

DOSSIER 63

Personnes âgées : restaurer le lien social

P4 Téléphones
portables
Les précautions
d'usage

P44 Nouveau :
les débats
de l'éducation
pour la santé

P46 Cinésanté
Être et avoir :
pour ou contre ?



Vous travaillez dans les secteurs de l'éducation, de la santé ou du social ?

LA Santé de l'homme



Un outil de travail et de réflexion pour les acteurs de l'éducation pour la santé.

Avec six numéros par an, *La Santé de l'homme* vous permet de :

- suivre l'actualité de l'éducation pour la santé
- actualiser vos connaissances
- éclairer les pratiques et les méthodes d'intervention



Je souhaite m'abonner au tarif :

- France métropolitaine 1 an (6 numéros) **28 €**
- France métropolitaine 2 ans (12 numéros) **48 €**
- Étudiants 1 an (6 numéros) **19 €**
- Autres pays et outre-mer 1 an (6 numéros) **38 €**

• Soit un montant de €

Je recevrai un numéro gratuit parmi les numéros suivants (en fonction des stocks disponibles) :

- Pratiques créatives, N° 344.
- Regards sur les dépendances, N° 347.
- De l'hygiène à la santé, N° 349.
- Handicaps : éduquer notre regard, N° 350.
- La démarche communautaire : un état d'esprit, N° 351.
- Jeunes et communication, N° 352.
- Les métiers de l'éducation pour la santé, N° 353.
- Sport et loisirs : prévenir les accidents, N° 354.
- Santé et travail, N° 355.
- Éducation à la sexualité, N° 356.

• Soit un montant total de €

Ci-joint mon règlement par chèque bancaire chèque postal à l'ordre de l'INPES. Veuillez me faire parvenir une facture

Nom

Prénom

Organisme

Fonction

Adresse

Date et signature :

- 4** **Qualité de vie**
Téléphones mobiles et antennes relais : le débat est ouvert
Denis Dangaix
- 7** **La santé a l'école**
Prévention des drogues : une formation sur mesure pour les enseignants
Florence Gabillard
- 10** **La santé en chiffres**
Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins
Tania Rosilio, Christophe Léon

Dossier : P. 11 à 40

Personnes âgées : restaurer le lien social

Éditorial

Tisser des liens sociaux pour aider à bien vieillir
Philippe Lamoureux 12

Le vieillissement de la population bouscule les liens sociaux

La France face au défi du vieillissement
Alain Parant 13

De l'enfance au grand âge : les liens sociaux, tout au long de la vie
Geneviève Arfeux-Vaucher 14

« Dis, papy, dessine-moi un mouton ! »
Yves Géry 16

Comment le relationnel influe sur la santé psychique et sociale

Réseau de parenté : le pivot du lien social
Sylvie Renaut 17

À Bretonneau, la culture ouvre les portes de l'hôpital
Yves Géry 20

Maintenir l'estime de soi des personnes âgées, à domicile
Martine Dorange 21

Animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens
Bernard Hervy 23

À Dinan, les maisons de retraite s'organisent en réseau
Yves Géry 27

Maintien à domicile : quand les associations jouent les médiateurs
Denis Mennessier 28

Aleçon : un domicile collectif branché sur l'école et le quartier
Régine Delange, Yann Menot, Sylvie Giraudo 30

Les liens sociaux, tissés au fil des expériences locales

Immigrés à Paris : le café social, rempart contre la solitude
Yves Géry 32

En Lorraine, des guichets d'information pour les personnes âgées et leurs familles
Francine Tisserand 33

Former et valoriser les auxiliaires de vie : une urgence
Frédérique Decherf 35

« Je vieillis, mes droits demeurent ! »
Nicole Goepfert 37

Programme régional de santé d'Île-de-France : un outil pour lutter contre l'exclusion des personnes âgées
Valérie Ollagnier 38

Pour en savoir plus
Catherine Lavielle, Fabienne Lemonnier . . . 39

41 **Éducation du patient**
Jeunes en insertion professionnelle : le défi de l'accès aux soins
Olivier Rovere, Florence Da Silva, Sonia Caillaux

44 **Débats**
Nouvelle rubrique
Contribuer à une réflexion critique sur l'éducation pour la santé
Eric Le Grand

46 **Cinésanté**
Être et avoir : les avis sont partagés !
Alain Douiller avec la contribution de Philippe Lecorps, Claude Bouchet et Jean-Pierre Deschamps

48 **Lectures - Outils**
Anne Gareau et Fabienne Lemonnier

Au dossier du prochain numéro : Jeunes, activité physique et santé.

Téléphones mobiles et antennes relais : le débat est ouvert

Les téléphones mobiles et les antennes relais n'ont pas d'impact nocif avéré pour la santé. Telle est la conclusion de l'Afsse dans un avis récemment rendu public. La question n'en continue pas moins de faire débat chez les riverains des antennes relais. Rappel de quelques conseils de bon sens pour l'utilisation du portable.

Nous sommes aujourd'hui trente-huit millions d'utilisateurs de téléphones mobiles, et plus de trente mille stations ou antennes relais ont été implantées dans l'Hexagone. Cette explosion de la téléphonie mobile a généré un cadre réglementaire qui s'est étoffé au fil des ans. Ainsi, au niveau européen, la téléphonie mobile est encadrée par des normes communes : l'Union européenne a adopté, en 1999, une recommandation (1) fixant des limites d'exposition aux radiofréquences. Ces recommandations ont été reprises dans la législation française. Selon l'Observatoire régional de la santé (ORS) d'Île-de-France, elles « *intègrent une large marge de sécurité pour protéger la population contre d'éventuels effets que les études en cours ou à venir pourraient mettre en évidence. Les opérateurs français de téléphonie mobile se sont engagés à respecter ces valeurs limites aussi bien pour les téléphones que pour les stations relais* ».

Par ailleurs, un décret (2) définit les valeurs limites que doivent respecter ces antennes et stations relais. Il fixe notamment les valeurs maximales d'exposition du public aux champs électromagnétiques émis par les stations radioélectriques que sont les antennes relais.

Parallèlement, les pouvoirs publics ont pris, au cours des dernières années, des mesures pour améliorer l'information du consommateur, en vue d'une meilleure protection face aux rayonnements émis par la téléphonie mobile.

Désormais, les opérateurs doivent écrire en toutes lettres et de manière lisible dans la notice d'emploi, la quantité d'ondes qu'absorbe l'utilisateur lorsqu'il téléphone. Celle-ci est limitée dans toute l'Europe à 2 watts/kg. En outre, les opérateurs sont incités à remettre à tout acheteur d'un portable un document listant les « précautions d'usage » très concrètes pour protéger le consommateur des rayonnements de l'appareil (*voir encadré*).

L'état des lieux scientifique

Le ministère de la Santé, conscient des doutes que cette technologie entraîne, a de longue date programmé des études sur les effets sur la santé. Toutes les conclusions, ramenées aux autres travaux effectués dans le monde, particulièrement aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni vont dans le même sens : les risques sont extrêmement infimes.

Quant aux stations de base encore appelées antennes relais, ce sont des émetteurs-récepteurs qui assurent un rôle fondamental dans les communications mobiles. L'énergie radioélectrique diffusée par ces installations et reçue par les riverains, même proches, est considérablement plus faible que celle absorbée lors de l'utilisation d'un mobile, du fait, dans ce dernier cas, de la proximité de l'appareil portable avec la tête de l'utilisateur.

Concernant les effets potentiels sur la santé, il faut savoir que les radiofréquences sont des rayonnements « non

ionisants ». Selon l'état actuel des connaissances scientifiques, ces rayonnements ne sont pas capables de briser les liaisons moléculaires et ne peuvent donc pas provoquer la survenue de cancers. En revanche, ils peuvent avoir d'autres effets sur l'organisme, en provoquant, par exemple, des effets thermiques (dus à l'échauffement). Par ailleurs, les champs émis par les téléphones mobiles tout comme les antennes relais, seraient de puissance trop faible pour générer de tels effets. Là encore, la note de synthèse de l'ORS est explicite : « *Parmi les nombreuses études scientifiques réalisées, aucune n'a permis de conclure que l'exposition à des champs de radiofréquence émis par les téléphones portables ou leurs stations de base a une influence néfaste quelconque sur sa santé. À ce jour, les études conduites sur des animaux, tout comme celles récemment réalisées sur l'homme en Europe et aux États-Unis ne permettent pas de conclure à une augmentation du risque de cancer au niveau des régions exposées* ».

Mobiles : systématiser les « kits oreillettes »

Les connaissances scientifiques sur un éventuel impact sur la santé des téléphones mobiles et des antennes relais viennent d'être actualisées dans un avis de l'Agence française de sécurité sanitaire et environnementale (Afsse). Rendue publique à la mi-avril 2003, cette contribution se fonde sur les conclusions d'un groupe de sept experts indépendants. D'une manière générale,

l'Afsse parvient à des conclusions différenciées pour les téléphones portables et les antennes relais.

Pour les portables, l'Agence estime que « *le principe de précaution doit s'appliquer* » et que cet équipement requiert en particulier une meilleure information du public sur les ondes qu'il émet. Tout d'abord, concernant un impact éventuel sur la santé, l'Afsse parvient aux conclusions suivantes :

- il existe des présomptions d'un risque possible d'utilisation du portable pour certaines personnes, notamment celles souffrant de migraines, ce qui justifie l'application du principe de précaution ;
- rien n'indique à ce jour que l'utilisation d'un téléphone mobile puisse être liée à l'apparition ou au développement de cancers ;
- d'autres effets biologiques, qualifiés de « *discrets* », se manifestent à des niveaux même faibles de rayonnements émis par les téléphones mobiles, mais leurs conséquences sanitaires éventuelles ne peuvent être identifiées. Ces effets doivent donc encore être étudiés ;
- le seul risque avéré est celui observé dans les accidents de la circulation, lorsque le conducteur téléphone en conduisant, qu'il utilise ou non un « kit mains-libres ».

Dans la foulée, l'Afsse formule plusieurs recommandations. Tout d'abord il faut continuer de réduire la quantité d'énergie à laquelle sont exposés les utilisateurs de téléphones portables et mieux les informer sur leur niveau d'exposition. Ensuite, l'Agence préconise que les kits oreillettes soient désormais

obligatoirement fournis à tout acheteur de téléphone mobile. Toujours pour améliorer l'information et la protection de l'utilisateur, les mobiles devraient être équipés d'un affichage du niveau d'exposition lors de chaque appel. Enfin, l'Afsse se prononce pour un renforcement de la sensibilisation et de la répression contre l'utilisation du téléphone mobile au volant.

contrairement au précédent rapport d'experts qui était la référence jusqu'à ce jour – le rapport Zmirou, publié en 2001 à la demande des pouvoirs publics –, l'Afsse estime qu'il n'y a pas lieu de fixer des périmètres de précaution de cent mètres autour des sites sensibles que sont les écoles, hôpitaux, maisons de retraite ou crèches.

Pour autant, l'Afsse estime qu'il a beaucoup à faire pour améliorer l'information des riverains des antennes relais et qu'à cette fin, une meilleure concertation est nécessaire, associant riverains, collectivités, communes et industriels. Ainsi, pour améliorer l'information des riverains, l'Agence propose de rendre obligatoires des « chartes d'information et de concertation » qui seraient signées conjointement par les opérateurs et les autorités publiques territoriales. Ces documents fixeraient les conditions dans lesquelles les riverains doivent être informés, préalablement à l'installation des antennes. Deuxième recommandation : les opérateurs seraient tenus de réaliser des campagnes annuelles de

Pour en savoir plus

- Site internet de l'Afsse : www.afsse.fr
Avis sur les téléphones mobiles et les antennes relais consultable dans la rubrique Documents et études.
- Site du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr> rubrique Les dossiers puis T pour téléphone.
- Site internet de l'Institut national de l'environnement industriel et des risques : <http://www.ineris.fr>
- Site internet de l'Institut de veille sanitaire (InVS) : <http://www.invs.sante.fr>

Antennes relais : aucun risque avéré

Pour ce qui est des antennes relais de téléphonie mobile, l'Afsse conclut qu'« *aucune donnée scientifique n'indique un risque sanitaire* » via l'exposition des riverains. L'Agence argumente en rappelant que le rayonnement des antennes relais est de même nature mais de puissance nettement plus faible que celui des émetteurs de radio et télévision ; or aucun effet sanitaire n'a été démontré pour ces installations plus anciennes. Et les études scientifiques n'ont pas identifié d'effets biologiques consécutifs à des niveaux de puissance aussi faibles. Dans ces conditions, et

Précautions d'usage pour le portable : ce qu'il faut savoir

Pour améliorer l'information et la protection du public, le ministère de la Santé a édité une brochure destinée au grand public. Ce document accessible sur le site internet du ministère, reprend dans le détail les principales précautions d'usage à mettre en œuvre et les gestes à bannir compte tenu des connaissances scientifiques actuelles. En voici quelques extraits.

- Utilisez votre téléphone dans de bonnes conditions de réception. Cela diminue la quantité de rayonnement reçue. Si l'écran de votre téléphone affiche les conditions optimales de réception, les conditions sont bonnes.
- Évitez de téléphoner dans un parking, un ascenseur ou à l'intérieur d'un véhicule, votre téléphone n'est pas en état optimal de réception. Pour compenser cette mauvaise réception (une, deux ou trois puissances ou « barettes » indiquées sur votre mobile), le téléphone portable va augmenter sa puissance de 100 à 1 000 fois plus que nécessaire pour établir la liaison. Vous absorberez alors 100 à 1 000 fois plus de rayonnement.
- Évitez de téléphoner lorsque vous vous déplacez rapidement. Dans un train, le téléphone se branche en permanence sur la station relais la plus proche et change donc fréquemment de station relais. Pour ce faire, il doit émettre au maximum de sa puissance. Dans tous les cas, utilisez plutôt les oreillettes pour éloigner la source d'émission de votre corps.
- Évitez de placer le téléphone près du ventre d'une femme enceinte ou du bas-ventre des adolescents. Comme l'a noté le groupe d'experts animé par Denis Zmirou, des études en cours travaillent sur l'hypothèse d'effets que pourraient avoir les ondes du portable sur des cellules toujours en renouvellement, comme c'est le cas chez les enfants.
- Conseillez à vos enfants un usage modéré du téléphone mobile.
- N'utilisez pas votre portable en conduisant, même avec le kit mains-libres.
- Éteignez votre portable dans les hôpitaux ou lors d'un déplacement en avion car les ondes émises peuvent interférer avec celles des appareils médicaux ou des fréquences aériennes.
- Porteurs d'implants électroniques (stimulateurs cardiaques, pompes à insuline, neurostimulateurs), placez votre téléphone à plus de 15 cm de l'appareil en question. Et lors de l'appel, tenez votre téléphone du côté opposé de l'implant.

Il est à souligner que ces gestes « à faire » et « à ne pas faire » sont de plus en plus précisés dans les kits d'usage de tout mobile, mais de façon beaucoup moins détaillée.

mesure des champs électromagnétiques, et les résultats seraient communiqués à des comités départementaux de concertation. Enfin, dans le cas où des antennes relais sont installées sur des écoles primaires ou des crèches, il reviendrait aux mairies d'organiser une concertation avec les parents des enfants sur le maintien éventuel de ces installations.

Cet avis a été soumis aux pouvoirs publics et au Parlement, lesquels décideront de la suite à donner aux recommandations formulées par l'Afsse.

En dépit de cette mise à jour des connaissances scientifiques effectuée par l'Afsse, le débat sur l'impact éventuel des portables et des antennes relais se poursuit entre les autorités, les scientifiques et les citoyens riverains de telles installations. Ces derniers continuent d'interpeller les pouvoirs publics et les professionnels de la santé à travers

l'Hexagone, à Paris, Narbonne, Saint-Cyr-l'École en région parisienne, pour ne parler que des dossiers récemment portés à la une de l'actualité. Et, chez les scientifiques, des voix discordantes se font entendre, soulignant qu'il est trop tôt pour conclure que les téléphones et les antennes ont un impact nul sur la santé. D'où la nécessité de poursuivre les recherches, un objectif sur lequel se rejoignent cette fois l'ensemble de la communauté scientifique et les pouvoirs publics.

Denis Dangaix
Journaliste.

(1) Conseil des ministres de l'Union européenne du 12 juillet 1999, relatif à l'exposition du public aux champs électromagnétiques (de 0 Hz à 300 GHz).
(2) Décret n° 2002-775 relatif aux valeurs d'exposition du public aux champs électromagnétiques.

Education Santé

sommaire

n°177 - mars 2003

Initiatives

Opération stadiers, pour que la fête reste la fête...

