eunuques politiques ■ **Jean Lalande (à Genève)**

Mme C. POCHÉ - Association Passage

Qu'est-ce qui fait violence au domicile ?

Intervention au congrès de géronto psychiatrie du 5 octobre

Qu'est ce qui fait violences au domicile ?

1. Domicile : un lieu qui n'est pas un lieu comme les autres

On ne peut parler de la violence au domicile sans évoquer le lieu particulier qu'est le domicile :

Le domicile n'est ni un lieu ordinaire ni un espace public ; c'est le lieu privé par excellence où le regard sociétal s'exerce le moins. Du fait de sa nature, c'est le lieu privilégié de l'exercice de la liberté individuelle.

Les lois, les réglementations concourent à protéger ce lieu et l'individu qui y réside. Un exemple qui touche particulièrement notre secteur activité c'est le seul lieu de travail qui ne peut être contrôlé.

On pourrait assimiler ce lieu à un système où les règles qui s'appliquent sont uniques. Ces règles déterminent la place de chaque membre de la famille, le pouvoir et la place de chaque acteur de ce lieu. Comme dans chaque micro société, l'histoire et la place de chacun détermine un positionnement identitaire. Cette micro société porte en elle les stigmates des moments collectifs, porteur de vie mais aussi des renoncements collectifs ou individuels, de ce fait elle n'échappe pas aux attentes inassouvies, aux frustrations, à l'amour et à la haine. L'intervention de professionnels au domicile ne peut avoir lieu qu'avec le consentement de la personne ou de la famille. Plus le contrat est clair, précis dans ses missions, limité dans le temps, plus l'intervention est acceptée. Plus l'intervention est perçue comme portant un regard social sur le mode de vie, les interactions entre les membres de la famille, le rôle dans la famille, les capacités des personnes, plus les risques de générer de l'anxiété, de l'agressivité de la violence sont grands.

Contrairement à un lieu de soins, le professionnel qui y pénètre, reçoit un laissez passer pour franchir le seuil.

2. Perte d'autonomie génératrice d'anxiété, d'agressivité de violence pour l'individu?

Notre société est dans le refus du vieillissement, on pourrait même dire qu'elle montre une certaine anosognosie sur son propre vieillissement.

Les sociétés ont été pensées et organisées en fonction d'une « pyramide » des âges. Les équilibres intergénérationnels démographiques sont bousculés et notre société est en phase adaptative.

Les règles ont été construites, autour du « grandir », du devenir citoyen, de devenir actif économique. De ce fait, la perte de capacité, la maladie, la mort sont des sujets mal portés collectivement. L'individu est porteur de cette culture collective même si l'évolution démographique nous oblige à changer notre regard et à construire notre société autrement.

Si nous pouvons espérer vivre plus longtemps (2 mois d'espérance de vie par an) et même si l'espérance du vivre en bonne santé s'allonge plus vite que l'espérance de vie, nous savons actuellement que la probabilité de vivre en perte d'autonomie est en moyenne de 22 mois. Le mythe du vieillissement en bonne santé sans perte d'autonomie, sans troubles sensoriels s'effrite quelque peu.

Dans ce contexte, être une personne en perte d'autonomie viens bousculer la personne elle-même en tant qu'individu et en tant que citoyen mais également les membres de la famille. La personne comme la famille vont devoir mettre en œuvre des processus de deuil et d'adaptation.

L'accompagnement de la mise en place de solutions adaptatives n'aura pas le même impact si elles touchent les valeurs de l'individu et son rôle social.

La perte d'autonomie est à relativiser en fonction de la perception de l'individu. Nous avons tous en tête des situations où la perte d'autonomie est d'un point de vue extérieur faible mais dont les conséquences psychiques sont telles qu'elles bloquent tout processus adaptatif et à l'inverse, des situations avec des cumuls

d'handicaps importants où l'individu et la famille font preuve d'une résilience exceptionnelle car l'estime de soi a toujours été préservée.

La survenue brutale d'un accident de santé, l'annonce d'un diagnostic ou la perte progressive de l'autonomie vont percuter l'individu ou son système social de manière forte. L'intensité de l'impact ne s'évaluera pas de manière externe mais comme le système d'évaluation de la douleur à partir du ressenti de la personne.

La mise en place de solutions palliatives pour redonner de l'autonomie physique, est intégrée dans les pratiques des professionnels. Mais nous sommes désarmés quand cela touche « l'estime de soi ». Car les outils d'évaluation ne prennent en compte que les répercussions sur l'individu hormis les signes anxio-dépressifs. Pour évaluer l'impact réel, il faut que la personne soit en confiance et qu'elle soit en capacité de partager ce qui est fondamental pour elle, cela demande également que le regard du professionnel soit un regard sans connotation social.

Pour comprendre et ne pas être dans le déni de la personne, nous nous attachons à répondre aux questions suivantes :

- Quel sens a pour la personne la perte de capacité physique et psychique ?
- Quel sens a pour la personne l'entrée en dépendance (social) ?
- Y a-t-il remise en cause des valeurs donnant du sens à sa vie ?
- Y a-t-il remise en cause de son rôle social en intra familial ou en externe ?

Quelques exemples ?:

Première situation décrite par mes collègues

- A son arrivée, Mme X accueille ma collègue sur un mode défensif/agressif. Ma collègue ressent que sa présence lui renvoi sa pathologie, sa baisse

d'autonomie. Mme X exprime le fait que si **elle vient lui rendre visite c'est parce qu'elle est « malade », sinon, je ne serais pas là**. Ce qui est exact.

Mme X dit « Vous me regardez, vous me regardez, mais qu'est-ce que vous voyez » Elle dit encore « je ne compte pas sur vous pour aller mieux », « heureusement qu'il y a des services plus efficaces que vous » **(en comparaison à son aide à domicile)**.

- Ces propos ironiques vis-à-vis de notre présence et notre profession sont dans le but de nous dévaloriser : mécanismes défensifs afin de se revaloriser et réparer son estime d'elle-même.

Que nous dit encore cette situation ?

Le simple fait de venir voir la personne revient à poser un miroir devant elle, miroir qui renvoie la personne aux difficultés qu'elle n'a pas forcément envie de voir. Nous lui retirons le choix de voir et de ne pas voir. Pour se remettre dans une position d'acteur en capacité d'agir, elle réagit sur un mode de dévalorisation de notre action professionnelle afin de se mettre en position acteur capable d'évaluer et de faire des choix.

Autre situation : Mme H : » je ne veux pas que mes enfants fassent des choses pour moi, ils ont déjà bien assez de choses à gérer ». Quand on renvoie à Mme H que ses enfants sont en difficulté parce qu'elle refuse de se faire aider et qu'ils ont besoin d'aide, elle commence à changer d'attitude. Si nous insistons sur le fait qu'elle peut les aider en acceptant de se faire aider, les interventions au domicile, le plan d'aide devient plus facile à mettre en œuvre. C'est bien sa vision de son rôle dans le système familial qui fait avancer Mme H dans l'acceptation du plan d'aide.

3. Perte d'autonomie génératrice d'anxiété, d'agressivité de violence pour les aidants informels?

Les aidants informels famille, amis, vont être associés à la prise en charge du plan d'aide. Même si le regard est en train de changer sur les aidants. Les plans d'aide sont souvent pensés en mettant la personne soignée au centre du dispositif (cela fait même partie de nos exigences qualité). Les moyens d'accompagnement que met la société face à l'entrée en dépendance demandent, pour être viables dans le temps, des aidants.

Ces derniers, qu'ils veuillent ou non être associés, vont se trouver face à une charge lourde : permanence de leurs interventions 7 jours sur 7, 24/ 24H. Pour les conjoints, cela va les mettre face à leurs capacités physiques et psychiques à porter cette situation. Notre société par sa culture et par ses lois concourent à considérer qu'il est naturel que le conjoint assume. La réalité est parfois toute autre. L'individu est-il en bonne santé ? Est-il en capacité de porter l'accompagnement de son conjoint ? Est-il ou est-elle en capacité de changer son rôle dans son couple pour avoir une attitude adaptée à la situation ? A-t-il ou a-t-elle le minimum d'informations, de formation pour assumer cette charge ?

Le vécu de l'aidant est fondamental sur la pérennité du plan d'aide et le climat de la prise en charge.

Deux exemples :

Mme J a une grande fragilité psychologique, elle est terrorisée quand on parle de maladie. Son mari l'a toujours surprotégée. M est hospitalisé, il présente une désorientation brutale dans un contexte infectieux, un diagnostic de pathologie neuro-dégénérative est posé. Madame ne vient pas voir seule son

mari à l'hôpital, elle a peur. Au rendez vous avec le service, on lui explique que tout est organisé : aide a domicile, infirmier et que Monsieur rentre le lendemain. Madame exprime qu'elle ne peut pas. On lui répond que Monsieur est sortant.

Le retour au domicile de monsieur se passe mal, madame appelle son médecin très fréquemment ; elle angoisse la nuit, appelle les pompiers. Les rapports entre monsieur et madame se tendent, cela conduit a une nouvelle hospitalisation de Monsieur.

Dans cette situation, la violence verbale qui a eu lieu a trouvé sa source dans le fait que Madame n'a pas eu le sentiment d'être entendue et accompagnée. Lors de la deuxième hospitalisation, l'échec constaté de ce retour a entraîné une culpabilisation forte de Mme qui a entraîné un syndrome dépressif.

Deuxième situation Mme F, atteinte pathologie de parkinson, nous dit :

« Mon mari casse les objets qui ont une charge affective importante pour moi, sous mes yeux »

« Il efface mes e-mails »,

« Il ignore ma présence », « il ne met pas mon assiette à table, il ne me parle pas, il part du domicile sans me prévenir »,

« Je suis simplement RIEN, car il ne me présente même pas » « une chose qu'on met là »

« Il réaménage notre logement à sa guise sans tenir compte de mes difficultés : il dépose les choses en hauteur »,

« Je m'achète un tabouret pour pallier ce nouvel obstacle et Mr me le jette au visage »

« La famille me met à l'écart », propos de Mme F pour décrire de multiples situations où l'on parle d'elle sans elle.

« Je suis obligée de demander quand je veux quelque chose »

« Je ne suis plus rentable », « je ne peux plus faire mes courses... »

Monsieur F nous dit :

« Je ne peux rien faire car mon épouse est malade » propos tenus par Mr F en présence de Mme F.

4. Perte d'autonomie génératrice d'anxiété, d'agressivité de violence pour les professionnels?

Les modes d'exercices des professionnels au domicile sont limités dans leurs missions par les modes de régulations administratives ou par leur mode de rémunération. De ce fait, le temps d'intervention est souvent limité à la réalisation d'un acte technique. Ces contraintes confrontées aux attentes fortes de la personne, elle-même dans un processus adaptatif, génèrent en eux un contexte favorable à l'expression d'une frustration qui s'exprime par de l'agressivité.

La principale différence entre un exercice en institution et au domicile est la légitimité d'intervention. Quand un patient est dans un établissement, il est dans une demande précise. Face à cette demande, il ya le poids de l'institution, de la connaissance et de la dépendance à la demande. La question de la légitimité d'intervention du professionnel se pose moins.

Cette question de la légitimité d'intervention est cruciale au domicile car elle nous est souvent renvoyée en particulier par les personnes en anosogonose : « je vais bien, vous me dites que je ne vais pas bien mais de quel droit, me dites vous cela ? »

« Mon projet est de mourir chez moi d'un seul coup et vous me refusez cela de quel droit ? Les autres sont les autres, je sais ce qui est bien pour moi ».

Les professionnels les plus exposés à ses violences sont les services d'aides à domicile/ auxiliaires de vie sociale et les professionnels infirmiers par leur présence quotidienne et parce que la nature de leurs interventions les font entrer dans l'intimité de l'individu et de sa famille.

Les auxiliaires de vie sont les personnes qui vont être en première ligne, elles ne font pas toujours l'objet des informations nécessaires pour avoir des interventions qui ne provoquent pas de violences.

Un exemple : Mme G atteinte d'une pathologie frontale avancée, en phase de déambulation.

La famille a demandé un maintien au domicile. Le plan d'aide est conséquent et la famille participe à hauteur de 1700 euros par mois en plus de l'APA. Les professionnels infirmiers du territoire ont considéré que la situation était trop complexe et qu'au regard de leurs contraintes institutionnelles, ils ne pouvaient pas participer à cette prise en charge, qu'elle relevait plus d'une institution. Pour l'instant, la famille n'en est pas là.