Sylvie Bourguignon

Évaluation de « La vie devant nous », une publication destinée aux invalides

Christian De Bock

Somnifères et calmants

Locale

Les généralistes de Charleroi-Thuin cernent les besoins de leurs patients

Yves Dario et Jean-Pierre Rochet

Réflexion

La peur est-elle bonne conseillère ?

Christian De Bock

Intégrer prévention aux soins de santé

Matériel

Ma maison en bonne santé Vieillir et rester autonome L'inventaire des groupes d'entraide Prévenir le suicide à l'adolescence Approvoiser la mort

Documentation

Partenariat pluridisciplinaire dans un projet santé Nouvelles fiches Sanomètre

Brèves

Acquisitions

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique ; pour les abonnements à l'étranger, une contribution de 20 € est demandée (l'abonnement prenant cours dès réception du paiement).

Pour s'abonner en ligne ou pour consulter les articles parus dans la revue : <http://www.educationsante.be>

Prévention des drogues : une formation sur mesure pour les enseignants

Dans l'Essonne, une cinquantaine d'enseignants et intervenants en collèges ont reçu une formation pour parler « drogues » aux élèves de 6^e. Retour sur cette expérience qui concerne mille élèves à ce jour.

Former les enseignants, médecins, conseillers d'éducation, assistantes sociales pour qu'ils puissent ensuite informer les élèves. Tel est l'objectif du programme¹ d'éducation à la santé pour la prévention des dépendances, mis en place depuis 2001 dans huit collèges du département de l'Essonne.

Élaborée par le Comité départemental de l'Essonne pour la promotion de la santé (CPS) 91 basé à Évry et destinée aux élèves de 6^e, cette opération s'inscrit dans une politique de prévention de la consommation des substances psychoactives. Le CPS 91 s'est appuyé sur l'expertise fournie par le Baromètre santé jeunes 97-98 du CFES et un rapport de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Un coffret pédagogique intitulé *Papillagou et les enfants de Croque-lune*, conçu et diffusé par le Comité départemental de prévention de l'alcoolisme (CDPA) de Dijon (Côte-d'Or), a également servi de support, l'approche pédagogique de ce coffret étant en effet très adaptée aux jeunes. Le programme s'est déroulé en trois temps : formation des groupes relais, information des enfants, débat avec les parents pour évaluer l'impact de l'opération.

La formation des groupes relais

Impliquer les adultes de la communauté éducative dans des actions de prévention auprès des élèves fait partie des objectifs opérationnels du projet. Tout

d'abord parce qu'il semble enrichissant que les adultes et les élèves fassent connaissance dans un contexte différent. Ensuite, parce que la constitution des groupes relais est une phase essentielle à la viabilité du programme. Elle permet d'effectuer les actions en faveur des élèves de 6^e à une plus grande échelle que ne peut le faire le CPS 91. De plus, les équipes éducatives ainsi formées et autonomes au sein des huit collèges peuvent faire perdurer les actions d'une année sur l'autre. Quarante-sept professionnels (professeurs, conseillers principaux d'éducation, assistantes sociales, médecins, aide éducateur et infirmières) se sont portés volontaires pour mettre en œuvre le programme dans leur établissement.

Une formation de trois jours a donc été proposée à chacun d'entre eux. Le contenu s'est appuyé sur les connaissances jugées indispensables pour pouvoir mener une action de ce type : psychologie de l'adolescence, représentation du risque, etc. Un questionnaire destiné aux participants et recueilli quinze jours avant le début de la formation a été élaboré, afin de mieux cerner les attentes de chacun.

Pensée sur un mode interactif, la formation avait pour objectifs d'apporter des connaissances concernant les substances psychoactives et la prévention des conduites addictives (usage, abus et dépendance) chez les adolescents et

de les confronter à celles acquises par les participants au cours de leur expérience professionnelle. À partir notamment d'un dialogue avec des experts (psychologues, psychanalyste), une

Dr Chafia Berghout : « améliorer le niveau de connaissance des enseignants »

« J'ai constaté une forte méconnaissance du phénomène d'addiction ». Le docteur Chafia Berghout, addictologue à l'hôpital Émile Roux de Limeil-Brévannes (Val-de-Marne), a formé des enseignants et autres professionnels sur les drogues et phénomènes d'addiction, dans le cadre de cette action « Essonne ». Elle souligne d'emblée que les encadrants scolaires ne sont pas en situation de pouvoir informer les élèves de collège, sans une formation spécifique pour améliorer leur niveau de connaissance. Par demi-journées, elle a formé cinquante professeurs, infirmières, conseillers d'orientation et autres personnes relais. Son intervention s'inscrivait dans le cadre d'un cycle de trois jours au bénéfice de ces professionnels.

Habitée à accompagner des patients en situation de dépendance, Chafia Berghout a centré son intervention sur la nature et la spécificité de chaque drogue, les modes d'utilisation – domaine sur lequel les encadrants scolaires sont particulièrement peu informés –, la prise en charge et la prévention. Elle a abordé le tabac, l'alcool, le cannabis et les autres drogues dont l'ecstasy.

« Ce qui m'a surpris, c'est que la demande était centrée sur le cannabis, beaucoup plus que sur l'alcool et le tabac qui sont banalisés par ces adultes, peut-être parce que ces deux produits font partie des us et coutumes de la société française », indique-t-elle. Et d'ajouter : « Or, le premier pas dans le monde de l'addiction, est très souvent la première cigarette ».

Quel a été le principal bénéfice de cette formation pour les enseignants et encadrants des collèges ? « Cela a changé le regard qu'ils portaient sur les dépendances », estime l'addictologue. Une initiative qu'elle juge extrêmement positive, tant il est nécessaire de former les professionnels si l'on veut démultiplier l'information sur la dépendance aux drogues. « Les enseignants et autres relais étant demandeurs, il faut débloquer des moyens financiers pour généraliser ce type d'initiative ».

Sur le terrain, on constate que la plupart des actions d'information des élèves sur les drogues sont à mettre au crédit des associations comme le CPS 91 et, le plus souvent, d'individuels qui prennent tout en charge. C'est le cas d'une infirmière scolaire qui, avec l'appui des enseignants, a organisé une journée d'information sur les drogues dans un lycée de Limeil-Brévannes. Pour le docteur Berghout, les enseignants peuvent jouer un rôle essentiel de déclencheurs lorsqu'ils brisent le « tabou » du silence autour de l'alcool et du tabac, en intégrant par exemple une demi-journée d'information sur le thème « drogues et dépendances » parallèlement aux cours de sciences ou de biologie.

réflexion a également été menée sur le sujet de la prise de risque et de la dépendance, ainsi que sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. Enfin, la formation proposait une initiation à la pratique du coffret *Papillagou et les enfants de croque-Lune*, qui mettait les équipes relais en situation de public « destinataire ». Les participants se sont prêtés facilement à l'exercice et l'ont apprécié. Cela leur a permis de se rendre compte des implications du jeu et de vivre les mêmes expériences que les enfants. Cela les a amenés à utiliser le coffret et à se rendre compte du temps de préparation nécessaire à son utilisation.

La majorité des participants ont été satisfaits de la formation. Ils y ont trouvé un écho à leurs pratiques professionnelles. Toutefois, dans l'ensemble, ils

auraient aimé que la formation dure plus longtemps. Ils ont notamment estimé qu'il leur fallait plus de temps pour mieux cerner certains produits comme le cannabis.

L'action auprès des enfants

L'action dans son ensemble, en utilisant le coffret, vise à donner des informations sur les produits et tente de développer les compétences psychosociales de l'enfant : être capable de dire non, développer son sens critique, faire ses propres choix, résister à la pression du groupe, reconnaître la différence entre envie et besoin, etc. Tous ces aspects d'un début de responsabilisation s'apprennent grâce au concours de l'adulte et sont des armes dans la vie, en particulier pour se protéger de la tentation de se « réfugier » dans des conduites à risques.

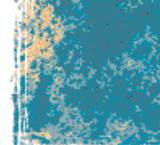
L'action de prévention auprès des enfants par les enseignants et autres professionnels dure au minimum une demi-journée. Le support pédagogique *Papillagou* sert d'amorce au programme : lecture d'une histoire, puis jeu de piste dans l'école par petits groupes.

Le coffret *Papillagou et les enfants de croque-Lune* est un jeu de piste qui invite les enfants à faire partie d'un groupe de voyageurs (les aventuriers, les rêveurs, les vagabonds, etc.) et à visiter d'autres planètes. Les épreuves consistent à confronter les groupes et les individus à des prises de décision, elles incitent chacun à se positionner vis-à-vis du groupe. Par exemple, un groupe demande un service à un autre groupe, ce en échange de tablettes de chocolats. L'autre groupe va-t-il accepter la proposition en sachant que le service demandé ne sera dévoilé qu'à la fin du jeu ? Quel est ce service et qu'est-ce qu'il implique ? Est-ce que chacun adhère à la décision du groupe ou non ? En fin de jeu, les groupes se sont retrouvés ensemble avec les animateurs pour débattre de ce qu'ils ont vécu.

Les enfants ont en général beaucoup apprécié le jeu en lui-même et les discussions qui s'ensuivaient. Ils ont pu s'exprimer sur les dépendances et l'influence du groupe. Des enfants traditionnellement introvertis ont osé prendre la parole et se sont révélés très lucides sur le sujet des drogues et de la prise de risque. Les groupes relais sont très satisfaits de cette expérience avec les enfants. Pour eux, le jeu permet aux éducateurs de créer des liens privilégiés avec les enfants et donne en plus une image positive de l'adulte. Il peut faciliter les liens entre les élèves s'il est réalisé en début d'année. De même, le jeu a permis aux adultes d'avoir un autre regard sur les élèves.

Faciliter le dialogue parents-enfant

À la fin de l'action, un forum débat a été proposé dans chaque établissement aux parents des élèves concernés. Chaque forum a été animé par deux personnes (un intervenant du CPS 91 et un intervenant d'un centre de prise en charge des dépendances). Le but de ces forums était d'informer les parents de l'action menée auprès de leurs enfants, de les mettre en situation en jouant eux-



mêmes au jeu de piste et ainsi favoriser un meilleur dialogue autour du thème des drogues, des conduites à risque et de l'adolescence.

Sans les culpabiliser, cette discussion donnait aux parents l'occasion de prendre conscience de la nécessité de leur implication auprès de leur enfant. Ceci a été l'occasion d'un échange sur le rôle qui peut être le leur en matière de prévention. À noter que ces forums débat proposés aux parents ont eu peu de succès en raison de la période de l'année choisie (fin d'année scolaire). Pour l'année 2002-2003, il a été prévu de convier les parents, avant le début des actions auprès des enfants, à une réunion d'information générale sur le projet afin qu'ils puissent s'en imprégner et s'impliquer dès le départ.

Une évaluation de cette action a été réalisée à partir des questionnaires dis-

tribués aux équipes relais à la fin de la formation, aux élèves une semaine avant la réalisation de l'action, ainsi que grâce aux grilles d'observation remplies par les intervenants lors des forums débat. Elle montre que le bilan est très positif tant pour les enfants que pour les groupes relais. Les résultats des questionnaires attestent que les enfants ont bien adhéré au jeu et que la formule pédagogique leur convient bien. Autre enseignement : d'après l'expérience des groupes relais, il semble impératif de former des personnes bien ancrées dans l'établissement, afin que le projet se poursuive l'année suivante si les personnes qui étaient volontaires ne sont plus là. Effectivement, certains établissements ont fait défection, faute de pouvoir maintenir une équipe pédagogique pour s'occuper du projet pendant toute l'année, puis d'une année sur l'autre. Le CPS 91 a donc conseillé de former de nouvelles recrues afin d'étoffer

l'équipe relais. Ainsi le projet a plus de chance de se pérenniser.

À ce jour, un millier d'élèves a bénéficié de l'opération. Cette dernière a été reconduite pour l'année scolaire 2002-2003 pour trente classes de 5^e, mais les élèves sont moins enthousiastes, trouvant une partie du support pédagogique – en l'occurrence l'histoire proposée – peu adaptée à leur âge. Cette opération a néanmoins démontré son utilité.

Florence Gabillard

Agent de développement en santé,
Comité départemental de l'Essonne pour la
promotion de la santé (CPS 91), Évry.

1. Ce programme est financé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (Mildt), la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Essonne, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (Drassif).



Les risques d'alcoolisation excessive chez les patients ayant recours aux soins

Les personnes qui ont recours aux soins un jour donné sont davantage exposées aux risques d'alcoolisation excessive que le reste de la population. En outre, ce risque est deux fois plus élevé chez les patients chômeurs que chez les titulaires d'un emploi stable.

En baisse depuis les années cinquante, la consommation d'alcool en France reste pourtant l'une des plus élevées d'Europe, de même que la morbidité et la mortalité qui lui sont attribuées¹.

La direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) du ministère des Affaires sociales, les directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (Drass), la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), les Observatoires régionaux de la Santé (ORS) et la direction générale de la Santé (DGS) ont initié, en 2000, une enquête auprès des médecins généralistes libéraux et des établissements de santé sur la prévalence des problèmes liés à l'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins un jour donné pour quelque raison que ce soit. L'enquête a été réalisée auprès de 50 372 patients en médecine libérale et 33 795 patients en milieu hospitalier, âgés de 16 ans et plus.

Il apparaît qu'une personne sur cinq environ, ayant eu recours au système de soins en ville ou en établissement de santé, présente un « risque d'alcoolisation excessive »². On observe un écart important entre les femmes et les hommes : un diagnostic d'alcoolisation excessive a été porté pour environ le tiers des hommes contre 9 % des femmes.

Une consommation excessive plus prononcée chez les 35-64 ans

On constate également des disparités suivant les tranches d'âge. Ainsi, le risque d'alcoolisation excessive est maximal chez les 35-64 ans pour les deux sexes (Figure 1). En particulier, en établissement hospitalier, près de la moitié des hommes âgés de 35 à 54 ans et environ une femme sur cinq du même âge sont concernés par l'alcoolisation excessive.

Des disparités selon la situation socio-économique

Des différences selon certains critères sociaux sont aussi constatées. Ainsi, chez les patients chômeurs ou en emploi précaire, ayant eu recours au système de soins selon les critères définis par cette enquête, le risque d'alcoolisation excessive est 2 à 2,5 fois plus élevé que chez les titulaires d'un emploi stable (Figure 2). Le risque est également accru chez les personnes vivant dans un logement précaire (41 %) ou sans abri (35 %) (contre 18 % pour les personnes ayant un domicile stable), ainsi que chez les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ou de la couverture maladie universelle (CMU).

Figure 1. Proportion de patients, âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000, présentant un risque d'alcoolisation excessive selon le sexe et l'âge

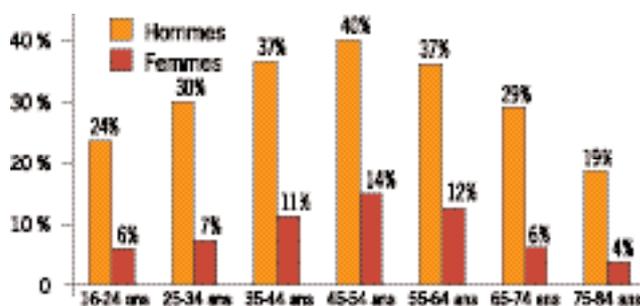
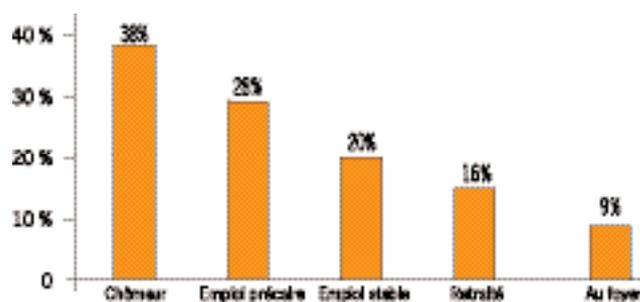


Figure 2. Proportion de patients, âgés de 16 ans ou plus ayant recours au système de soins en 2000, présentant un risque d'alcoolisation excessive selon la situation par rapport à l'emploi



En conclusion, outre la surexposition masculine au risque d'alcoolisation excessive, les consommations abusives sont souvent associées à des caractéristiques professionnelles, sociales, familiales et sanitaires défavorables.

Tania Rosilio

Chargée d'études,

Christophe Léon

Statisticien-analyste de données, INPES.

1. World Drink Trends 2000, *Productschap Voor Gedistilleerde Dranken*.
2. Un patient est considéré comme « à risque d'alcoolisation excessive » s'il l'est selon un des trois critères suivants :
- le test Delta relatif à la perception par le patient de sa consommation ;
- les réponses à trois questions du test Audit (Alcohol Disorders Identification Test) ;
- l'avis du médecin traitant.