Lors des interventions des auxiliaires de vie sociale, la famille a des exigences fortes sur les tâches ménagères car ils sont épuisés mais madame demande une présence constante.

Que faire ? Les deux sont souvent impossibles. Quelle attitude adoptée vis-à-vis de la patiente et de sa famille ? Des situations de violence apparaissent : L'aide à domicile essaie de contenir la déambulation pour avoir du temps pour le ménage, pour aller vite dans l'alimentation. Cela provoque de l'agitation puis de l'agressivité chez Mme. La fille reproche au père de ne pas être assez exigeant vis-à-vis des aides car elle est épuisée et trouve que ce qui repose sur elle est trop lourd....

Les situations de violence et d'agressivité sont d'autant plus difficiles à gérer que les interventions se font souvent de manière isolée et que les moyens de recours en cas de difficulté sont limités, peu disponibles et longs à mettre en œuvre. -Dans un contexte où le temps de coordination n'est pas pris en compte pour les acteurs du libéral et les auxiliaires de vie sociale -.

Elles sont très in sécurisantes pour les professionnels car leur responsabilité individuelle est fortement engagée et que les contours des interventions sont flous et parfois à risque par exemple présence d'arme à feu dans le domicile.

5. Violences

L'agressivité, les violences au domicile ne sont pas différentes des violences institutionnelles mais les éléments contextuels sont plus importants. Le lieu et les acteurs en changeant l'impact et les règles ne sont pas les mêmes. Elles sont génératrices pour les aidants et les professionnels de mal être important.

6. Conclusion

Les situations de violences et d'agressivité au domicile existent et continueront d'exister. Nous pouvons surement en prévenir un certain nombre si dans nos pratiques nous intégrons des éléments d'une approche systémique :

Pour l'individu :

- Quel sens a pour la personne la perte de capacité physique et psychique ?
- Quel sens a pour la personne l'entrée en dépendance (social) ?
- Y a-t-il remise en cause des valeurs donnant du sens à sa vie ?
- Y a-t-il remise en cause de son rôle social en intra familial ou en externe ?

Pour les aidants :

- Quel sens a pour la personne l'entrée en dépendance (social) de l'aidé ?
- La personne a-t-elle les capacités physiques et psychiques de porter le plan d'aide ?
- Son implication remet-elle en cause des valeurs donnant du sens à sa vie ?
- Son implication remet-elle son rôle social en intra familial ou en externe ?

Pour les professionnels :

- **Quelle légitimité ai-je à intervenir ?**
- **Je parle au nom de qui et dans l'intérêt de qui?**
- **Mon intervention prend t'elle en compte les éléments contextuels des questions précédentes ?**

Pour les financeurs :

Comment dans les modes de financement ces situations sont-elles repérées et accompagnées ? Faire manger une personne dans ce contexte en une demi-heure est-ce possible ? Et une toilette, en combien de temps ? Les temps de coordination en inter disciplinarités sont-ils reconnus et rémunérés ?

Un des principes soutenu dans notre prise en charge est que l'âge n'est pas un critère mais un facteur de risque.

M. L. GUIRLINGER (Philosophe – Angers)

**Les violences morales subies par les personnes âgées
comme dénis et dénégations de leur humanité.**

Le recours à la violence

« Les Violences morales à l'âge avancé. »

Jeudi 6 octobre 2011. Journée de Géro-onto-Psychiatrie et Psycho-Gériatrie.

Greniers St Jean. Thème : « Les violences à l'âge avancé ».

Mon intervention de 15 h 45 à 16 h 45

« Le vieillissement lui-même est le scandale de toute existence. »

Pour bien entendre cette appréciation du philosophe Roger Mehl, dans son opuscule sur « Le vieillissement et la mort », il ne faut pas prendre le mot « scandale » en son sens le plus commun aujourd'hui, c'est-à-dire ce qui choque les bonnes mœurs et indignifie l'opinion publique, ni au sens théologique, où il désigne la malversation du péché, mais au sens étymologique. Dérivé du grec « skandalon », il est la traduction dans l'évangile grec des Septantes, du mot hébreu « mikchôl » qui signifie « ce qui fait trébucher », obstacle, pierre d'achoppement, piège. Entendez donc que Roger Mehl voit dans le vieillissement un obstacle à la compréhension, à la cohérence, à l'intelligibilité, du sens de la vie, plus particulièrement de l'existence humaine, dans la mesure où vieillir c'est, pour un être humain, non plus seulement savoir que tous les hommes doivent mourir, mais se sentir, dans sa décrépitude, entrer sous le surplomb et dans l'ombre de la mort. En cela le vieillissement tend à retirer sens et valeur à tous les engagements, à toutes les entreprises qui sont la trame de l'existence humaine. Vieillir n'est pas seulement souffrir dans sa chair, mais être profondément blessé moralement. Aussi, faire subir à des personnes âgées, des violences morales, constitue un scandale dans le scandale du vieillissement.

Pour analyser le caractère scandaleux des violences morales, peut-être n'est-il pas inutile de rappeler que la violence, quelles qu'en soient les formes, est le propre de l'homme. Nous ne parlons de violence des vents ou des flots que par métaphore et relativement à l'éventuelle destructivité de ces phénomènes, naturels et nécessaires, par rapport aux vies et aux œuvres humaines contingentes et périssables. Il en va de même pour la prétendue violence des bêtes, laquelle est en réalité aveugle à elle-même, puisque instinctive. Ni intentionnelles, ni délibérées, ni même conscientes d'elles, ces pseudo-violences naturelles contrastent en cela avec les réelles

violences que l'homme inflige à l'homme. Certes on peut trouver aux violences humaines des causes qui les expliquent : nos intérêts, nos passions, la lutte des classes, le retour du refoulé. Mais, pour emprunter une de ses formules au philosophe Emmanuel Mounier « Ces données ne deviennent de promesses que par notre adhésion et des menaces que par notre démission. » Autrement dit, il n'y a de violence que pour un être qui peut refuser la violence, c'est-à-dire pour un être humain, la violence impliquant pour ses agents la liberté qu'ils déniaient à leurs patients. S'il en allait autrement, ce colloque aurait-il une raison d'être ?

Mais de quoi parlons-nous en évoquant des violences morales ? L'expression est ambiguë. Elle ne renvoie pas à une violence de la Morale, encore que cette relation pose problème, puisque on a osé associer Kant, et son rigorisme moral, avec Sade, et les violences sexuelles, réelles et imaginaires du « Divin marquis. Mais ce n'est pas là notre problème.

Dans l'expression « violence morale », l'adjectif « moral », et non pas le substantif la Morale, qualifie ce qui est relatif à l'esprit, à la pensée, à la sensibilité, par opposition à

« matériel », « physique ». Est dit « moral » ce qui relève du domaine affectif, intellectuel, spirituel, par opposition à ce qui est d'ordre corporel, organique. Mais nous nous heurtons alors d'emblée à la question de la pertinence de ces oppositions, c'est-à-dire au dualisme qui sépare, substantiellement, l'âme du corps ! Or, au-delà de cette vieille querelle métaphysique, nous rencontrons un problème réel : celui de la spécificité de violences morales, supposées distinctes des violences physiques ? Autrement dit quelle est la consistance de la notion de « violence morale » ? L'humiliation, la dérision, l'indifférence, l'injure, sont-elles des violences ? Ou bien n'y a-t-il de violence que dans un certain usage de la force physique ? Il est vrai que l'étymologie latine du mot violence, le mot latin « vis », désigne une force en action. Et Carl von Clausewitz grand théoricien de la guerre, n'écrit-il pas : « La guerre est un acte de violence... La violence, c'est-à-dire la violence physique, (car il n'existe pas de violence morale, en dehors des concepts de l'Etat et de la Loi » ? Mais, si selon Clausewitz lui-même, « la guerre est la continuation de la politique par d'autres moyens », sa violence physique ne procède-t-elle pas des violences morales, c'est-à-dire des contraintes et des sanctions brutales de l'Etat et de la Loi, qui détiennent seuls le privilège de la violence physique « légitime » ? Il est donc vain, irréaliste, de sous estimer l'interaction entre la violence physique d'une part et la violence morale d'autre part. La guerre ne fait pas que des morts, elle fait aussi des malheureux. Et, à l'inverse les blessures psychologiques, les mensonges, les illusions, l'angoisse, le mépris, l'humiliation, la haine, font des morts, qu'il s'agisse de conflits individuels ou collectifs. Certes les guerres procèdent de la quête d'avantages matériels, territoriaux, économiques. Mais cette quête elle-même naît d'aveugles et violents désirs de domination, de puissance, et de mythiques et cruelles croyances en une supériorité raciale ou nationale. Les religions, et comme l'ont souligné hier Montaigne, Spinoza, aujourd'hui Michel Onfray, en particulier les religions monothéistes, chrétiennes ou islamiques, ont suscité et suscitent encore des guerres impitoyables ; sans oublier la violence massivement meurtrière des grandes idéologies contemporaines. Le temps des croisades n'est pas derrière nous. Plus simplement, plus communément, l'expérience nous enseigne à tous que la perception et l'intensité de la souffrance physique sont fonction du contexte psychologique, moral, dans lequel la violence physique est vécue. En réalité, pour comprendre et prévenir la violence, quelles qu'en soient les formes, physiques ou morales, il faut renvoyer dos à dos les explications matérialistes réductrices et les explications dualistes simplistes. Il faut reconnaître dans la violence ce qu'Edgar Morin appelle « l'uni-dualité » de toutes les conduites humaines, autrement dit le fait qu'elles sont toutes, à la fois de part en part biologiques, naturelles, et de part en part mentales, culturelles. Ainsi en va-t-il de la violence J.P. Sartre ne la définit-il pas comme suit : « La violence est la structure de l'action humaine sous le règne du Manichéisme et dans le cadre de la rareté. » Le Manichéisme, c'est-à-dire la croyance au conflit inévitable entre deux absolus antagonistes, le Bien et le Mal, condition morale de l'émergence de la violence. La rareté, c'est-à-dire la lutte des hommes pour la possession de biens, naturellement nécessaires ou rendus artificiellement trop rares, condition matérielle et historique de la violence. D'ailleurs, par-delà la diversité de ses formes, physiques ou morales, centrifuges ou centripètes, ouvertes ou cachées, il y a une unité de la violence. Mais, Paul Ricoeur observait que : « Ce qui fait l'unité de la violence, c'est qu'elle a le langage pour vis-à-vis ». Et en effet si parler c'est dire, et si dire c'est faire émerger du sens dans la parole, se parler, échanger, négocier, c'est prévenir, éviter le recours à la violence. Si on est tenté d'objecter qu'il y a un langage violent, une parole violente, c'est que l'on confond le vrai langage, ce système de signes producteur et porteur de sens, conscient et réfléchi, avec un pseudo langage violent qui n'est qu'un code de signaux, déclencheur de réactions émotionnelles, passionnelles, irréfléchies, aux racines inconscientes. Ce qui conduit Paul Ricoeur à conclure que, « Nul ne peut plaider pour la violence sans se contredire. » Concluons donc que, s'il est légitime et même indispensable de reconnaître la spécificité et l'importance,

parfois décisive, de composantes et de formes morales de la violence, il serait aberrant de les dissocier des violences physiques. Les distinguer n'autorise pas à les séparer.

Sans doute, en voulant établir d'abord l'identité et la réalité des violences morales, devant des médecins des psychiatres et des psychologues, ai-je semblé chercher à convaincre des spécialistes convaincus, professionnellement avertis de la réalité de symptômes psychosomatiques et de la nocivité des violences morales en particulier, que rencontre et combat en particulier la psycho-gériatrie. Mais philosopher est un travail du concept, un effort pour conceptualiser le vécu, pour le rendre intelligible. Cependant, comme le disait Alain : « L'étude des concepts est l'étude du sage, pourvu qu'il n'oublie pas de revenir à l'objet concret ! »

Et aujourd'hui l'objet concret c'est-à-dire singulier et rencontré dans l'expérience commune, immédiatement, vécu, mais en tant que tel, scandaleusement énigmatique, c'est la violence morale subie par les personnes âgées.