Cet article a été rédigé à partir de la publication *Études et Résultats* n° 192 de septembre 2002, dont les auteurs sont Marie-Claude Mouquet, ministère des Affaires sociales, Drees et Hervé Villet, ORS, Haute-Normandie.

Éditorial

Tisser des liens sociaux pour aider à bien vieillir

Philippe Lamoureux 12

Le vieillissement de la population bouscule les liens sociaux

La France face au défi du vieillissement
Alain Parant 13

De l'enfance au grand âge : les liens sociaux, tout au long de la vie

Geneviève Arfeux-Vaucher 14

« Dis, papy, dessine-moi un mouton ! »

Yves Géry 16

Comment le relationnel influence sur la santé psychique et sociale

Réseau de parenté : le pivot du lien social
Sylvie Renaut 17

À Bretonneau, la culture ouvre les portes de l'hôpital

Yves Géry 20

Maintenir l'estime de soi des personnes âgées, à domicile

Martine Dorange 21

Animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens

Bernard Hervy 23

À Dinan, les maisons de retraite s'organisent en réseau

Yves Géry 27

Maintien à domicile : quand les associations jouent les médiateurs

Denis Mennessier 28

Alençon : un domicile collectif branché sur l'école et le quartier

Régine Delange, Yann Menot,
Sylvie Giraudou 30

Les liens sociaux, tissés au fil des expériences locales

Immigrés à Paris : le café social, repart contre la solitude

Yves Géry 32

En Lorraine, des guichets d'information pour les personnes âgées et leurs familles

Francine Tisserand 33

Former et valoriser les auxiliaires de vie : une urgence

Frédérique Decherf 35

« Je vieillis, mes droits demeurent ! »

Nicole Goepfert 37

Programme régional de santé d'Île-de-France : un outil pour lutter contre l'exclusion des personnes âgées

Valérie Olagnier 38

Pour en savoir plus

Catherine Lavielle, Fabienne Lemonnier ... 39

Personnes âgées : restaurer le lien social

Dossier coordonné par **Geneviève Arfeux-Vaucher**, directeur de recherche à la Fondation nationale de gérontologie (FNG) et **Véronique Espérandieu**, chargée de mission à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Tisser des liens sociaux pour aider à bien vieillir

Notre pays est confronté à des changements profonds : arrivée à la retraite d'importantes classes d'âges à partir de 2006, allongement de la durée de la vie et amélioration de l'état de santé des personnes d'âge avancé. Bientôt, il y aura en France davantage de personnes âgées de plus de 65 ans que de jeunes de moins de 20 ans.

En fait, dans notre société, la tranche d'âge 60-65 ans ne marque plus le seuil de la vieillesse. Dans ce contexte, comment vivre au mieux son avancée en âge, à une époque où vieillissement n'est plus forcément synonyme de perte d'autonomie ? Comment permettre aux personnes âgées de continuer à s'impliquer dans leur environnement, comment maintenir autour de ces personnes les liens sociaux et favoriser les solidarités entre les générations ? Comment accompagner les situations d'incapacité, de maladie ou de fin de vie ? Voilà des interrogations qui se posent à notre société : en contrepartie d'une espérance de vie en constante amélioration, il nous faut imaginer des relations sociales où la personne âgée trouve sa place. Même si, autour d'elle, les amis disparaissent et la famille rétrécit.

Ce numéro se veut outil de réflexion et d'aide à l'action pour les professionnels de la santé. Les auteurs que nous avons sollicités dressent un constat nuancé : d'un côté, nombre de personnes âgées arrivent à préserver le lien social, de l'autre, ces mêmes rapports sociaux sont de plus en plus bousculés. Ainsi, par exemple, il n'est désormais plus rare pour une personne très âgée de voir un de ses enfants « partir » avant elle. Dans tous les cas, la majorité des personnes âgées est en forte demande de relations sociales.

Certains auteurs soulèvent une réflexion plus grave : comment notre société actuelle peut-elle supporter le peu d'attention porté aux

« vieux » dans certaines institutions, ou dans la vie citoyenne en général ? Où l'on découvre au détour d'un article que les personnes âgées en sont à revendiquer le respect de droits élémentaires comme exercer le culte de leur choix, choisir leur vie affective et sexuelle ou avoir droit à une intimité.

Pour autant ces constats préoccupants ne doivent pas occulter le travail quotidien des acteurs de terrain : associations qui effectuent une tâche considérable de lien avec les proches mais aussi les familles et l'ensemble des professionnels impliqués, auxiliaires de vie, médecins, infirmières, directeurs d'établissements, mutualités, collectivités, administrations. La seconde partie du dossier ouvre une fenêtre sur ce travail de fond, souvent effectué en réseau et qui sert de terreau aux initiatives novatrices, comme ces haltes-garderies implantées au cœur des maisons de retraite.

Pour l'INPES, familier des programmes d'action en matière de nutrition ou de prévention des chutes, ce dossier amorce une réflexion plus globale autour du « bien vieillir ». Cette préoccupation transversale se retrouve d'ailleurs dans les travaux de l'Institut. Ainsi, notre « Baromètre santé » permet de connaître les préoccupations de la population en matière de santé et d'en suivre l'évolution ; or nous souhaitons justement étendre aux plus de 75 ans les études effectuées dans ce cadre. De même, nos brochures et films contribuent à prévenir les difficultés de santé chez les personnes vieillissantes. Tout comme en mobilisant les réseaux de l'éducation pour la santé, l'Institut souligne l'importance des actions de proximité qui prennent ici toute leur place. Enfin, il nous faut remercier tout particulièrement la Fondation nationale de gérontologie, coordinatrice de ce dossier en partenariat avec l'INPES, qui joue les premiers rôles pour fortifier ce lien social. Un fil parfois ténu qui relie les plus âgés à l'autre. Ou aux autres...

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'INPES.

**Comment permettre
aux personnes âgées
de continuer à s'impliquer
dans la société ?
Comment accompagner
les situations d'incapacité
ou de fin de vie ?...**

La France face au défi du vieillissement

La proportion des 60 ans ou plus dans la population française devrait passer de 20 % – chiffre actuel – à environ 30 % à l'horizon 2050. Selon le démographe Alain Parant, de l'Ined, ce « sur-vieillissement » va affecter une société qui s'y est peu préparée.

Toute population humaine se renouvelle par le jeu des naissances, des décès et des mouvements migratoires. La taille et la composition par âge d'une population dépendent donc des comportements procréateurs (fécondité), de l'état sanitaire (mortalité) et des capacités d'attraction-répulsion (migration nette) de l'espace considéré. En France, la combinaison de ces paramètres entraîne une augmentation de la proportion d'individus âgés, et donc un vieillissement démographique.

Ce processus est très ancien en France. Il est le résultat d'un double mouvement de fond associant la baisse très précoce de la fécondité et l'allongement de la durée de la vie. Ce mouvement n'en est pas moins appelé à connaître une rapide progression au cours des prochaines décennies. L'avance en âge des générations nées après la Seconde Guerre mondiale – beaucoup plus étoffées que leurs devancières de l'entre-deux-guerres, et également beaucoup moins fécondes – va donner, en effet, au phénomène une impulsion sans précédent à compter de 2005-2010 ; la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus pourrait ainsi passer de quelque 20 % actuellement à 20-22 % en 2005 et 27-39 % en 2050 (plage de variation extrême des projections démographiques actuellement disponibles). Ce « sur-vieillissement », prévisible de longue date, va affecter, dans ses différents rouages, une société qui s'y est très peu préparée.

Formidable défi, le vieillissement démographique est un phénomène aux multiples enjeux. En premier lieu, il

pose la question de la pérennité du système actuel de protection sociale. À cet égard, un groupe d'experts a notamment conclu (1) que, dans un scénario démographique médian :

- pour compenser la croissance des dépenses de santé induites par le vieillissement de la population, il faudrait soit majorer les taux de cotisation maladie de 46 %, soit réduire d'un tiers le montant des remboursements par tête, à sexe et âge donnés. Et ce hors prise en charge de la population très âgée dépendante ;

- pour préserver l'équilibre financier des régimes de retraite, il faudrait augmenter de 51 % le taux de cotisation vieillesse (sans hausse du pouvoir d'achat des retraites par rapport aux salaires) ; ou diminuer de 44 % le montant moyen des pensions par rapport à celui des salaires ; ou élever de 9,6 ans l'âge de cessation d'activité ; ou encore accroître considérablement la population active sans élévation de l'âge de la retraite (essentiellement en accroissant la part de personnes actives chez les femmes et en ayant recours à l'immigration).

À l'évidence, les enjeux du vieillissement interfèrent avec ceux relatifs à l'emploi, à l'évolution et au « *management* » (2) de la population active, laquelle vieillit également. Mais ils renvoient aussi aux modalités de fonctionnement de l'économie et de ses rapports avec le reste du monde.

Le vieillissement interpelle également la société sur le devenir de l'offre et de la demande des biens et services traditionnels (dont une population

comptant une forte proportion de personnes âgées peut être partiellement ou totalement saturée) ou nouveaux (tout aussi soumis que les précédents à des effets d'âge ou de génération). Il questionne sur l'évolution des jeux de pouvoir et des rapports de forces entre générations successives. Il conduit à des réflexions, d'essence plus philosophique, sur le sens de la vie et sur le droit de tout être à une fin de vie et à une mort dignes.

C'est dans sa globalité, sous l'angle de ses multiples et diverses conséquences, que le vieillissement démographique doit être appréhendé. C'est en cela qu'il constitue un redoutable cas d'école pour la volonté politique.

Alain Parant

Démographe, Institut national d'études démographiques (Ined), Paris.

► Références bibliographiques

(1) Calot G., Chesnais J.-C. (en collaboration avec Confesson A., Parant A. et Sardon J.-P.). *Le vieillissement démographique dans l'Union européenne à l'horizon 2050. Une étude d'impact*. Futuribles International-Lips-Datar-Commissariat général du Plan, TRP n° 6, octobre 1997 : 227 p.

(2) Delannoy B., du Granrut C., de Jouvenel H., Parant A. *Un essai de prospective sur les retraites en France à l'horizon 2040*. Futuribles International-Lips-Datar-Commissariat général du Plan, TRP n° 14, octobre 2001 : 197 p.

De l'enfance au grand âge : les liens sociaux, tout au long de la vie

Les personnes âgées sont confrontées à des fonctions sociales qui disparaissent et des liens de dépendance qui apparaissent. Mais, en s'appuyant sur une bonne relation à elles-mêmes, elles peuvent garder de bonnes relations avec les autres.

Viellir, c'est parcourir son cycle de vie, de la naissance à la mort. L'être humain est un être éminemment social : son développement et son humanisation passent obligatoirement par la création de liens avec son entourage familial puis social. Liens réels, comme liens imaginaires et symboliques, se tissent progressivement et témoignent du besoin de se sentir appartenir à une communauté d'idées comme de personnes. Les liens dits naturels, comme *les liens du sang*, sont en fait des constructions culturelles, progressivement organisées tout au long de l'évolution de l'humanité¹.

Les liens assurent donc une cohésion au sein de la famille tout comme de la société. Ils entraînent, qu'on le veuille ou non, la construction de groupes ouverts à l'extérieur, mais qui s'excluent parfois entre eux. Si j'appartiens à telle famille, je ne peux appartenir en même temps à telle autre. Le lien social construit l'appartenance et l'exclusion.

La nécessité du lien chez les humains – bien évidemment différent des formes de liens qui unissent les communautés animales – crée des dépendances et des interdépendances qui se transforment au cours de la vie. La dépendance très forte du nourrisson à l'égard de ses parents qui prennent soin de lui va évoluer vers plus d'autonomie matérielle mais avec une interdépendance affective toujours là. Cette acquisition de plus d'autonomie par rapport aux parents se fait aussi par la création de nouveaux liens, grâce à l'école notamment. L'adolescence est un temps fort de cette construction identitaire, par la

participation à des groupes dont les liens entre pairs sont à la fois contraignants et instables. Tous ces phénomènes sont analysés depuis longtemps d'un point de vue psychologique. La vie adulte va faire connaître d'autres types de lien et des nouvelles dépendances : lien à son employeur, liens amoureux, liens amicaux, liens associatifs, etc.

Liens qui se nouent et se dénouent, au fil de la vie

Il est donc clair que la notion de lien et de dépendance comporte des bénéfices comme des inconvénients, et ce tout au long de la vie, mais chaque fois différents. Le lien permet la reconnaissance, l'existence sociale, mais il produit des obligations, des restrictions à son désir de liberté. Le lien construit de l'identité, mais peut entamer l'individualité par l'obligation de se conformer à des règles pour maintenir le lien.

Une fois passé le milieu de la vie (milieu mythique puisque personne ne sait à quel âge il a parcouru la moitié de sa vie), à tout le moins au-delà de 60-65 ans (peu de personnes seront des Jeanne Calment et dépasseront comme elle les 120 ans !), les liens antérieurs construits vont encore se modifier par une disparition de certaines formes de liens que rien ne vient remplacer : bien des liens professionnels s'amenuisent avec le temps, et des liens amicaux comme familiaux anciens disparaissent avec la mort de personnes qu'aucun nouveau lien amical ou familial ne remplace. La perte du lien avec son père ou sa mère, dans le commencement de sa vieillesse, n'est pas compensée par la naissance d'un petit enfant.

Il peut y avoir aussi la réapparition de liens de dépendance non choisis (vis-à-vis de ses enfants cette fois et non plus de ses parents) pour compenser des difficultés de vie. Formes de liens qui font souffrir, comme le bébé peut souffrir quand il n'arrive pas encore à faire certaines choses qu'il désire faire. Mais à ce moment de la vie que constitue la vieillesse, la personne n'arrive plus à effectuer un certain nombre de tâches qu'elle souhaite faire.

Entre *ne pas encore pouvoir* et *ne plus pouvoir*, le vécu douloureux de ce lien s'inscrit à un moment bien différent de la vie humaine. L'avenir n'est pas perçu de la même manière. Il ne se contente pas de rétrécir comme *Peau de chagrin*². Pour beaucoup de personnes, il perd une bonne partie de sa chaude coloration.

Y a-t-il des liens dont on peut faire le deuil, sans dommage psychique, dans la vieillesse comme à d'autres périodes de la vie ? Comment tenir sa place sociale et y être reconnu tout en acceptant des modifications dans les liens noués jusque-là ? Il n'y a pas de réponses univoques à ces questions. À situations en apparence égales, les réactions et ressentis personnels sont multiples, à cause de la construction profondément singulière de toute personne, malgré un contexte de socialisation commun à beaucoup de personnes. La personnalité de chacun et sa capacité à nouer et délier telles formes de liens sont personnelles. L'expérience intime de chacun ne se réduit pas aux schémas classiques de développement et de socialisation que la

psychologie, la sociologie et la psychanalyse nous ont appris.

Cultiver le « lien à soi-même », dès le berceau

La santé de l'homme, au sens générique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), nécessite ce bon ancrage dans des réseaux familiaux et sociaux à tous les âges de la vie, selon des modalités qui évoluent avec l'âge et les désirs de chacun. Mais si les liens aux autres sont nécessaires toute la vie, une autre forme de lien l'est tout autant, surtout dans une perspective de « bien vieillir » : c'est le lien à soi-même. C'est la complémentarité de ce lien qui donne un sens aux liens avec les autres. Lien à soi-même dont l'importance va se révéler déterminante au fur et à mesure que la personne avance en âge et que les piliers des liens déjà créés s'estompent : décès qui se cumulent, difficultés de plus en plus grandes à participer à des réunions consolidant les liens aux autres, utilisation parfois de plus en plus difficile d'outils supports aux liens (courrier, téléphone, etc.).

Ce constat implique clairement que la prévention de l'évolution des liens dans la seconde partie de la vie commence dès le berceau, à travers la construction de ce que Donald Woods Win-

nicott appelle « *la capacité d'être seul* ». Apprendre à être seul, grâce à l'étaiyage d'un moi. Cet appui sur le moi de la mère, dit Winnicott, permet au bébé de se sentir bien avec lui-même, alors que n'ayant pas encore intériorisé une image unifiée de lui-même, il n'a pas de moi propre.

En d'autres termes, à cette période de la vie, comme le bébé vit alors dans un univers de *corps morcelé*, il prend appui sur le moi parental unifié, pour vivre en sécurité avec lui-même quand il se trouve hors du cocon protecteur des bras qui le portent. Découvrir cette sécurité intérieure grâce à l'apport parental sera suivi par l'incorporation psychique des imagos parentales, quand l'enfant se sera doté de son propre moi.