Ce qui nous surprend dans l'observation des violences morales dont sont victimes les personnes d'âge avancé c'est le contraste entre la fréquence, la banalité de ces violences, et la fragilité, la vulnérabilité flagrante des victimes, qui devrait susciter une immédiate et universelle commisération. Certes, pour comprendre ce contraste révoltant, on peut évoquer une riposte économique et sociale au poids que représentent dans ces domaines les « inactifs » que sont les personnes âgées. Dans certaines sociétés de type archaïque, la force des défis physiques, climatiques, éthologiques est telle qu'elle expliquerait des pratiques cruelles comme le rejet et l'abandon hors de la communauté, des individus entrés dans le grand âge. Et, dans nos sociétés techniquement évoluées l'accroissement de l'espérance de vie entraînant un déséquilibre démographique entre le « actifs » et les « inactifs » pose des problèmes économiques et sociaux aux Etats contemporains. Mais pourquoi les compensations de ces facteurs négatifs objectifs, hier, dans les sociétés traditionnelles, par un respect institutionnalisé de la parole des vieillards, et aujourd'hui, dans nos sociétés par des lois pénales et des établissements spécialisés, par un savoir et un savoir faire médical efficace, toutes pratiques favorables aux personnes âgées, pourquoi ces compensations et rééquilibrages, ces progrès humanitaires, s'ils font reculer la fréquence des violences physiques aux personnes âgées, ne font-ils pas disparaître, même au sein des institutions évoquées et à fortiori en dehors d'elles, les violences morales ? Abus de confiance, escroqueries, infantilisation, humiliation, dérision, délaissement, marginalisation, ne leur sont guère moins épargnés qu'hier.

Il est vrai que l'âge avancé se prête aisément à de telles violences, du fait de l'extrême vulnérabilité des personnes âgées. Le philosophe médecin, Georges Canguilhem, observait avec pertinence « Il est normal, c'est-à-dire conforme à la biologie, que la réduction progressive des marges de sécurité entraîne l'abaissement des seuils de résistance aux agressions du milieu. » Le vieillissement est une épreuve physique et morale systémique très douloureuse. Georges Steiner constate impitoyablement que, (je le cite), « le grand âge est, à des exceptions près, un gaspillage malodorant, une incontinence de l'esprit et du corps, qui écorche, du fait de la mémoire de l'inaccompli. » Et c'est en tant qu'expérience cruciale de la vanité de nos convictions, de nos engagements, que vieillir est moralement le plus douloureux mais inéluctable moment de la vie. Observer, comme Montaigne, que « le continuel ouvrage de notre vie c'est de bâtir la morte », c'est reconnaître que le vieillissement est un renversement, une inversion de notre temporalité, un reflux du temps, de l'avenir vers le passé, le sentiment d'avoir la vie derrière soi, que nous impose le tarissement du champ des possibles. Vieillir c'est être en proie à une crise générale et ultime de la subjectivité, souvent une faillite de la représentation de soi. Ce qui faisait écrire à Simone de Beauvoir :

« La vieillesse est souvent une parodie de la vie. Elle peut même faire sombrer la vie dans le ridicule. » N'est-ce pas pour éviter, prévenir ce naufrage, la dépendance par rapport à autrui, et surtout si, comme le soutenait Sénèque, de crainte qu'il ne leur reste « qu'une âme destituée de raison », que certaines personnes âgées se suicident ?

Cette évocation cruelle mais réaliste de la fragilité, de la vulnérabilité, liées à l'avancée en âge, permet de comprendre pourquoi les personnes âgées sont des cibles faciles de violences morales, parfois conscientes, délibérées, mais plus souvent subconscientes, irréflechies, de sujets plus jeunes et de leur entourage direct. Leurs faiblesses physiques et plus encore, leurs oublis, leurs tics, leurs manies, leur radotage, à un âge où inévitablement les automatismes l'emportent sur les initiatives, exposent la classe d'âge des « vieux » aux plaisanteries, à l'ironie, au mépris, au pire aux outrages, au mieux à la pitié blessante de tous ceux qui se refusent à reconnaître que le vieillissement est la rançon douloureuse mais inéluctable de la longévité d'une vie humaine, puisque, écrivait Simone de Beauvoir, « Mourir prématurément ou vieillir, il n'y a pas d'autre alternative.

Toutes ces violences morale semblent avoir en commun d'être des dénis, c'est-à-dire, au sens usuel du terme, des refus de reconnaître un fait, et, (par analogie avec l'expression « déni de justice », qui désigne le refus d'un magistrat d'accomplir une tâche qui lui incombe légalement), le déni est un refus de ce qui est dû, un refus de rendre justice à quelqu'un, un refus d'être juste. En l'occurrence, pour les violences morales aux personnes âgées, il s'agit de dénis de leur humanité, dénis qui se présentent sous la forme de refus de leur reconnaître les attributs et droits essentiels de l'humanité :

L'insolence, la dérision, l'irrespect, des dénis de leur dignité, de ce qui distingue l'homme des choses ou des bêtes.

Une tutelle autoritaire, une discipline intransigeante, une subordination inconditionnelle, une hétéronomie dans toutes les activités, un emploi du temps rigide, autant de dénis de leur autonomie ;

La ségrégation, le retranchement, l'isolement forcé hors de la communauté des « actifs », des vivants, à la limite, un déni symbolique de leur droit à la vie. Emmanuel Kant le soulignait déjà, en remarquant dans son « Anthropologie d'un point de vue pragmatique, « l'épuisement de leur force vitale, qui les fait vivre à un degré inférieur, comme un être qui végète, la maladie, l'invalidité de ces candidats à la mort, conduit à ce qu'en fin de compte ils ne soient, pour ainsi dire, que tolérés parmi les vivants, ce qui n'est pas précisément la situation la plus plaisante. »

Enfin la primauté et la vanité accordées par les personnes et institutions qui prennent en charge les personnes âgées de mettre leur point d'honneur à préserver à tout prix la vie de leurs pensionnaires, fut-elle dégradée et dégradante, l'interdiction même d'une mort assistée, à fortiori de l'euthanasie, ne sont-elles pas un déni du droit à choisir sa mort ?

Mais, Sigmund Freud, dans son analyse étiologique des syndromes de la castration et du fétichisme, va conférer une signification nouvelle et plus inquiétante à la notion de déni, en allemand « Verleugnung », qu'on peut aussi traduire par « désaveu » ou « répudiation ». Freud l'identifie à un refus de la réalité ; en l'occurrence, pour le complexe de castration, dans l'enfance le fait que mis en présence de l'absence de pénis chez la femme, l'enfant dénie ce manque et pour expliquer la contradiction entre ce qu'il observe et ce qu'il croit, imagine et craint pour lui-même, une castration. Passé l'enfance, chez l'adulte, ce refus de la réalité se transforme en psychoses, telles le fétichisme, où le sujet conserve un objet qui est pour lui comme un substitut de l'organe manquant. Bien entendu il n'y a pas question d'assimiler les dénis d'humanité des auteurs de violences morales infligées à des gens âgés, dénis que nous avons

décrits, à ce tableau clinique qui en ferait des psychoses. Les violences morales sont d'une banalité, d'un commun qui excluent une rupture psychotique avec le réel, ou comme le disait Pierre Janet, une perte du sens du réel. Au contraire ces négations sont l'objet de plaisanteries, de sketches, dont le comique masque le caractère traumatisant. Cependant Freud devait découvrir, au cours de ses analyses, un tout autre phénomène, névrotique celui là, qu'il baptisa « Verneinung », un terme que beaucoup plus tard, au cours d'une discussion entre Lacan et le philosophe Jean Hyppolite, à propos de la différence entre névrose et psychose, ce dernier traduisit en français par « Dénégation » Il ne s'agit pas dans ce cas d'un refus du réel, mais de refoulement d'une représentation dérangeante. Dans la dénégation le sujet approche la reconnaissance d'un conflit, mais refuse de l'admettre. La dénégation préfigure un aveu mais le surmoi en interdit la reconnaissance. Ainsi, le sujet qui bafoue l'humanité d'une personne d'un grand âge est près de prendre conscience de sa violence, cette représentation affleure à sa conscience, mais n'y est pas admise. Pourquoi ? Parce que cette reconnaissance mettrait en cause l'équilibre fragile mais sécurisant, confortable, qu'assure le refoulement entre ses désirs et ses actes, bref ébranlerait sa représentation et son estime de soi. D'ailleurs maintenir cette contradiction interne n'est pas dérangeant, car l'inconscient est indifférent à la contradiction. Pour l'analyste la mise à jour du phénomène de la dénégation, cependant difficile à percevoir, est une aide précieuse dans la cure, car elle constitue une occasion de parvenir à révéler et lever le refoulement.

Semblablement, appliqué à la prévision et à l'évitement des violences morales exercées contre les vieillards et les femmes âgées, l'hypothèse qui consiste à y reconnaître des dénégations, ne permettrait-elle pas, plutôt qu'une vertueuse mais hypocrite indignation, d'obtenir des assistantes chargées des soins des sujets parvenus à un grand âge, une plus humaine et plus efficace compréhension consciente de la portée, parfois blessante, d'un mot, d'une attitude, d'un geste ?

Cette hypothèse nous fait passer de problèmes d'ordre théorique, autrement dit de l'ordre du savoir, à des interrogations d'ordre pratique, de l'ordre du devoir. Gériatrie et gérontologie nous sont certes précieuses et indispensables pour connaître et traiter la réalité complexe du vieillissement, pour nous révéler l'importance de l'enjeu, les difficultés à surmonter, l'actualité et l'urgence de plus en plus pressantes de les prendre en charge. Lorsque déjà Descartes s'interrogeait sur la valeur de la santé, « premier bien et fondement des tous les autres bien en cette vie », écrit-il, parce que observait-il « l'esprit dépend si fort du tempérament et de la disposition des organes du corps », il saluait dans la médecine le meilleur moyen « de rendre la hommes plus sages et plus habiles » en les exemptant d'une infinité de maladies, et, ajoute-t-il, « et même de l'affaiblissement de la vieillesse » ! Mais il est bon de souligner que, ce disant, Descartes considère que de même que la mécanique, la médecine fait partie de « la plus haute et parfaite morale » qui suppose la maîtrise de tous les savoirs. Retenons de cette conception optimiste, volontariste de la médecine de Descartes, que outre qu'elle anticipe sur la fondation d'une gériatrie, elle considère que médecine et morale sont indissociables. Et en effet, aujourd'hui que le pouvoir médical sur la vie tient les promesses que mettait en lui Descartes, ce biopouvoir, comme le nommait Michel Foucault, confère au médecin des responsabilités éthiques considérables, et particulièrement pour les personnes en fin de vie, depuis la constitution d'une gériatrie et d'une gériatrie.

Reste à savoir alors en effet, comment procéder dans l'effort d'instauration ou de restauration d'une éthique effectivement plus respectueuse de l'humanité blessée, et d'autant plus

précieuse, dans le vieillissement et surtout le grand âge, que c'est une humanité plus fragile, plus vulnérable ?

Cette interrogation nous renvoie au problème que pose la possibilité d'une éducation morale, de son fondement et de son application aux relations avec les personnes âgées.

Pour ce qui est du fondement d'un devoir, d'une obligation morale d'un respect l'égard de nos aînés d'âge avancé, on est tenté de faire référence au fondement de la morale en général. Dans la morale judéo- chrétienne le commandement « Aime Dieu et ton prochain comme toi-même » assigne certes à chacun un devoir dans lequel est incluse l'obligation de respecter les vieillards comme les autres êtres humains. Cet impératif de « charité » est déjà présent dans la Bible hébraïque, où d'ailleurs le vieillissement est évoqué avec un sombre lyrisme, dans un beau texte d'un livre d'une sagesse désabusée, intitulé l'Ecclésiaste. Et, dans les Actes des Apôtres de la Bible chrétienne, Paul insiste : « Maintenant trois choses demeurent, la foi, l'espérance et la charité, mais la plus grande est la charité » ; et il reprend : « Si tu n'a pas l'amour tu n'es rien. ». Soit. Mais, pratiquement, comme l'a souligné Kant, et avant lui Machiavel, il est impossible d'obtenir l'amour, ou simplement l'affection, par commandement. Alors, demandait Kant, concepteur de la plus exigeante des conceptions de la morale, quel peut être le sens de cet impératif, sinon de nous demander d'agir à l'égard de tous les êtres humains, comme si nous les aimions ? Autrement dit ce qui peut être exigé ce n'est pas un sentiment d'amour, mais seulement un amour pratique !