Ici s'effectue le passage des liens réels aux liens imaginaires ; le très jeune enfant transforme l'absence réelle (et temporaire) de ses parents par la production d'images mentales à l'intérieur de lui-même : il a incorporé leur image, image qui rassure. La présence imaginée comble l'absence réellement constatée : c'est l'image intérieure des parents qui rassure. Il est à souligner que l'enfant a pu nouer une relation à lui-même sécurisante en l'absence de ceux qui lui ont permis cette construction et découverte.

Cet acquis de la prime enfance peut être réactivé au moment de la vieillesse et de la grande vieillesse, quand les supports réels aux liens se réduisent. Faire le deuil de liens réels sera plus facile si, dans les débuts de la vie, la personne a pu nouer cette relation à elle-même faite de sécurité intérieure.

Nouer une bonne relation à soi permet de nouer de bonnes relations aux autres. Cela permet aussi de se recentrer sur soi, tout en restant inséré dans des réseaux de sociabilité, parce que prendre de l'âge, c'est (ou ce devrait être) apprivoiser son mourir. Si des liens existent jusqu'à la mort, chacun meurt seul. Liens pour sa vie, liens pour sa mort, les uns ne vont pas sans les autres. La santé publique devrait davantage en tenir compte.

Geneviève Arfeux-Vaucher

Directeur de recherche,
 Fondation nationale de gérontologie, Paris.

1. Voir l'émission en janvier 2003 sur France 3, sous la direction scientifique d'Yves Coppens sur l'Odyssee de l'Espèce.

2. de Balzac H. La peau de chagrin. Paris : Hatier, coll. Classiques et cie, 2002 : 319 p. (1ère édition : 1831).

« Dis, papy, dessine-moi un mouton ! »

Depuis sept ans, deux maisons de retraite du Val-de-Marne accueillent des haltes-garderies en leur sein. La cohabitation avec les enfants contribue à resocialiser une partie des personnes âgées. Curieusement, l'expérience demeure pratiquement unique.

C'est une expérience qui n'a guère fait d'émules en France : implanter une halte-garderie au cœur d'une résidence de personnes âgées. En 1995, deux maisons de retraite du Val-de-Marne, l'une à Bonneuil, l'autre à Saint-Maur, décident d'ouvrir une halte-garderie. L'opération se fait grâce à la coopération des mairies qui cofinancent. La résidence des Bords de Marne à Bonneuil ouvre le feu en accueillant dix enfants de 18 mois à 3 ans, la résidence de l'Abbaye à Saint-Maur suivra quelques années plus tard, elle accueille à ce jour dix à quinze enfants quotidiennement. « *L'objectif était d'éviter que ces maisons ne soient des ghettos pour vieux, des lieux d'exclusion* », explique Sylvie Mroczek, cadre infirmière responsable du projet. Sept ans plus tard, l'expérience intrigue, fait défiler caméras de télévision jusqu'à celle d'Arte.

Les haltes-garderies sont inscrites dans la vie municipale, les enfants ont leur propre rythme de vie tout comme leurs voisins, les résidents âgés. Mais les deux communautés ont, chaque jour, des plages de rencontres : petit déjeuner, déjeuner, activités communes comme la gymnastique douce et un atelier masque et plumes. Les vieux viennent raconter des contes aux enfants. Un jumelage a été créé entre la maison de retraite et une classe de CM1 de l'école d'en face. Bref, l'aspect tour d'ivoire de la maison de retraite est battu en brèche.

Pour compléter cette ouverture vers l'extérieur, un salon de coiffure a été ouvert dans les deux établissements, les résidents peuvent s'y faire coiffer pour un prix « spécial » et les extérieurs y ont aussi accès au tarif normal. Un salon d'esthétique vient d'ouvrir dans les deux maisons de retraite, sur le même

modèle de fonctionnement : un artisan loue un local dans la maison, l'équipe et propose ses services. Le produit de la location est reversé à l'association d'animation des maisons de retraite.

Les uns sont intéressés, d'autres pas

Le bilan ? Il ne peut laisser indifférent. D'abord les personnes âgées ne sont pas toutes demandeuses de relations « inter-générationnelles » avec les enfants : environ 10 à 20 % s'y sont énormément investies, d'autres sont assez passives mais regardent avec bienveillance les enfants passer. Quelques-unes ne sont pas intéressées, certaines d'entre elles considèrent les « mioches » comme un élément perturbant. « *Mais même ce dernier résultat est positif dans la mesure où les personnes expriment un choix, elles ne sont pas pour, donc elles existent et ne vivent pas dans la contrainte et le subi* », décrypte Sylvie Mroczek.

Et puis surtout, pour les personnes âgées qui s'investissent, le bénéfice saute aux yeux : « *l'enfant parvient à apprivoiser le grand âge. Les vieux se resocialisent, se remettent dans une trajectoire de vie, avec une fonction d'éducateurs. Ils se sentent valorisés car l'enfant n'a pas a priori un regard jugeant sur un handicap ou les rides d'une personne. Il y a donc un regard d'humain à humain qui n'est pas porteur de jugement, ce qui entraîne un contact authentique, une simplicité relationnelle* », souligne Sylvie Mroczek. Même l'éclairage cru des caméras de télévision aurait provoqué un effet bénéfique chez certains : beaucoup sont très à l'aise devant l'objectif, contents de réapparaître à la lumière, « *l'irruption de la caméra renarcissise les personnes d'un grand âge* », estime-t-elle.

Bon retour aussi du côté des enfants. Une institutrice se déclare frappée par l'influence calmante qu'une personne âgée a sur un enfant d'ordinaire extrêmement agité. Le fait pour cet enfant de venir régulièrement passer les vendredis après-midi dans la maison, d'y jouer aux dames ou à un autre jeu « de table » avec une personne âgée devenue un peu tutrice a modifié le comportement de cet enfant qui s'est révélé attentif à la personne âgée. Cette évolution a bouleversé les *a priori* de l'institutrice.

Chacun y puise ce dont il a envie

Les familles se déclarent également satisfaites, elles envoient les petits frères et sœurs des enfants qui ont inauguré la formule, et la halte-garderie reçoit davantage de demandes qu'elle n'a de places disponibles, il est vrai qu'elle offre de plus un cadre verdoyant et spacieux. « *Finalement, chacun y puise ce qu'il a envie, et puis ces partages révèlent l'autre autrement* », poursuit la cadre infirmière.

Il reste que ce type d'expérience se compterait sur les doigts d'une main, une autre expérimentation lancée à Lyon ayant été récemment stoppée. Serait-ce donc si compliqué ? « *Il faut simplement y croire, avoir de la volonté, de l'énergie* » indique-t-on à la direction de ces établissements. Il faut aussi bénéficier d'une coopération active de la commune. Ce qui ne signifie pas forcément un engagement financier lourd, puisque la maison de retraite fournit les locaux. Avec des ingrédients aussi simples à réunir, on peut se demander pourquoi ce type d'expérience demeure l'exception. Indifférence ? Manque de volonté ? Question de moyens ?

Propos recueillis par Yves Géry

Réseau de parenté : le pivot du lien social

Contrairement à certaines idées reçues, l'entrée en institution n'est pas forcément synonyme d'isolement social. L'état de santé des personnes âgées et l'évolution de leur réseau de parenté sont des facteurs beaucoup plus déterminants.

La question du lien social, des formes d'intégration relationnelle et de participation sociale, est généralement posée avec une connotation négative lorsqu'elle est associée à la question du vieillissement.

Il est souvent admis que le vieillissement s'accompagne d'une désertification des relations autour de la personne âgée, laquelle se retrouve seule et isolée. La disparition de la cohabitation de plusieurs générations, image emblématique de la famille « d'avant », aurait conduit à « l'institutionnalisation » des personnes âgées par la famille « d'aujourd'hui » qui se désintéresserait de ses vieux parents !

Qu'en est-il en réalité ? L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) menée par l'Insee entre 1998 et 2001 sur les personnes handicapées ou dépendantes apporte un nouvel éclairage sur ces questions.

Le grand âge constitue une période de fragilisation qui s'inscrit dans un processus de perte : perte des proches et des relations avec les contemporains, perte des capacités fonctionnelles et désengagement de certaines activités, diminution de la participation sociale (1). Nombre de recherches ont toutefois démontré la persistance de la dynamique des relations familiales : vitalité des échanges, aides et services qui circulent au sein de la famille. Ces recherches soulignent en particulier l'investissement massif des proches auprès des personnes âgées lorsqu'elles sont

confrontées à des difficultés dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne.

Sur la courbe des restrictions d'activités en fonction de l'âge, on observe que le point d'inflexion s'amorce autour de 75 ans. Jusqu'à 70 ans, plus de 95 % des individus sont indépendants dans leur vie quotidienne au sens de l'indicateur de Katz¹ et, à partir de 80 ans, ils sont moins de 75 %. En parallèle, la proportion de personnes âgées vivant à domicile diminue aussi : avant 70 ans, plus de 95 % des individus vivent à domicile et, à partir de 80 ans, ce taux passe au-dessous de 85 %. Globale-

ment, la part de la population âgée résidant en hébergement collectif reste modeste : 400 000 personnes vivent en institution pour environ 4,2 millions de personnes âgées de 75 ans et plus². À partir de cet âge, le besoin d'être aidé au moins pour faire sa toilette et s'habiller concerne 300 000 personnes ; il est aussi répandu à domicile (155 000 personnes) qu'en institution (146 000 personnes).

300 000 personnes isolées

Cette estimation de 300 000 personnes correspond aussi au nombre de personnes âgées, isolées, qui ne mentionnent l'existence d'aucun lien avec

leur parenté proche – leur conjoint, un descendant, un frère, une sœur –, ou avec des amis, collègues, voisins, membres de la famille plus éloignés. Tout à fait minoritaire – 7 % de la population concernée –, cette population isolée est proportionnellement deux fois plus élevée en établissement qu'à domicile : 12 % contre 6 %, qui représentent respectivement 50 000 et 240 000 personnes. Mais attention aux conclusions hâtives : l'absence de lien social n'est pas la conséquence de l'entrée en institution. La réalité est que les personnes âgées sont davantage seules avant d'entrer en institution : 20 % des résidents sont isolés, sans famille proche, contre 5 % des personnes âgées qui vivent à domicile.

Lorsque la santé décline, dans les situations d'isolement conjugal et familial, le défaut de support familial est l'une des clés de l'entrée en établissement. En particulier, le célibat ou le veuvage des hommes les prédisposent davantage à quitter leur domicile (2). La contraction de la taille du réseau de parenté – avec notamment la perte des

contemporains qui accompagne l'avance en âge – est surtout visible en institution. Les résidents, qui ont atteint 86,5 ans en moyenne (81 ans à domicile), comptent à peine plus de 4 personnes dans leur entourage proche, contre 8,3 pour les personnes vivant à domicile. Les personnes isolées en institution n'ont presque plus de famille proche autour d'elles : plus de 60 % ne comptent plus ni conjoint, ni frère, ni sœur, ni descendant (contre 22 % à domicile).

La dépendance ne dissoud pas forcément les liens familiaux

Alors que plus d'une personne sur trois est entrée en institution pour raison de santé (plus de 83 % pour celles qui y résident depuis moins d'un an), la perte des capacités physiques et/ou psychiques n'affecte pas la fréquence des échanges familiaux. Par exemple, entre les personnes qui souffrent de pertes des acquis intellectuels et celles qui n'en souffrent pas, ou bien, entre les personnes qui sont dépendantes pour les six activités de la vie quotidienne

de l'indicateur de Katz et celles qui sont totalement autonomes, les taux de relations avec la parenté proche sont équivalents : environ 70 % en institution et 77 % à domicile³.

En revanche, les relations avec les amis ou la famille plus éloignée sont affectées par l'état de santé. En présence de troubles psychiques, ces liens extérieurs à la parenté proche s'affaiblissent de dix points en établissement (60 %), comme en ménage ordinaire (67 %). L'écart se creuse encore davantage avec la perte des capacités fonctionnelles, qui limite les possibilités d'échanges et de réciprocité dans les liens amicaux. Dans ce cas, l'existence de relations en dehors du cercle de parenté proche ne concerne plus que la moitié des personnes dépendantes, en institution comme à domicile.

Quel que soit le mode de vie, environ la moitié des personnes âgées qui ont de la famille proche, vivent au plus loin dans la même ville ou les environs d'un parent proche. Dans certaines

situations, l'entourage renforce les liens autour des personnes les plus fragiles et la mobilisation familiale est aussi forte en institution qu'à domicile. Par exemple, les visites au moins hebdomadaires de parents proches sont significativement plus fréquentes en institution, 51 % contre 41 % à domicile.

Par conséquent, pour peu qu'elle ait encore des parents proches – son conjoint, un frère, une sœur, des descendants –, une personne âgée n'est pas plus isolée en institution qu'à domicile. Plutôt que de raréfaction, on en viendrait presque à parler de densification des liens autour du grand âge. Mais ces résultats résistent-ils à l'épreuve du temps ? Sur la durée, il est frappant d'observer que la densité des relations entre la personne âgée et ses parents proches ne se dément absolument pas. Pour celles et ceux qui ont répondu à deux entretiens espacés de deux ans, 82 % des personnes vivant à leur domicile ont mentionné l'existence de liens avec leur entourage lors de la première interview et 85 % deux ans plus tard ; en établissement, ces relations concernent respectivement 88 % et 87 % des résidents.

La perte des proches affaiblit les relations sociales

La densité du réseau familial est déterminante dans l'évolution des relations et le risque d'isolement. Par exemple, l'isolement croissant d'une personne âgée en institution ne peut être attribué à une désaffection des relations antérieures, une rupture progressive du lien social. Cet isolement résulte avant tout de la perte des contemporains et des proches. Dès que l'on s'intéresse aux résidents qui ont un réseau de parenté potentiellement actif, quelle que soit la durée de séjour, on retrouve une très grande stabilité du taux de relations avec la parenté et de la proportion des personnes isolées (respectivement 87 % et 6 %). Assez curieusement, cette proportion de personnes isolées, malgré l'existence de parents proches, est équivalente dans les deux modes de vie (institution ou domicile). Ceci confirme que la nature des liens sociaux a moins à voir avec l'entrée en institution que les conditions de santé. L'enquête indique effectivement que l'affaiblissement du lien social est notamment imputable à une détérioration de l'état de santé psychique.

Pour résumer, et compte tenu d'autres travaux sur le suivi de personnes âgées, il faut souligner la stabilité de la vie relationnelle dans le grand âge (3, 4). Si certains facteurs de fragilisation augmentent le risque d'entrer en établissement – l'état de santé psychique étant le plus déterminant –, vieillissement et institution ne sont pas nécessairement associés à un processus d'isolement relationnel et surtout pas à une rupture du lien social.

Enfants, la clé de voûte du lien social

En revanche, la taille du réseau de parenté, et plus encore sa composition, se retrouve au cœur de la vie relationnelle dans le grand âge. Comme l'indique l'enquête mentionnée ci-dessus, en deux ans, la structure générationnelle du réseau de parenté reste pratiquement inchangée à domicile tandis que les modifications sont sensibles en établissement. La perte des proches est considérable pour les résidents : la taille du réseau passe de 4,4 à 3,7 personnes en moyenne (respectivement 8,4 à 8,3 personnes à domicile) ; la proportion des résidents sans aucune famille passe de 20 % à 24 %.

Autre fait relativement peu visible mais qui se développe, compte tenu de l'âge moyen des résidents, pour ceux qui ont des enfants, le risque de connaître le décès d'un enfant est bien réel. Or, les enfants constituent le plus souvent la clé de voûte du lien social et le risque d'isolement est donc lié à l'existence ou non de descendants. Pour les générations nées jusqu'à la guerre de 14-18, qui ont atteint 85 ans et représentent plus de 70 % des résidents d'établissements (30 % à domicile), il faut savoir que 15 % à 20 % des femmes sont restées sans enfant et 20 % à 25 % ont eu un seul enfant. Ensuite, jusqu'au début des années vingt, on compte encore 15 % de femmes sans enfant et un cinquième avec un seul enfant. Dans la population étudiée à domicile, le nombre moyen d'enfants est de 1,8 pour les 85 ans et de plus de 2,3 pour les plus jeunes (respectivement 1,4 et 1,5 en institution).

Au regard du nombre d'enfants qu'a eu la génération à venir des personnes âgées, le risque d'isolement relationnel des plus âgés ne devrait pas augmenter dans les années à venir. En d'autres

termes, les générations qui atteindront 75 ans en 2005 devraient pouvoir compter sur une descendance nombreuse. En effet, les femmes nées au début des années trente, elles-mêmes issues de générations creuses, ont mis au monde davantage d'enfants. Ensuite, les familles nombreuses se font plus rares tout comme la proportion de femmes qui restent sans enfant. Dans l'immediat, le devenir des relations dans le grand âge interroge plutôt la capacité des proches à accompagner sur des périodes plus longues leurs ascendants fragilisés par un handicap.

Sylvie Renaut

Direction des recherches sur le vieillissement,
 Caisse nationale d'assurance vieillesse
 (Cnav), Paris.

1. L'indicateur de Katz est une échelle hiérarchique de besoin d'aide pour la réalisation de six activités de la vie quotidienne (AVQ) : faire sa toilette ; s'habiller ; aller aux toilettes et les utiliser ; se coucher ou quitter son lit et s'asseoir ou quitter son siège ; contrôler ses selles et ses urines ; manger des aliments (cuisinés et coupés).

2. En 1999, la France métropolitaine compte 4,2 millions de personnes de 75 ans et plus, 3,8 millions en ménage ordinaire, 398 000 dans les établissements médico-sociaux, y compris une minorité dans les établissements pour adultes et moins de 5 000 personnes en psychiatrie. Sauf précision, les données de l'article font référence à la population de 75 ans et plus.

3. La perte des acquis intellectuels recouvre les troubles de la mémoire, la désorientation temporo-spatiale (démence, maladie d'Alzheimer, détérioration, etc.). Ces déficiences touchent plus de 500 000 personnes de 75 ans et plus en ménage ordinaire (15 %) et moins de 150 000 en établissement (37 %).

► Références bibliographiques

- (1) Bickel J.-F., Cavalli S. *De l'exclusion dans les dernières étapes du parcours de vie.* Gérontologie et Société 2002 ; n° 102 : 25-40.
- (2) Renaut S. *Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle.* Gérontologie et Société 2001 ; n° 98 : 65-83.
- (3) Pin S., Guilley E., Lalive d'Épinay C., Vascotto Karkin B. *La dynamique de la vie familiale et amicale durant la grande vieillesse.* Gérontologie et Société 2001 ; n° 98 : 85-101.
- (4) Cavalli S., Bickel J.-F., Lalive d'Épinay C. *Les événements marquant du grand âge sont-ils des facteurs d'exclusion ?* Gérontologie et Société 2002 ; n° 102 : 137-51.

À Bretonneau, la culture ouvre les portes de l'hôpital

Un hôpital pour personnes âgées devenu attraction culturelle du quartier : c'est l'expérience-pilote menée à l'hôpital Bretonneau à Paris. Une initiative qui reste isolée.

Deux cent trente-cinq lits, du court séjour aux soins palliatifs : réouvert fin 2001, l'hôpital Bretonneau qui accueillait des enfants jusqu'aux années quatre-vingt-dix, est désormais un établissement dédié aux personnes âgées. C'est surtout le seul hôpital gériatrique de l'Assistance Publique en France qui a ouvert aussi grandes ses portes à la culture.

L'idée est d'amener cette culture au plus près des personnes âgées, jusqu'à leur chevet s'il n'y a pas d'autre solution. Et de faire entrer les gens du quartier dans ce périmètre qui devient un « pâté de maisons ouvert » au cœur du quartier. Concrètement, Bretonneau est équipé d'infrastructures à faire pâlir toute Maison de la culture de métropole régionale : une salle de spectacles de cent cinquante places, une médiathèque, des jardins conçus pour accueillir des concerts en plein air, un bistrot de style Montmartre avec piano, des cimaises pour héberger des expositions, un atelier de peinture, etc. Le lieu est conçu pour s'ouvrir à l'extérieur.

Organe central de ce dispositif, la salle de spectacles ne désemplit pas : deux cents spectacles de professionnels y ont été joués en 2002. Ce jour d'avril 2003, en plus des personnes âgées de l'hôpital, plus de cinquante personnes du quartier sont venues à la « conférence concert », écouter un quatuor à cordes jouer mais aussi parler de l'histoire de la musique. Parmi elles, il y a une classe de collégiens avec leur professeur de musique. Il y a aussi pas mal de seniors qui viennent en voisins ; certains d'entre eux ont eu une première

réaction de rejet au départ, « *ils étaient réticents à investir un endroit où il n'y avait que des vieux, finalement un an plus tard, ils sont nombreux parmi nos spectateurs* », indique Dominique Spiess, responsable du programme culturel de l'hôpital.

Quand les soins palliatifs descendent au concert

Ici, la culture est un lien social qui parcourt les étages pour aller au devant des personnes à mobilité réduite : les conteurs se rendent au chevet des malades qui ne peuvent se déplacer, les danseurs brésiliens arpentent les étages.

L'hôpital a, dès le départ, souhaité aller au-delà des activités culturelles souvent proposées aux personnes âgées hospitalisées. La moitié des personnes âgées qui séjournent à Bretonneau est atteinte de la maladie d'Alzheimer, de

pathologies voisines, de problèmes mentaux ou de difficultés de repérage dans l'espace. Qu'importe, ouvrant d'autres portes que les traditionnels accordéons et les airs des années trente, le programme culturel leur propose une culture sans limite : des concerts de jazz avec dix-huit musiciens et un boucan d'enfer, trombones, percussions et trompettes. « *Ces concerts ont été très appréciés, y compris par des patients en service de soins palliatifs. Comme ils ne pouvaient pas se déplacer, ils ont été descendus par le personnel jusqu'à la salle de concert. Et le volume musical ne les a pas rebutés* », indique Dominique Spiess. Même succès pour un concert de musique sortie d'objets en cristal.

L'objectif de tout ce remue-ménage est finalement simple : amener la vie culturelle dans l'établissement. La cohabitation enfants/riverains/personnes âgées

malades permet d'appriivoiser l'autre, de faire évoluer les comportements. Dans les premiers mois de l'expérience, certains riverains venant voir un spectacle déplaçaient sans guère d'attention la personne dans son fauteuil roulant placée à l'entrée de la salle de spectacles. Quelques mois plus tard, les mêmes se transforment en conducteurs occasionnels de ces personnes âgées dans leurs fauteuils roulants, leur parlent.

Le lieu se veut festif, les occasions de croisement intergénérationnel multiples : une dizaine d'ateliers permanents fréquentés par les personnes âgées sont ouverts au public extérieur : yoga, thai shi shuan, peinture, etc. Le principe est aussi d'associer artistes et intervenants de santé : l'atelier danse est mené par

un chorégraphe qui travaille avec des kinésithérapeutes et psychomotriciens, l'atelier poésie est co-organisé par des ergothérapeutes et orthophonistes, le professeur de thai shi shuan travaille conjointement avec des psychomotriciens, etc.

L'émerveillement, occulté par la société

Chorégraphes, gens de théâtre, les artistes s'installent parfois dans l'hôpital pour plusieurs mois pour créer un spectacle, car on leur met à disposition un lieu. Ainsi, certains de ces spectacles conçus à Bretonneau se retrouvent, un an plus tard, au festival d'Avignon. Pour stimuler la mixité enfants/vieux, cinq ateliers intergénérationnels fonctionnent, parmi lesquels la composition musicale.

Élèves de conservatoire et aînés y cohabitent pour enregistrer un CD. « Rien ne se passe sans le lien, entre les artistes et les médecins, les jeunes et les âgés. Par l'émotion qu'elle crée, la culture remet les gens à égalité, elle les plonge dans un état qui est souvent en jachère chez les personnes âgées : l'émerveillement par rapport à la nouveauté. Jusqu'au bout de la vie, toute personne est en état de création et de réception, notre société l'a un peu oublié », déplore Dominique Spiess. Pour cette observatrice privilégiée de ces chocs culturels quotidiens, la vie vient du mélange. Et « il se passe des choses tellement génératrices de vie » à Bretonneau, que chaque hôpital devrait pouvoir bénéficier d'actions similaires.

Y. G.

Maintenir l'estime de soi des personnes âgées, à domicile

Accompagner « le travail du vieillir », c'est aussi préserver le rôle social et citoyen des personnes âgées qui vivent à domicile en changeant le regard que nous leur portons. Les études menées par la Fondation nationale de gérontologie témoignent de la nécessité d'activer les liens qui relient les personnes âgées à la société, en respectant ce qu'elles sont et ce qu'elles souhaitent.

Vieillesse et rupture du lien social, vieillissement et solitude sont des vocables fréquemment associés pour résumer les problématiques de la fin du parcours de vie. Le vieillissement seul n'est pas vecteur de rupture du lien social, et lorsqu'il y a moindre lien social, cela ne signifie pas pour autant un vécu douloureux.

L'analyse d'entretiens¹ réalisés auprès de retraités d'âges différents témoigne de la complexité de ce phénomène et de l'existence de situations très contrastées. À paramètres égaux tels que l'âge, le sexe, l'état de santé, la situation familiale, le sentiment de solitude existera ou ne sera pas douloureusement ressenti. De même, un événement (veuvage, maladie) ou un élément relevant d'une

situation objective (niveau de retraite, habitat) vont entraîner une rupture pour les uns, alors que d'autres vont s'y adapter. Plaintes et souffrance résultent d'une conjonction de plusieurs facteurs, d'une part objectifs, d'autre part subjectifs parce que liés à la personnalité, au regard et à l'appréciation portés sur la vie tant personnelle que familiale et professionnelle de la personne, au sentiment de satisfaction ou de frustration qui en découle.

Le contenu des entretiens prouve combien le besoin de parole et d'écoute est important, besoin de se raconter, de pouvoir dire librement et de faire le point sur sa vie et le sens de sa vie, trouver des clés explicatives au vécu d'aujourd'hui.

Mais à côté de ce besoin, les mots ou les réactions des personnes interviewées, leur étonnement d'être sollicitées pour participer à une enquête et leurs remerciements montrent à la fois qu'elles se considèrent « *comme peu intéressantes* » et combien le besoin d'un autre regard, d'une autre considération est grand.

Paroles d'hommes et de femmes

Comment parlent-ils de leur souffrance ? Quelles sont leurs plaintes ?

- « J'ai beaucoup apprécié ma vie professionnelle, je me suis arrêté contraint et forcé, maintenant je m'ennuie, je me sens inutile et déprimé » dit cet homme de 79 ans.

- « Je me sens inutile parce qu'on peut

faire sans moi » résume cet autre retraité ayant une vie associative qui s'est considérablement réduite.

- « *Je me rends compte aujourd'hui que des événements du passé comme le deuil de mon mari et surtout de mon fils restent encore très présents, je me sens seule et j'aurais besoin d'en parler* » indique cette femme de 71 ans.

- « *Mon mari ne voulait pas d'enfants, je n'ai pas osé divorcer ; à cette époque, ça n'était pas aussi facile qu'aujourd'hui, la solitude me pèse parfois* » souligne cette femme veuve de 88 ans.

On le voit, les vecteurs de rupture diffèrent et se déclinent différemment chez les hommes et chez les femmes. Hors statut et rôle professionnels, les hommes sont particulièrement peu enclins à parler d'eux-mêmes et de leurs émotions ; ils parlent davantage de sentiment d'inutilité que de solitude.

Ce sentiment d'inutilité intervient plus particulièrement à deux moments de leurs parcours : celui du passage à la retraite et celui où l'engagement social sous forme de bénévolat associatif ne peut plus être exercé au même rythme et avec la même intensité, en raison de l'avance en âge ou de la dégradation de l'état de santé. La vie professionnelle a été si investie que son arrêt provoque une vraie rupture jamais véritablement intégrée, en particulier chez certains ex-cadres.

Les femmes parlent davantage de sentiment de solitude résultant d'un mal-être plus complexe lié à des frustrations, des regrets, à un constat d'insatisfaction quant à leur vie personnelle et familiale passée et présente. Sentiment de solitude qui peut être renforcé par une situation de veuvage ou de célibat.

À noter également que les vecteurs de ruptures proviennent le plus souvent de la sphère personnelle et familiale lorsqu'il s'agit des femmes, et de la sphère professionnelle et sociale lorsqu'il s'agit des hommes. Ceci s'explique sans doute en partie par la répartition des rôles afférents aux hommes et aux femmes de ces générations.

Changer notre regard

Même si plaintes et souffrance doivent être prises au sérieux et demandent des réponses, les personnes concernées restent minoritaires. La majorité d'entre elles a trouvé d'autres moyens de s'ouvrir au monde et de maintenir les liens avec l'extérieur sans se réfugier pour autant dans un autre enfermement, celui de la dépendance à un proche ou à des aidants professionnels². Pour autant, les besoins socio-affectifs des personnes âgées sont loin d'être satisfaits.

Pour prévenir le sentiment de solitude comme celui d'inutilité, les demandes exprimées par les personnes rencontrées s'articulent autour de deux orientations prioritaires :

- la stabilité des revenus au niveau des retraites, des reversions, des aides financières et du niveau de remboursement des frais de santé, qui permettent un maintien du cadre de vie ;
- un accompagnement humain en termes d'écoute, de paroles, de soutien aux moments les plus importants de la vie et plus de convivialité offerte à proximité de chez soi.

Au-delà de ces demandes, prévenir le risque de rupture du lien social, c'est à la fois accompagner le « travail du vieillir » et changer le regard que nous portons sur les vieilles personnes. Afin de rehausser l'estime qu'elles portent sur elles-mêmes.

Martine Dorange

Chargée d'études,

Fondation nationale de gérontologie (FNG),

Paris.

1. Étude « *La solitude, l'isolement, le veuvage* » en cours, menée par la FNG auprès des ressortissants de l'association « *Après* » et des caisses de retraite Capimmec et Irec (2002-2003).

2. Caradec V. L'enfermement dans la vieillesse. *Informations sociales* 2000 ; n° 82 : 108-117.

Animateurs en gérontologie : des tisseurs de liens

Vigies du lien social, les animateurs en gérontologie sont confrontés à une tâche redoutable : aider les personnes âgées, dont la fonction sociale se réduit, à retrouver une utilité. Et des occasions de se faire plaisir... en faisant plaisir aux autres. La vie sociale des aînés ne peut être conçue comme une succession d'activités visant à s'occuper.

La gérontologie se définit comme « l'étude pluridisciplinaire de la vieillesse et des phénomènes de vieillissement sous ses divers aspects, médicaux, psychologiques, sociaux »¹. Tous les acteurs de ce secteur et tous les centres de formation parlent d'un être bio-psycho-social. La partie physiologique est largement représentée, de nombreux travaux sur le vieillissement physiologique normal et sur le vieillissement physiologique pathologique sont réalisés, et des progrès sensibles en découlent. La partie psychologique est nettement moins représentée (voire, dans certaines structures, pas du tout), alors que la vieillesse entraîne d'incontestables transformations de l'image de soi, de son identité. La partie sociale est souvent oubliée, et les travaux et expérimentations dans ce secteur sont récents.

Pourtant, l'être humain est un peu comme un tabouret à trois pieds, bio-psycho-social. Tout au long de la vie du tabouret et tout au long de la vie de l'homme, selon l'usage, l'usure ou les accidents, tel ou tel pied aura besoin de réparation, de renfort, d'attention. Aucun pied ne peut être négligé : s'il manque un pied à un tabouret à trois pieds, il tombe.

Pour nous, animateurs en gérontologie, il ne s'agira donc en aucun cas d'opposer telle démarche à telle autre. Au contraire, toutes les fonctions sont en interaction avec les autres, et les interventions se complètent ou devraient se compléter. L'un des aspects les moins connus du vieillissement est

donc l'évolution des rôles sociaux, classique dans certains cas, difficile dans d'autres.

L'apparition de nouveaux rôles

L'être humain se définit par plusieurs composantes et, sur le plan social, par les rôles qu'il a, qu'on lui donne ou qu'il prend vis-à-vis des siens et vis-à-vis de la société, ce que l'on appelle les « rôles sociaux ». Tout au long de la vie, ces rôles évoluent et se transforment. On parle aujourd'hui de vieillissement d'un rôle quand celui-ci se transforme de manière définitive. L'exemple le plus connu est celui de la retraite : on quitte

de manière définitive un rôle de producteur de biens, de richesses ou de services ; on y perd ce rôle principal, mais de nombreux rôles secondaires qui en découlent se trouvent transformés eux aussi de façon définitive : les relations avec les clients, avec les fournisseurs, les rôles syndicaux (dans ce cas on rejoint le groupe des retraités de sa confédération), les rôles de formation par rapport aux jeunes qui débutent... Ces modifications sont souvent compensées par l'accroissement de rôles familiaux et associatifs. Mais l'intéressé comme ses milieux familiaux et sociaux savent que c'est définitif, que

« la page se tourne ». C'est ce caractère définitif de la transformation qui nous permet d'affirmer qu'un rôle vieillit.