Mais au nom de quel principe une telle conduite peut-elle être exigible ? Kant ne se satisfait pas de la référence religieuse à un Dieu d'amour qu'il faudrait imiter, auquel il faudrait obéir. A ce fondement de la morale, mystique et donc étranger à la raison, et dépendant non seulement de cette croyance qui est objectivement et subjectivement incertaine qu'on appelle la foi, mais aussi incompatible avec l'autonomie de la volonté bonne, Kant substitue un fondement purement rationnel : le respect de la dignité humaine. Le respect n'est pas un sentiment comme les autres : c'est un tribut, un hommage que nous rendons à ce qui dans un être humain, dans une personne et seulement une personne, mérite, qu'on la salue comme exemplaire. Ce n'est pas l'admiration car on peut admirer une chose, un bel animal, un paysage, qui n'ont aucun mérite. Ce que nous respectons dans une personne c'est le mérite de ne s'incliner que devant la raison, c'est-à-dire la loi universelle que nous nous donnons à nous même et que Kant résume en des formules saisissantes : « Agis de telle sorte que la maxime de ton action puisse être érigée en loi universelle » et seconde formule qui est une réponse à notre question : « Agis de telle sorte que tu traites autrui toujours aussi comme une fin, et non seulement comme un moyen. » Agir moralement ce n'est pas seulement agir conformément au devoir, par exemple par pitié ou par prudence, pour des raisons émotionnelles ou intéressées, mais par devoir, parce que seule cette action est rationnelle, universellement exigible.

Soit. Mais ce fondement rationnel du devoir d'humanité est-il suffisamment accessible au commun, qui est motivé, touché, par ses émotions, ses sentiments, ses intérêts ? Kant lui-même en doutait et admettait qu'il n'y avait peu être jamais eu sur terre un seul acte purement moral, étranger à l'influence de notre caractère, de nos passions, de nos intérêts privés, bref qu'il n'y a jamais eu de saints ! Mais alors, comment peut-on compter sur la seule raison pour humaniser nos relations avec autrui, et particulièrement avec des personnes blessées par l'âge, exigeantes, capricieuses, irascibles souvent. Certes, Kant, cherchant le fondement du devoir d'honorer la vieillesse, un honneur qui lui est dû, conclut qu'il y a un honneur dans le simple fait de « s'être conservé si longtemps ... de s'être soustrait à la mortalité, contre la sentence la plus humiliante qui soit pour un être raisonnable : « tu es poussière et tu retourneras en poussière » et d'avoir pu pour ainsi dire gagner sur l'immortalité. » Mais ici encore, on

constate que en fait, loin de reconnaître aux personnes âgées un honneur de vieillir, trop souvent on les jalouse, quand on ne s'impatiente pas même de les voir mourir.

Pour autant, parler d'un formalisme et d'un rigorisme de Kant, et conclure, comme Charles Péguy, « Kant a les mains pures, mais il n'a pas de mains ! », serait méconnaître le sens de sa morale. Kant n'ignore pas la complexité de la vie morale concrète et ses limites inévitables. N'écrit-il pas, « Le bois dont l'homme est fait est si tordu qu'on peut désespérer de jamais le redresser ». Mais ce qu'il veut définir et proposer c'est l'essence idéale de la pure moralité. S'il constate alors qu'il n'y pas de saints, c'est pour ajouter que la sainteté doit cependant demeurer « le but constant, bien qu'inaccessible de nos efforts ».

Ceci dit, est-il réaliste, réalisable, raisonnable, souhaitable, de chercher à obtenir quelque progrès effectif de la moralité, en assignant aux êtres humains, tels qu'ils sont et non tels qu'ils devraient être, un idéal de la raison qu'on reconnaît inaccessible ?

Pour non seulement fonder en raison le devoir d'assistance bienfaisante aux personnes âgées, mais aussi se soucier de faire reculer effectivement les violences morales dont elles sont encore trop souvent les victimes, du simple fait de la difficulté de vivre quotidiennement à leurs côtés, peut être convient-il de faire appel à la sensibilité plutôt qu'à la seule raison ? Jean Jacques Rousseau ne disait-il pas que « les actes de la conscience sont des sentiments plutôt que des jugements. » ? Or, au lieu de poser en principe de la morale des conditions, des vertus ou des maximes comme l'universalité d'impératifs catégoriques, l'autonomie et la dignité de la personne, comme faisait hier Kant, ou bien la justice, l'impartialité, l'équité, comme le propose John Rawls dans sa « Théorie de la Justice », une éthique et philosophie récente, d'origine anglo-saxonne, nous propose aujourd'hui de revenir aux relations particulières des individus sensibles, dans leurs rapports privés, et d'y valoriser le souci des autres. C'est ce qu'on appelle l'éthique ou la philosophie morale et politique du « Care ». Ce terme anglais non traduisible, renvoie à des exigences multiples et variées, telles la proximité, l'intimité, le soin, le souci de, la sollicitude, l'attention aux autres et surtout à ceux des autres qui, du fait de leur marginalisation par la pauvreté, l'ethnie ou l'âge avancé, sont les plus vulnérables. De par ce retour au concret, au particulier, au proche, le « Car » ne nous paraît-il pas mieux adapté à la situation des personnes âgées que les morales universalistes, généralistes et abstraites ? L'intuition fondamentale du « Car » n'est-elle pas l'importance de la Vulnérabilité ? Et leur extrême vulnérabilité n'est-elle pas l'une des sources de la violence morale subies par les personnes âgées ? Il ne s'agit pas simplement d'une nouvelle mouture de la morale chrétienne de la compassion. C'est un déplacement du centre de gravité de l'éthique, de l'obligation vers la dépendance, l'interdépendance, vers notre besoin des autres, et d'un déplacement de la généralité abstraite de l'obligation morale vers la singularité et le détail de nos relations singulières, quotidiennes, sensibles. C'est une invitation à percevoir la valeur, le désirable, l'important, dans l'expérience concrète, existentielle, de nos rapports avec autrui. Ce qui compte pour nous est sous nos yeux, mais c'est pour cela que nous ne le voyons pas. C'est pourtant ce qui nous relie les uns aux autres, et qui nous rend responsables les uns des autres.

Mais pour nous permettre de percevoir cette responsabilité, il est nécessaire de comprendre que l'enjeu et la mise en œuvre de ses conditions, ne sont pas seulement éthiques mais aussi nécessairement sociales et politiques. Le souci des personnes âgées, et particulièrement sinon l'éradication, du moins la raréfaction des violences physiques et morales dont elles sont les victimes, supposent des moyens, non pas seulement de protection, mais aussi de création par l'Etat de liens sociaux fondés sur la reconnaissance de notre interdépendance et le souci de la sensibilité, de la précarité, de la vulnérabilité des autres dans nos activités quotidiennes, dans la travail et le loisir, de l'enfance à la vieillesse. Faute de cette réalisation politique de conditions sociales favorables, l'éthique du Car risque, comme dans

certaines versions condescendantes de la morale chrétienne de la charité et de la compassion, de ne servir que la bonne conscience des bonnes âmes, et des bonnes œuvres.

Ces réserves faites, concernant le respect des personnes âgées, il ne faut certes pas méconnaître le principe formel des exigences morales et légales de justice, de la valeur desquelles d'ailleurs tous conviendront, sans pour autant ressentir le besoin de les mettre en œuvre dans les humbles relations humaines quotidiennes, non régies par les lois, ni même par la coutume. C'est que, pour nous éviter de blesser moralement nos semblables d'âge avancé, il ne s'agit pas tant de nous en convaincre, mais plutôt de vaincre, non pas de refouler mais de sublimer les effets gênants, répulsifs, inquiétants de l'image qu'ils nous donnent de la condition humaine. Et pour parvenir à assumer cette image, mieux que par la méditation des fondements rationnels de la justice, mieux surtout que par tous les discours moralisateurs, rien ne peut remplacer le projet moral et politique de faire du souci et du soin des autres une pratique sociale de solidarité affective et active, en dépassant les frontières qui séparent les sentiments privés des obligations publiques. En tout cas il est certain que pour tempérer les inquiétudes et apaiser les angoisses inhérentes au vieillissement rien ne vaut une présence amicale, affectueuse, une main que l'on serre, des regards que l'on échange. Si la solitude, l'isolement sont mortifères, la pire violence morale est peut-être l'indifférence de l'autre ;

On pourrait certes faire observer que, avant que ne nous interpelle l'invitation récente du Care, à nous soucier des relations quotidiennes de proximité et de sollicitude à l'égard des oubliés, ou des exclus, marginalisés dans nos sociétés de rendement, de profit et de domination, les soins dispensés par la médecine dite palliative, supposaient les mêmes attentions, les mêmes égards. Certes. Mais il s'agit d'une médecine essentiellement préconisée pour les maladies incurables de patients en fin de vie. Il ne s'agit pas des vertus requises par une éthique ou une philosophie, vertus destinées non à adoucir la mort inéluctable de patients âgés, mais avec le Car il s'agit d'aider à vivre, en se rapprochant d'elles, des personnes qui ne se sentent plus liées aux autres par des liens affectifs, sensibles, quelle que soit la raison de leur rupture ou de leur exclusion, de les aider par des contacts directs et chaleureux à renouer avec la société, avec les autres, dans une interaction qui les arrache à la solitude ou à l'indifférence de leurs semblables. Par exemple ceux que leur âge a isolé, blessé, angoissé. Et, alors que les soins palliatifs excluent il est vrai les violences physiques et morales de l'acharnement thérapeutique, mais excluent aussi les formes indirectes ou directes d'euthanasie, ce qui est une manière de masquer le tragique de la mort, de leur dénier le droit de choisir leur fin, l'éthique du Care, elle, laisse chacun décider librement, de son destin

Pour faire prendre conscience de leur malfaisance, au moins à ceux ou celles qui, par inattention, par mégarde, à leur insu, piégés par leurs dénégations infligent des violences morales aux personnes d'âge avancé dont elles ont la charge, il ne suffit pas de leur rappeler leur devoir, ni de les sanctionner, encore qu'il ne soit pas cependant inutile de le faire. Mais, pour que remonte de leur inconscient la reconnaissance consciente de leur propre indignité, il est à la fois plus sûr et plus exemplaire de les amener à voir, à ressentir, à éprouver désagréablement, la profonde difficulté et la peur de vieillir comme étant le partage de tous les humains. Bref, il faut leur faire découvrir par sympathie, ou par empathie, sur le visage, dans les craintes et les tremblements des vieillards, cette dure vérité, que nous cherchons en vain à nous cacher, mais dont la révélation nous délivre des violences que nous pouvons faire, à savoir que, selon une formule de Simone de Beauvoir, « La vieillesse est l'avenir qui nous attends ».

Il existe un très beau mot pour désigner cet horizon d'intimité, c'est le mot Fraternité. Sans doute appartient-il soit au vocabulaire religieux, la fraternité des élus de Dieu, soit au vocabulaire des idéologies révolutionnaires, la fraternité des égaux. Mais, dans l'une et l'autre de ces deux acceptions, le mot renvoie à des utopies qui commencent très mal, et promettent de finir très bien. Du sang et des larmes, des conditions telles, à la fois si fantastiques, irréelles et si sacrificielles, si cruelles, que l'expérience historique et la réflexion critique rationnelle, nous dissuadent d'y croire, bien que le mot soit encore en usage dans les homélies religieuses, ou inscrit sur nos drapeaux et au fronton de nos édifices publics. Il est pourtant une fraternité de fait que nous persistons à ne pas reconnaître et honorer. Il faut revenir au sens originel du mot, qui désigne une relation d'intimité native, entre frères et sœurs d'une même famille, qui vivent les mêmes joies, les mêmes peines, les mêmes épreuves. Ce n'est pas la fraternité des élus de Dieu, ni de l'histoire. C'est au contraire ce que Edgar Morin a mis en évidence sous l'appellation de « fraternité des hommes perdus » ? Tous fraternels, tous frères en ce que nous sommes tous perdus dans un univers qui nous ignore, qui a ignoré notre émergence comme il ignorera notre disparition ; tous frères en ce que nous nous perdons nous-mêmes dans notre histoire, ce « récit plein de bruit et de fureur raconté par un idiot » qu'évoquait Shakespeare. Tous frères en ce que les déchirements du vieillissement, préludes à ce que Hegel appelait « l'absolu déchirement » de la mort nous sont communs à tous. Ce qui nous invite au moins, par le rapprochement, le souci des autres, la solidarité, à recréer, pour nos semblables atteints par l'âge, des îlots de fraternité.