La vieillesse est pleine de ces transformations définitives. La première se situe quelques années avant la retraite, quand les enfants partent et quand le rôle de parents se transforme de façon définitive : bien sûr, on reste des parents, mais le rôle éducatif n'est plus

aussi permanent, même si les rôles d'encouragement, d'aide, et l'affection sont toujours là. Et cette transformation définitive de ces rôles vis-à-vis d'un enfant devenu adulte se prolongera souvent par l'apparition d'un rôle nouveau, celui de grand-parent.

On pourrait citer aussi le veuvage où se perdent, outre l'affection, les rôles de conjoint, d'amant ; la perte d'amis qui efface certains rôles de solidarité. À cela, il faut parfois ajouter le passage en institution, la personne devenant membre d'une autre communauté, et la transformation définitive de son rôle de consommateur, où l'on paye une fois par mois une prestation globale, au lieu de « consommer » de multiples services d'origines diverses.

Ce vieillissement habituel des rôles sociaux, avec ses richesses et ses phases difficiles, est partagé par un nombre de plus en plus important de nos concitoyens qui arrivent de plus en plus nombreux à un âge de plus en plus avancé.

Rupture du lien social : un drame caché

Mais parfois, ces « rôles » sociaux vieillissent mal, conséquences des difficultés de santé, d'un très grand âge et des phénomènes d'isolement, de solitude et de perte d'identité.

Prenons, par exemple, le cas d'une personne atteinte d'une maladie évolutive comme la maladie d'Alzheimer. Ses rôles sociaux vont se transformer de façon très différente. Très tôt, son comportement, ses oublis et les craintes justifiées de son entourage, entraîneront une suppression de son rôle de conducteur de véhicule. Puis son rôle de gestionnaire de ses biens sera supprimé, car il n'arrive plus à gérer ; ceci s'accompagne souvent d'une mise sous tutelle, et d'une suppression de son droit de vote et de son rôle de citoyen. Plus tard, quand la maladie aura évolué et quand il ne pourra plus reconnaître les siens, son rôle de père ou de mère sera de fait supprimé. On verra disparaître progressivement tous ses rôles vis-à-vis des autres, la personne n'en aura pas toujours conscience, sauf dans des moments de plus en plus courts de lucidité, instants puis flashes toujours possibles et jamais prévisibles.

Dans un scénario classique, les rôles se transforment de façon définitive ; dans le cas d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, ils sont supprimés. Cette différence est plus qu'une nuance ; elle constitue un des drames de notre société, drame caché derrière les murs des institutions gérontologiques, à l'abri du regard de tous, drame connu uniquement par les vieux, leurs familles et les personnels, drame qui nous amène à une situation que nous n'avons jamais connue auparavant dans notre histoire : une situation où la mort sociale intervient avant la mort biologique. Tous les professionnels qui passent dans les couloirs et les chambres des hôpitaux gériatriques le savent : la question la plus fréquente posée aujourd'hui par les résidents est : « *À quoi je sers ? Quelle est ma place ? Quel est mon rôle ?* ».

Ce drame est insupportable à un niveau individuel et dangereux à un niveau collectif, car tous les sociologues savent qu'une société ne peut vivre avec une catégorie entière totalement exclue et sans perspective.

Réactiver des fonctions disparues

Cette réalité posée, quelles réponses peut-on apporter ? La prise en charge de l'érosion des liens sociaux et familiaux exige une triple réponse, sanitaire, psychologique et sociale. Elle passe

GAG, un réseau de 300 animateurs en gérontologie

Créé fin 2000, le Groupement des animateurs en gérontologie (GAG) a été fondé par Bernard Hervy, il regroupe à ce jour trois cents animateurs en gérontologie. Objectif : fédérer les énergies locales, diffuser rapidement des informations et des réflexions sur ce métier pour nourrir le débat, exercer aussi une fonction critique. L'association mène un travail de réflexion sur les fondements de l'action sociale et le rôle des animateurs en gérontologie.

GAG, 5, rue Ernest de la Tour, 94310 Orly.

Tél. : 06 65 59 57 33

- E-mail : le.gag.asso@ifrance.com

- Site : www.gag.asso.as

- Accès libre après inscription gratuite.

donc par des traitements médicaux, des soutiens psychologiques, mais aussi par des pratiques d'insertion sociale et des articulations entre ces approches. Ce qui est vrai pour une perte temporaire de ces rôles est encore plus pertinent quand il s'agit d'une transformation définitive ou pire, d'une suppression totale et définitive de tous ces rôles².

Depuis une dizaine d'années, l'animation sociale propose des pistes de réponse à ces pertes de rôles et elle s'oriente dans trois directions :

- Quelquefois en réactivant un rôle ancien perdu : par exemple pour une personne âgée handicapée physiquement mais ayant toutes ses capacités de choix, mettre en place tous les éléments lui permettant d'accomplir elle-même son rôle de citoyen, en allant voter au lieu de déléguer³ et de remplir ce rôle par procuration. Mais une telle approche, qui répond aux capacités de certaines personnes, ne sera pas toujours efficace, car souvent le rôle n'a pas été perdu par hasard.

- Parfois en créant un rôle nouveau, et en découvrant une activité nouvelle : plusieurs exemples existent dans le secteur des activités artistiques. Mais soyons réalistes, l'arbre ne doit pas cacher la forêt, une pratique nouvelle n'est pas toujours possible à 95 ans quand on est diminué. Elle vaut néanmoins la peine d'être essayée, les résultats pouvant être très positifs pour quelques personnes.

- Le plus souvent, il sera nécessaire d'effectuer tout un travail sur un rôle ancien et aujourd'hui perdu, de le décliner, d'en tirer tous les rôles secondaires qui constituent ce rôle perdu et d'en rendre une partie possible : par exemple, une vieille dame partiellement désorientée est incapable de tenir son rôle de conteuse, elle perd le fil de l'histoire, oublie ce qu'elle vient de dire... Ce rôle de conteur que l'on ne peut restituer dans son intégralité, peut être décliné en rôles seconds par exemple : amener l'enfant vers le monde fantastique (et il en a besoin pour se construire), rassurer, encourager, entourer, l'aider à ne pas avoir peur... On peut être incapable de raconter une histoire, mais être capable d'évoquer le fantastique, d'encourager et de soutenir l'enfant. La pratique de rencontres inter-générationnelles ne peut se contenter de goûters bruyants où chacun se lasse, mais s'oriente de plus en plus vers la

réactivation, la mise en pratique et l'exercice de rôles les uns par rapport aux autres, avec toutes leurs interactions, c'est-à-dire à la fois le rôle de l'ancien par rapport au jeune et le rôle du jeune par rapport à l'ancien. C'est la raison pour laquelle il est plus approprié de parler de rôle social plutôt que de lien social : parce que le lien n'est que le résultat de l'interaction des rôles sociaux.

Les projets d'animation d'aujourd'hui vont dans cette direction : lutter contre la raréfaction des liens familiaux et sociaux, faciliter la réalisation de certains rôles (ou de certaines parties de rôles), de ceux que la personne se choisit, ceux auxquels elle tient le plus, en prenant en compte la capacité qu'elle a de les remplir.

Vers des approches pluridisciplinaires

Madame P, 94 ans, ne va pas bien ; son état de santé s'aggrave ; son envie de vivre est en baisse ; toutes les observations convergent : un sentiment

d'inutilité domine. Avant-hier, on travaillait essentiellement sur les conséquences sur l'état de santé ; hier une intervention psychologique travaillait sur le sentiment d'inutilité ; aujourd'hui on sait qu'il est nécessaire de travailler aussi sur cette inutilité (ressentie mais aussi réelle), et trouver des réponses sociales qui réactiveront tel ou tel rôle de la personne. Mais le travail dans la pluridisciplinarité nous pousse tous à la modestie : le travail de chacun est indispensable, mais aucune approche n'est suffisante.

La seule réponse possible réside dans la présence de toutes ces approches et dans leur articulation. Aujourd'hui, quelques réticences existent encore, quelques acteurs affirment encore la supériorité d'une démarche sur toutes les autres et curieusement, la démarche supérieure est toujours la leur ou celle de leur profession. Ces affirmations font dès aujourd'hui figure de vision unidimensionnelle dépassée et, dès demain, de combat d'arrière-garde.

Les pratiques pluridisciplinaires sont déjà mises en œuvre dans certaines institutions et services pour personnes âgées, s'appuyant sur des équipes de différentes professions qui œuvrent ensemble et centrent leur action sur la personne âgée elle-même, ses choix, ses volontés⁴. La réforme du mode de tarification de l'hébergement des personnes âgées⁵ souvent présentée, et à tort, comme une réforme technique, modifie l'orientation même des services gérontologiques en faisant passer les éléments de projets de vie de la personne âgée au premier plan des préoccupations de tous les acteurs professionnels. Toutes les visites des conventions tripartites qui auscultent la qualité des services⁶ confirment que les conditions de vie quotidienne et les projets de vie des personnes âgées sont désormais érigés en préoccupation majeure.

Redonner sa place au plaisir

Il reste à relever un défi grandissant, celui représenté par les personnes très âgées qui se trouvent dans les institutions gérontologiques confrontées à une vie plus longue que ce qu'elles avaient espéré. Or, la vie se justifie par

elle-même, par les grands et les petits plaisirs de la vie ; et ces derniers varient selon les personnes. On ne vit pas pour être soigné, mais on est soigné pour pouvoir continuer à vivre dans les meilleures conditions possibles. Il y a encore trop de confusions entre les objectifs et les conséquences. Chanter ne vise pas obligatoirement la rééducation de la capacité respiratoire ou la prévention ; manger n'est pas uniquement un acte de prévention de la dénutrition ; parler avec son voisin n'est pas uniquement lutter contre l'isolement. Il manque, dans ces visions, beaucoup de perspective, beaucoup de vie, surtout beaucoup d'éléments liés au plaisir et aux plaisirs des cinq sens, mais aussi des notions telles que l'accomplissement de soi, ou l'exercice de son rôle et son action par rapport aux autres. Là se trouvent les raisons de vivre, l'envie de vivre, les plaisirs de la vie, et même le sens de la vie. Et ceci est du ressort de la décision de chaque homme, quel que soit son âge.

L'animation et la vie sociale des personnes âgées ne peuvent plus être conçues et pratiquées comme une succession d'activités visant à occuper, à

lutter contre l'ennui ou à participer à la rééducation, elles ne peuvent plus se faire à partir de modèles généraux plaqués systématiquement ; elles doivent se construire à partir des attentes individuelles et des aspirations de chacun, et viser l'accomplissement de soi et la participation à la vie sociale. Il n'est pas inutile de rappeler que chacun va mieux quand il vit ce qui l'intéresse, quel que soit son âge.

Bernard Hervy

Animateur-coordonnateur,
cadre socio-éducatif,
Groupe hospitalier Broca –
La Rochefoucauld, AP-HP, Paris.

Bibliographie

- « Gérontologie et Société » entièrement consacré à l'animation. Paris : Fondation nationale de gérontologie, n° 96, mars 2001 : 204 p. En particulier, les articles suivants :
 - Hervy B. *L'animation sociale auprès des personnes âgées.*
 - Hartweg C., Hervy B., Ollivier D., Point D. *L'animation s'évalue-t-elle ?*
 - Hervy B., Lallement C., pour le GAG. *Les animateurs en gérontologie.*
- **Articles sur l'intergénération**
 - Huot A., Hervy B. *Le retour de la sorcière de la rue Broca.* Gérontologie pratique, mai 1997.
 - Huot A., Hervy B., Dubois M-P. *Intergénération : de l'expérience à la politique institutionnelle.* Objectif Soins n° 38, décembre 1995.
 - Vercauteren R. *Le dialogue entre les générations.* Le journal de pédiatrie et de puériculture, n°1, 1995.
- **Une série de quatre articles** sur la démarche d'animation, ses illustrations et applications, par l'équipe d'animation de l'Hôpital Broca, dans « Soins en Gérontologie » en 2001 et 2002 :

- Hervy B. *L'animation, de l'activité à la démarche.* Paris : Masson, Soins en Gérontologie n° 29, juin 2001.
- Hartweg C. *L'intergénération dans un hôpital de gériatrie.* Paris : Masson, Soins en Gérontologie n° 30, juillet 2001.
- Ollivier D. *Les sens et l'animation.* Paris : Masson, Soins en Gérontologie n° 34, mars 2002.
- Point D. *Expression et animation en gériatrie.* Paris : Masson, Soins en Gérontologie, n° 37, septembre-octobre 2002.
- **Autre article**
 - Leguen J.-P. *Les mots ont-ils un sens ? Santé mentale,* n° 61, octobre 2001.
- **Ouvrages**
 - Amyot J.-J., Robert F. *Travailler auprès des personnes âgées.* Toulouse : Privat, 2^e édition, Paris : Dunod, 1998.
 - Bois J.-P. *Histoire de la vieillesse.* Paris : Puf, coll. « Que sais-je ? », 1994, n° 2850.
 - Vercauteren R., Hervy B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques professionnelles.* Toulouse : Erès, mai 2002 : 234 p.

1. *Dictionnaires Larousse et Hachette.*
2. *L'approche sur le vieillissement des rôles sociaux se retrouve dans le chapitre 4 de l'ouvrage de Richard Vercauteren et Bernard Hervy L'animation dans les établissements pour personnes âgées – manuel des pratiques professionnelles. Toulouse : Erès, mai 2002. Les éléments de réponse se trouvent dans la partie méthodologique, chapitres 6, 7 et 8 du même ouvrage.*
3. *Bien évidemment dans le respect absolu des choix de la personne.*
4. *Nous n'oublions pas la place essentielle et irremplaçable des familles et des proches, place étudiée dans d'autres articles de ce numéro. Il est à noter que cette place est d'autant plus importante que la personne âgée est diminuée. Le développement, dans les dix dernières années, des associations de familles dans les institutions gérontologiques est sûrement un des facteurs déterminants des évolutions futures.*
5. *Les prix de journée des établissements comportent aujourd'hui trois parties : une partie hébergement, une partie dépendance (variable selon l'autonomie des personnes âgées) et une partie soins (elle aussi variable). C'est la question de la prise en charge de la partie dépendance qui fait aujourd'hui l'objet de larges débats : paiement par la personne, par la famille, allocation personnalisée d'autonomie (APA), couverture par des assurances volontaires, etc.*
6. *Ces commissions où se retrouvent les représentants de la Sécurité sociale (pour la partie soins), les représentants du département (pour la partie dépendance et pour l'hébergement) et l'établissement lui-même, visitent les établissements pour personnes âgées tous les cinq ans (parfois plus souvent en cas de difficulté), accordent un agrément au vu de la réalité et des projets d'amélioration présentés, et expriment souvent des recommandations.*

À Dinan, les maisons de retraite s'organisent **en réseau**

À Dinan, six établissements d'accueil de personnes âgées ont mutualisé les activités d'animation et d'ouverture vers l'extérieur. Malgré les difficultés à trouver des financements et à faire participer les personnes dépendantes, l'opération améliore incontestablement le bien-être de ces personnes.

C'est presque par hasard que les maisons de retraite de la région de Dinan (Côtes d'Armor) se sont mises en réseau, proposant des activités communes et des échanges. « *La mairie diffusait les programmes d'animations de chacun des six établissements de Dinan, nous avons pris conscience que ces activités étaient très souvent les mêmes* », souligne Francis Frezel, directeur de la résidence Blanchot à Dinan et président de l'association *Anim'ages*, structure qui gère la mise en réseau des établissements.

Les six établissements de Dinan et des environs décident donc, en 1998, de faire « animation commune », en plus de leurs propres animations internes. Direction et animateurs montent un programme commun d'activités culturelles et de sorties. Ces activités permettent aux personnes âgées des différentes maisons d'apprendre à se connaître. Aujourd'hui, elles s'invitent régulièrement. Côté activités et sorties, rien de bien révolutionnaire, mais la plupart des résidents participent : deux à trois cents amateurs, par exemple, pour les deux ou trois séances de cinéma organisées annuellement l'après-midi à la salle de cinéma de Dinan. Les films sont choisis pour répondre au goût des personnes âgées, mais surtout ils sont toujours récents, afin que les résidents soient au courant de l'actualité cinématographique, ce qui permet de discuter cinéma avec le personnel ou la famille et donc de stimuler le lien social. Le menu des animations est varié : pique-niques, thés dansants, spectacles. Il est à souligner qu'à

chaque fois qu'*Anim'ages* organise une activité qui rend les résidents participatifs, ces derniers répondent présents. Ainsi, fin 2002, plus de la moitié d'entre eux sont venus écouter des conteurs de trois pays (Tchad, Irlande, Cameroun), non pas leur déclamer un conte, mais évoquer des questions de société. Avec l'artiste tchadien, il fut ainsi beaucoup question du sida et de la polygamie. Ce conteur, en partageant le repas des résidents, avait en partie aboli la distance entre l'artiste et son auditoire.

Mobilité et finances : les limites de l'exercice

Mais cet exercice d'ouverture sur l'extérieur trouve ses limites. Premier écueil, la mobilité réduite de certains résidents, laquelle rend toute activité lourde à organiser puisqu'il faut prévoir des déplacements. C'est la raison pour laquelle *Anim'ages* souhaite faire venir les artistes et autres intervenants dans les maisons de retraite elles-mêmes. Second écueil de taille, les finances : tout effort d'animation coûte cher et est trop souvent considéré par les financeurs comme une cerise sur le gâteau, alors qu'il structure le lien social des personnes âgées entre elles et vers l'extérieur. Or toutes les municipalités ne subventionnent pas ces actions d'animation. Pour Francis Frézel, réactiver le lien social au profit des personnes âgées hébergées en établissement est un choix de société.

En attendant, les bénéfices apportés par les activités sont selon lui incontestables : elles favorisent l'équilibre « *tant psychique que physique* » car elles per-

mettent de lutter contre l'isolement, elles stimulent aussi l'activité cérébrale par la curiosité et les discussions. Ces activités concourent également à l'activation de la mémoire, à la remobilisation physique. Les personnes âgées sont très demandeuses d'activités diverses, et l'expérience de Dinan démontre qu'une très forte mobilisation finit par donner des résultats : « *les résidents ont tendance à s'enfermer parce qu'ils se dévalorisent. Notre travail est de les inciter à s'ouvrir vers l'extérieur. Ensuite, un cercle vertueux peut s'installer dans la mesure où les personnes âgées prises dans une telle dynamique se motivent beaucoup entre elles* ». Enfin, les rencontres entre personnes âgées d'établissements différents ont changé le regard que les personnes valides portent sur les personnes dépendantes.

Y. G.

Maintien à domicile : quand les associations jouent les médiateurs

À Vitry, en région parisienne, une association qui œuvre dans le maintien à domicile a créé des groupes de parole. Objectif : soutenir les intervenants professionnels et les entourages familiaux dans leur tâche parfois délicate de lien social et familial. Le directeur de l'association explique cette démarche.

Des professionnels regroupés au sein du Groupe d'études et de réalisations gérontologiques (Gerg) constataient, à la fin des années soixante-dix, dans la société française, un repli sur soi généralisé. Ce positionnement dans lequel « *le rapport à soi supplante le rapport à l'autre* »¹, a eu pour conséquence notamment de rendre la perspective du vieillissement insupportable, d'amplifier certains mécanismes de fuite voire de déni face à la mort.

L'affirmation des individus et de leurs droits dans nos sociétés (le droit à l'autonomie, à un espace privé, etc.) est venue bouleverser l'organisation sociale. À la période du tout hébergement-placement (des personnes handicapées, âgées, malades mentaux, etc.), succède celle d'une civilisation dans laquelle les individus revendiquent la liberté de choisir leur mode de vie et en particulier de pouvoir vivre dans leur domicile privé malgré les handicaps, le vieillissement.

L'Association gérontologique de Vitry a été créée dans ce contexte en 1981. Au début des années quatre-vingt-dix, elle a changé de nom, devenant *Âges et vie*. Dès le départ, ce projet a eu pour objectif de rassembler personnes âgées, familles, intervenants professionnels, représentants institutionnels, bénévoles. Cette association était portée par la conviction profonde qu'il fallait aborder les âges de la vie en évitant des cloisonnements qui

s'avèrent humainement et socialement très coûteux. L'action de terrain fut d'emblée guidée par une recherche dans le domaine gérontologique.

Une cellule d'accueil et d'évaluation

Les services de maintien à domicile créés par *Âges et vie* ne sont pas une fin en soi ; ils sont généralement mis en place après un travail de fond. En amont, donc, la priorité absolue est la prise en compte des besoins des personnes et de leur entourage. Pour ce faire, *Âges et vie* tient compte des évaluations faites par les professionnels, avec les personnes elles-mêmes et leur entourage, et réfléchit sur l'organisation des missions dans les domiciles privés.

Pierre angulaire de l'action d'*Âges et vie*, la cellule « accueil-orientation-soutien » regroupe, actuellement, sept salariés. Elle permet, face à la demande, de prendre de la distance et de ne pas se perdre dans la seule réponse technique. Elle préserve un travail de médiation entre des demandeurs et les professionnels des services. Elle propose un cadre d'intervention qui fait référence pour les uns et pour les autres (qui fait quoi).

La formulation et l'organisation de projets de vie à domicile peuvent varier d'une situation à l'autre, mais elles sont toujours la résultante d'une tension qui existe entre, d'une part, la volonté des individus de « *faire ce que je veux chez*

moi ! » et, d'autre part, le nécessaire sinon indispensable aménagement qu'il y a lieu souvent d'y opérer.

Les évaluateurs de cette cellule de soutien doivent être en capacité de négocier sur une sphère appartenant au domaine privé, mais néanmoins susceptible de devenir lieu d'exercice professionnel. Cette négociation ne va pas de soi ! Nous savons pour notre part combien nous laissons plus ou moins de notre compétence professionnelle aux portes des domiciles.

Ce travail en équipe n'en facilite pas moins l'intégration et la coordination des prises en charge en interne. Il permet d'avoir à l'extérieur, avec nos interlocuteurs professionnels notamment, un minimum d'échanges, d'informations. La présence de l'association au sein de réseaux de coordination, informels ou non – *Âges et vie* est membre porteur d'un Centre local d'information et de coordination (Clic) du Val-de-Marne – permet de tels échanges, nécessaires à la mise en place et au suivi des missions.

Des groupes de parole pour les intervenants professionnels

Les professionnels de l'aide à domicile entrent chez des personnes âgées, handicapées². Ils pénètrent dans des domiciles privés, quitte parfois à y demeurer de longues heures. Ils découvrent, surprennent, mais aussi sont surpris, par une « *région d'intimité* » pour

reprendre la formule de Gaston Bachelard. Ils évoluent seuls à l'écart de la scène sociale.

Ils sont souvent les rares personnes du monde extérieur avec qui la personne âgée peut parler, se raconter au quotidien. Ces intervenants peuvent être envahis par des confidences, plaintes, accusations, secrets en tout genre qui se déposent en eux... jusqu'à s'y emmurer parfois. Par ailleurs, ces intervenants ne sont pas en terrain conquis, même si certains élan les poussent à vouloir façonner à leur image ces territoires. Tentation permanente, risque de tous les instants, repéré et bien connu des responsables d'associations pourvoyant soins et aide.

Outils parmi d'autres, les groupes de parole existent dans notre association *Âges et vie* depuis sa création. Organisés à un rythme hebdomadaire et centrés autour d'une « prise en charge », ils s'adressent aux intervenants professionnels de terrain comme aux membres de l'encadrement. Ils ont lieu en présence d'une psychanalyste. Donner l'envie, le goût chez les professionnels d'un questionnement : que nous font vivre nos interventions chez les personnes aidées ? Que peuvent renfermer d'insupportable, de pénible, de douloureux, de plaisant, de séduisant, ces « face-à-face » à l'écart de la scène sociale, dans l'intimité des maisons, des appartements ?

Cercle des familles : un espace pour les entourages

Les personnes âgées restent dans leur grande majorité, dans notre pays, en contact avec leurs familles. Les entourages assurent souvent, et parfois dans une relative solitude, l'accompagnement d'un proche âgé, handicapé, parfois jusqu'à épuisement.

Quelles limites alors donner à cette prise en charge que la génération des enfants de 60 à 75 ans expérimente pour la première fois dans nos sociétés ?

Face à la dégradation physique, mentale et/ou morale de leurs parents, certains entourages repoussent « jusqu'au bout » les limites de leur seuil de tolérance, retardent l'appel à des équipes professionnelles. Crainte de voir étaler au grand jour les petits et grands secrets (du type « *on lave le linge sale en*

famille »), crainte d'être jugés, exigences individuelles, difficultés économiques, etc. ?

Les responsables d'*Âges et vie* ont donc interpellé les personnes ayant recours à ses services de maintien à domicile, ainsi qu'à leurs familles.

Les professionnels avaient pour leur part déjà engagé, en 1990, une réflexion sur leur métier et présenté un montage diapos lors d'un colloque organisé par l'association Vieillir Ensemble (décembre 1990, hôpital Paul Brousse, Villejuif).

Le propos, en 1990, était le suivant : « *Voici notre vécu, à domicile, auprès des personnes pour lesquelles une mission de soins, d'aide nous a été confiée. Mais vous, comment vivez-vous nos passages, nos intrusions chez vous ? Vous les personnes concernées par le service, vous les membres des familles, ne nous laissez pas tous seuls entre professionnels ! Nous avons besoin de vous !* ». Cet appel avait reçu un écho non négligeable : une centaine de personnes y avait répondu. Ainsi s'est imposée, fin 1991, l'idée que des professionnels et des membres de famille pouvaient travailler ensemble.

Le groupe ou cercle des familles est donc né de ce constat. Il se fixait alors les objectifs suivants :

- développer une information (pratique, sociale, juridique) auprès des familles ;
- faciliter les échanges entre membres des familles ;
- permettre des échanges entre les membres des familles et des professionnels.

Le groupe est devenu une composante majeure du travail de l'association *Âges et vie*. Il insiste sur la notion de « cercle » (cercle des familles) en précisant que l'on peut y entrer et en sortir quand on le souhaite. Le groupe souhaite que les professionnels soient invités aux rencontres thématiques.

Ces temps d'échanges consolident des passerelles. Les entourages parfois éloignés, pas toujours présents au moment des passages des intervenants professionnels peuvent « voir » ces derniers ! Et ça peut aider, dit-on, « *à aller dans le même sens !* ». De même, est apprécié le fait de permettre, en période de deuil, à certaines personnes de

reprendre contact avec les intervenants de terrain qui ont bien connu le parent décédé pour évoquer ensemble des souvenirs, parler du disparu, etc. Des échanges directs entre des membres de familles et des professionnels se font. Il n'est pas sans importance pour ces derniers, par exemple, d'entendre une fille dire : « *Chez ma mère, c'est un peu chez moi !* ». Une façon pour cette intervenante de souligner que le domicile a aussi une histoire familiale. Et enfin, pour des membres de familles, se rencontrer est sans conteste de nature à dédramatiser des situations, à reconforter (« *Je ne suis pas seul dans ce cas* »).

Faire vivre une parole emmurée

L'action du cercle des familles s'est développée depuis. Ainsi, en 2002, le pôle gérontologique de Vitry-sur-Seine a été créé. Cette nouvelle structure regroupe des associations, des professionnels de santé, des services municipaux, etc. Le cercle des familles d'*Âges et vie* en est un membre actif. En outre, depuis 2002, deux membres du cercle désignés par le président du Val-de-Marne participent à la commission de recours amiable de l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa).

Le cercle des familles contribue ainsi sur le plan local, départemental mais aussi national (sa participation est sollicitée dans des colloques), à faire entendre la parole de certaines familles accompagnant des personnes âgées parfois handicapées. La permanence des rencontres-débat qu'il organise, le contenu des échanges, l'apport des intervenants extérieurs, la participation volontaire des professionnels d'*Âges et vie* enrichissent cette expérience dont la dimension formatrice n'est pas des moindres.

Reste posée la question des personnes très âgées, handicapées, de leur citoyenneté et de son exercice. Comment faire vivre une parole peu audible, souvent emmurée et confisquée ? Une action reste à poursuivre au service de celles et ceux qui vivent dans la pénombre de leur domicile jusqu'au bout de leur vie. Aujourd'hui, deux membres du cercle des familles participent au conseil d'administration d'*Âges et vie*.

En conclusion, le fondement de toute société est contenu dans l'interdépendance des individus mais aussi des générations qui la composent. Cette

conviction guide notre réflexion qui, par ailleurs, prend en considération l'affirmation croissante des individus à l'autonomie et au respect de leurs droits.

Au contact des personnes, des familles, dans les domiciles privés, les professionnels sont des témoins confidentiels des parcours de vie vécus par des hommes, des femmes confrontés à la maladie, aux incapacités, au grand âge, à l'isolement, à leur mort, etc. Ces expériences de vie restent trop souvent aujourd'hui confinées dans des espaces

clos alors qu'elles parlent de notre destinée humaine.

Notre approche « globale » des personnes, sans distinction d'âge, se fait en association, en équipe, etc. Elle tente, contre vents et marées, de restituer les parcours des âges de la vie au cœur de l'espace social. Elle a permis la construction de services de maintien à domicile polyvalents et coordonnés, dont la mission essentielle reste l'émergence, la préservation de la parole des usagers qui y ont recours. Elle a

suscité la construction de passerelles entre usagers/familles et professionnels, et permis la prise de parole des familles. Elle enrichit le travail des professionnels en leur permettant de transmettre ce qu'ils apprennent dans ces espaces privés et souvent clos.

Denis Mennessier

Directeur de l'association « Âges et vie »,
Vitry-sur-Seine

1. Gilles Lipovetsky, *philosophe*.

2. Entrer chez l'autre, *documentaire vidéo produit par Âges et vie, 1995*.

Alençon : un domicile collectif branché sur l'école et le quartier

À Damigny, près d'Alençon, les personnes âgées de la résidence Marius Leclercq investissent l'école voisine et les écoliers viennent partager des activités dans cette petite unité de vie. Pilotée par la Mutualité française de l'Orne, cette expérience de cohabitation « intergénérationnelle » est complétée par une ouverture de la résidence vers les activités de la commune.

L'objectif était ambitieux : d'une part, ouvrir la résidence vers l'extérieur ; d'autre part, permettre l'expression des « ressentis » des personnes âgées, du personnel et des familles sur les situations vécues au sein de la résidence telles que le deuil, la reconnaissance de la douleur des personnes âgées. Avec, en toile de fond, l'envie de créer du lien tant au cœur de ce lieu de vie qu'avec l'environnement extérieur.

Tout commence en 2001, date à laquelle le personnel de la résidence Marius Leclercq, domicile collectif mutualiste pour personnes âgées situé à Damigny, dans la communauté urbaine d'Alençon, sollicite le service de promotion de la santé de la Mutualité de l'Orne pour une démarche de santé globale.

Partant de ce besoin exprimé, un groupe de travail constitué du personnel de la résidence (six auxiliaires de vie et

une maîtresse de maison) et du service promotion de la santé de l'Union départementale de la mutualité de l'Orne (un responsable de l'activité promotion de la santé et un animateur prévention) se réunit alors pour préciser les attentes et élaborer un projet. De nombreux partenaires locaux rejoignent cette initiative : l'Éducation nationale, les intervenants des ateliers santé, le réseau local des transports urbains, l'association Partenaires pour la ville, les commerçants, etc.

À l'issue de premiers échanges, l'objectif retenu est d'intégrer la résidence au sein de la commune, via quatre moyens d'actions :

- mettre en place des échanges intergénérationnels entre les résidents de la maison de retraite et les écoliers de la commune pour développer le lien social ;
- favoriser les relations entre ces résidents, les services et les commerces de la commune ;
- encourager la participation de per-

sonnes extérieures aux rencontres et activités de la résidence ;

- renforcer les liens entre le personnel de l'établissement et les résidents.

Deux ans plus tard, le premier bilan est encourageant. La résidence développe et amplifie son caractère convivial et ouvert. À titre d'exemple, pendant l'année 2002, de nombreuses animations ont été mises en place, de type culturel (telles que la participation au festival international de folklore et le concert d'élèves de cours de piano), festif (comme la fête de la résidence, carnaval, loto) et pédagogique avec la sensibilisation à l'euro.

Initier une « dynamique relationnelle »

En outre, la résidence est devenue un pôle actif dans les activités de la commune. Des résidents ont participé à des actions au sein du groupe scolaire du quartier (préparation de la

journée Portes ouvertes de l'école, plantation d'un arbre) et les enfants ont partagé des activités à la résidence. Ces échanges, souvent autour d'un goûter, sont liés à des événements (Printemps des poètes, carnaval, etc.). Ces rencontres ont permis d'initier une dynamique relationnelle qui, pour 2003, se concrétise par la création d'ateliers réguliers de sophrologie, de socio-esthétique et de jardinage, animés par des intervenants extérieurs, à l'exception du jardinage, animé par un résidant.

L'intérêt de l'expérience d'Alençon, c'est aussi de permettre l'expression du ressenti de chacun. Des ateliers d'expression ont ainsi été mis en place pour le personnel et, peu à peu, des résidents s'y sont intégrés. Cette mixité a renforcé les échanges entre le personnel et les résidents. L'ensemble de ces actions a concerné quinze résidents et leur famille, une cinquantaine d'enfants et leurs enseignants, une dizaine de salariés. Cette mobilisation a contribué au renforcement de l'estime de soi de chacun.

Étonnés par leurs facultés individuelles !

Le bilan qualitatif est extrêmement instructif.

Les personnes âgées ont exprimé leur satisfaction face à la valorisation de leurs rôle et fonction sociale, et leur étonnement devant leurs facultés individuelles (retrouver des souvenirs lors de séances de sophrologie).

Le personnel de l'établissement a été valorisé par sa participation à des actions élargissant son champ d'intervention et par la reconnaissance de la Mutualité française de l'Orne. Cette dernière a reconnu les compétences et l'étendue des missions du personnel de l'établissement, en leur permettant de bénéficier du temps nécessaire à l'élaboration, la réalisation et l'évaluation des actions. Les enfants ont, pour leur part, exprimé leur plaisir à donner et à être accueillis chaleureusement en offrant aux résidents des dessins, des poèmes.

Les familles, déjà très investies dans la vie de la maison, ont participé encore plus activement aux activités comme la préparation de la fête de l'été, la réalisation de sketches, etc.

Ces initiatives ont montré la nécessité de respecter le rythme des personnes âgées et ont permis la mise en place d'une participation progressive aux activités. Par exemple, initialement, l'atelier sophrologie ne réunissait que des membres du personnel ; fin 2002, les résidents constituaient la moitié du groupe. Il est donc nécessaire d'inscrire ce type d'action dans la durée.

Dans le but de développer le lien social, un deuxième cycle d'ateliers devrait être ouvert aux habitants du quartier au cours du second semestre 2003. À terme, la résidence pourrait devenir centre ressource pour ces activités au sein de la commune.

Régine Delange

Responsable de l'activité promotion de la santé,

Yann Menot

Animateur prévention, Mutualité française de l'Orne.

Sylvie Giraudo

Attachée de santé publique, Fédération nationale de la Mutualité française, Paris.

Les liens sociaux, tissés au fil des expériences locales

Comment réactiver les relations sociales entre les personnes âgées et le reste de la population ? Comment ces objectifs sont-ils traduits dans les programmes de terrain ? Les administrations prennent des initiatives, par exemple en Île-de-France où le Programme régional

de santé tente de lutter contre l'exclusion des plus âgés. Ce sont aussi les collectivités territoriales, les organismes de Sécurité sociale et la Mutualité qui portent les projets, comme en Meurthe-et-Moselle où un réseau de guichets d'information porte assistance aux familles

des personnes âgées. Enfin, dans de nombreux cas, ce sont les associations qui donnent l'impulsion, avec le soutien des communes. C'est le cas à Paris, où vient d'ouvrir le « café social », un lieu d'accueil et d'aide pour les immigrés âgés. Revue de quelques initiatives.

Immigrés à Paris : le café social, rempart contre la solitude

Lieu unique en France, le café social de Belleville, à Paris, accueille les immigrés âgés dans un espace de dialogue et de services. Objectif : restaurer le lien social chez ces personnes, tiraillées entre leur pays d'accueil et leur terre d'origine.

Au cœur du quartier parisien de Belleville, le café social reçoit chaque jour plus de cinquante personnes immigrées, retraitées en majorité. Ouvert en janvier 2003 à l'initiative de l'association *Ayyem Zamen (Le temps jadis)*, le lieu est spacieux et accueillant, avec son bar style art déco en bois et aluminium, ses tables en bois et ses tentures aux couleurs claires. Le café dispose de trois permanents, un directeur-animateur, une animatrice et une assistante sociale, équipe épaulée par des bénévoles. Il a pour objectif de restaurer le lien social au bénéfice de ces immigrés coupés de leurs racines¹.

Leur histoire a un trait commun : ils sont en France depuis plus de trente ans, tiraillés entre ce pays où ils se

sont installés et celui qu'ils ont quitté, dans lequel ils retournent épisodiquement. « Pour certains, approfondir les liens en France c'est une forme de renoncement, l'impression de tourner le dos à leur pays. En plus, ils se retrouvent à la retraite pratiquement aussi pauvres que quand ils sont arrivés », souligne Moncef Labidi, directeur du centre.

La plupart sont très isolés, ils vivent dans un logement précaire de type chambre, hôtel meublé ou foyer, certains sont dans une situation sanitaire alarmante. « Ils ne se sentent chez eux nulle part. J'ai compris toute leur détresse lorsque l'un d'eux m'a dit qu'il aimait prendre l'avion car c'était le seul endroit où il se sentait vraiment chez lui », ajoute le directeur. Sociologue de formation, c'est lui qui a bataillé pour ouvrir ce lieu. Il assure en permanence l'accueil, va de table en table, discute, regarde les documents administratifs qu'on lui tend, demande de rente d'invalidité ou papiers d'ancien combattant.

Solitude inhumaine

« Ces personnes sont dans une situation inhumaine de solitude et de souffrance affective, n'étant parfois plus attendus dans leur propre pays par leur famille, ils découvrent un parcours de fin de vie qu'ils vont devoir accomplir seuls. Ici, ils retrouvent une écoute, un lieu d'échange », confirme Naïssa, elle-même fille d'immigré, animatrice du café. Elle aussi invite les personnes à franchir la porte du lieu, engage la conversation et conduit les nouveaux arrivants vers une table où sont installées d'autres personnes de la même communauté. La majorité des visiteurs sont marocains, tunisiens, algériens. Mais le café social accueille aussi des Portugais, des Pakistanaï, des Chinois. Le lieu se veut non confessionnel, il est également fréquenté par des retraités juifs.

La plupart des immigrés âgés qui viennent ici sont désorientés face à des documents administratifs qui les dépassent : demande de liquidation de retraite, calcul de la rente invalidité en fonction de l'état de santé, refus d'ac-

cess à certains droits. Ils amènent donc leur courrier pour se faire aider par l'assistance sociale. D'autres apportent à midi leur casse-croûte qu'ils prennent sur place. Le lieu est aussi intergénérationnel : cet après-midi là, un retraité marocain a invité sa fille à boire le thé au café social, plutôt que de la recevoir dans sa minuscule chambre.

Un lieu permanent d'accueil

Selon Moncef Labidi, le café social n'a pas d'équivalent en France. Certes, depuis très longtemps, les travailleurs sociaux reçoivent parfois dans les bistrottes les personnes à qui ils apportent une assistance. Mais il n'y avait pas de lieu permanent avant l'ouverture de cette structure.

16 heures : le café est plein, les premiers visiteurs en ont parlé autour d'eux et le lieu commence à être connu de la communauté immigrée. Il se dit même que la notoriété du café a franchi la Méditerranée, gagnant les campagnes des pays du Maghreb. Les retraités par-

lent beaucoup entre eux, jouent aux cartes et aux dominos. Naïssa met du collyre dans l'œil d'un retraité tunisien qui relève d'une opération chirurgicale. Un écrivain public aide deux retraités à remplir leur papiers, l'assistance sociale est submergée.

Mais pour l'instant, le café social a échoué sur un point crucial : l'accueil des femmes. Elles sont rares. En janvier 2003 à l'ouverture, l'équipe du café social allait sur le boulevard voisin de Belleville chercher des immigrés âgés, car personne ne connaissait le lieu. Ils ont surtout trouvé des hommes, les femmes étaient chez elles. Depuis, Naïssa l'animatrice essaie d'aller régulièrement sur le marché voisin à la rencontre des femmes, pour les faire venir au café social. Car les femmes immigrées vivent dans des conditions de précarité et de solitude analogues à celles des hommes, elles sont tout aussi demandeuses du lien social. Mais l'espoir pointe, certaines commencent à venir régulièrement.

Le café social est financé par la Mairie de Paris, des administrations, des collectivités et des mécènes privés². Le problème est que les financements étaient assurés pour la rénovation du lieu, pas toujours pour le fonctionnement. L'avenir du lieu n'est donc pas garanti. Mais l'association n'imagine pas que l'on ait pu inaugurer en grande pompe une telle structure pour la laisser tomber ensuite. D'autant qu'en réactivant le lien social, le café comble incontestablement un vide.

Y. G

Contact : Café social, 7 rue Pali Kao, 75020 Paris. Tél. : 01 40 33 25 25.

1. Vingt-cinq mille migrants âgés de plus de 60 ans habitent à Paris.

2. L'association Ayyem Zamen bénéficie du soutien des organismes suivants : Préfecture de Paris (mission ville), Conseil régional d'Île-de-France, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Fonds d'action sociale pour l'intégration et la lutte contre les discriminations, fondations Vivendi Universal, Kronenbourg et Vinci.

En Lorraine, des guichets d'information pour les personnes âgées et leurs familles

Répondre au cas par cas aux difficultés des personnes âgées et de leurs familles, c'est le quotidien du réseau de « points d'accueil » créé à Nancy et dans le département de Meurthe-et-Moselle. Ces guichets d'information traitent surtout des situations d'urgence.

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. « *Même dépendant, vous devez pouvoir continuer à exercer vos droits et libertés de citoyens* », souligne la Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante de la Fondation nationale de gérontologie dans son introduction.

Dans le cadre de l'animation territoriale de la politique départementale en faveur des personnes âgées (et

handicapées), le Conseil général de Meurthe-et-Moselle a estimé nécessaire de renforcer l'efficacité des réponses apportées aux demandes et/ou besoins de ces publics et de leurs familles. Pour ce faire, il a ouvert en 2001, à Nancy, un service de proximité dénommé : « Point accueil information services » (PAIS). Six autres Points d'accueil ont été créés sur l'ensemble du département de Meurthe-et-Moselle. Deux animatrices officient dans chaque point d'accueil.

Lieu d'accueil et d'écoute

Le PAIS est un lieu d'écoute, d'information sur les aides, les animations, les prestations et services disponibles. Ce peut être aussi un guichet d'orientation vers un autre organisme compétent en cas d'impossibilité à renseigner directement la personne. Un accompagnement pour toutes les démarches est

assuré par les animatrices, en direct avec la personne mais aussi à destination des familles qui se trouvent souvent démunies face aux différents problèmes qui surviennent. Pour accomplir leurs missions, ces animatrices, interlocuteurs de proximité, reçoivent le public au siège du PAIS, à des permanences décentralisées, mais peuvent également se rendre au domicile des personnes qui les sollicitent. Cette prestation est très appréciée des personnes, en particulier celles qui sont isolées.

Cette initiative répond à la volonté du département de s'investir dans le soutien aux personnes âgées, en lien avec les acteurs locaux et en développant un travail en réseau. Elle traduit la nécessité de répondre dans la proximité aux demandes des personnes âgées et/ou handicapées. Les actes

mobilisés pour faire vivre ce réseau sont multiples : élus, professionnels d'institutions, services d'aide à domicile, structures d'accueil, associations, représentants d'usagers.

Travailler avec les familles

Cette coordination gérontologique permet d'éviter des ruptures dans la prise en charge des personnes et de répondre à l'urgence. Le PAIS est ainsi une instance de concertation entre différents partenaires, un lieu d'observation des besoins, de conception de projets pour faciliter la vie des personnes âgées.

Pour définir la mission de ces points d'accueil, trois groupes de travail ont planché sur les thèmes considérés comme prioritaires : vie sociale, vie à domicile et hébergement. Rapidement, des besoins prioritaires ont émergé : soutien aux personnes handicapées vieillissantes, aux personnes âgées immigrées, mais aussi rédaction d'un dossier unique d'admission pour les maisons de retraite, etc.

Concrètement, les deux animatrices de ce point d'accueil effectuent aussi un

travail d'approche du public. Elles ont ainsi participé à un certain nombre d'actions collectives d'information sur le territoire : dans le cadre du passage à l'euro, de la mise en place de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), de la prévention des chutes et de la dépendance. Ces mêmes animatrices participent également aux divers salons et forums retraite et vermeil concernant les personnes vieillissantes.

En conclusion, ce réseau de points d'accueil occupe désormais une place prépondérante dans le maintien des liens sociaux et familiaux au moment du vieillissement de la personne. Surtout, les points d'accueil apportent un soutien pratique aux personnes âgées et à leur famille, pour savoir à qui s'adresser en cas de difficultés et quelles décisions prendre (*voir l'encadré ci-dessous*). Ils participent donc à leur manière au maintien du lien social entre les personnes âgées et leur environnement.

Francine Tisserand

Référent territorial,

PAIS Nancy-Agglomération, Conseil général, Nancy.

Accueillir et orienter les personnes âgées en difficulté

Mme X, 80 ans, est atteinte de la maladie de Parkinson. Elle est en fauteuil roulant manuel et se déplace chez elle avec un déambulateur. Elle est veuve et vit seule à son domicile. Elle a des enfants mais ceux-ci sont peu disponibles.

Mme X a sollicité une première fois le PAIS pour une demande d'aide administrative relative à un dossier d'allocation personnalisée à l'autonomie. Une visite à domicile a eu lieu afin de compléter le dossier et apporter les informations nécessaires liées à la demande.

Puis Mme X a sollicité une seconde fois le PAIS, car son état de santé s'était aggravé, elle a alors pris conscience des risques liés à son maintien à domicile. Une animatrice du PAIS lui a fourni les informations sur le fonctionnement des différentes structures d'accueil existantes ; puis, dans un troisième temps, l'a accompagnée pour visiter la maison de retraite retenue, qui est proche du quartier où réside Mme X. Ceci pour lui permettre de se faire une idée d'un hébergement collectif et avancer

dans sa réflexion. Elle réside désormais dans cette structure.

Mme et Mr XY sont tous deux âgés de 75 ans. Monsieur est en fauteuil roulant manuel suite à un accident vasculaire cérébral. Il est également diabétique. Madame est assez valide et s'occupe de son époux. Une infirmière libérale vient une fois par jour. Une animatrice du PAIS est intervenue au domicile du couple suite à une demande d'aide ménagère incomplète déposée par la fille du couple à la permanence du PAIS. Au cours de la visite, l'animatrice constate l'état de santé de Monsieur et conseille l'instruction d'un dossier d'allocation personnalisée d'autonomie (Apa). Ceci afin d'apporter un soutien plus important à Madame dans la prise en charge de son époux et d'amener au domicile des aides techniques : télé-assistance, siège de bain, rehausseur de WC.

L'intervention de l'animatrice a porté sur :

- la constitution de la demande d'aide person-

nalisée à l'autonomie ;

- la constitution de la demande de la télé-assistance ;

- la constitution de la demande d'une carte d'invalidité auprès de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) ;

- l'orientation vers le Groupement d'insertion des handicapés physiques (GIHP) afin de faciliter les transports extérieurs et renforcer ainsi un lien social qui s'émiette.

Ces deux cas réels résument bien le travail effectué par les points d'accueil dans ce département. Sur Nancy, 1 500 demandes ont été traitées à ce jour depuis 2001. Neuf fois sur dix, elles émanent de personnes seules, dans un cas sur dix, la personne est âgée de plus de 90 ans. Les demandes d'assistance concernent l'aide administrative, puis les aides à domicile, les alternatives à la vie à domicile (accueil permanent de jour, temporaire), mais aussi les loisirs et la culture.

Former et valoriser les auxiliaires de vie : **une urgence**

Ce sont les accompagnantes auprès des personnes âgées. On les appelait autrefois aides ménagères ou à domicile, elles sont devenues « auxiliaires de vie ». Ils et elles sont cinquante mille en France, à la recherche d'une reconnaissance. Un diplôme d'État vient d'être créé, qui devrait permettre de revaloriser ce métier, pilier du lien social.

Le secteur de l'aide à domicile réunit environ cinquante mille professionnels, souvent regroupés sous le vocable « auxiliaires de vie ». Ce secteur souffre d'un manque cruel de personnel qualifié car pendant longtemps, aucune qualification n'a été reconnue. Résultat, à ce jour, environ 10 % des personnels sont qualifiés dans le domaine du soutien des personnes à domicile.

Les métiers à domicile sont en pleine émergence depuis quelques années et recherchent donc leur positionnement et leur reconnaissance. Emploi principalement féminin, activité à temps partiel, pas de formation initiale obligatoire, faible niveau de rémunération : telles sont les caractéristiques qui ont longtemps desservi l'image et la représentation de ce métier.

Comment dans une telle situation développer les compétences des aides à domicile et valoriser l'aspect accompagnement et développement des liens sociaux et familiaux au profit des personnes âgées ? La création, en 1988, d'un certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile (Cafad), diplôme de référence, a été un tournant. Ce cursus incluait en effet un certain nombre de connaissances, il soulignait que l'aide à domicile joue un rôle pour développer le lien social entre la personne âgée et l'extérieur. Ce cursus était suivi en « alternance », la personne étant employée par un organisme, mais libérée chaque semaine pour le volet théorique de sa formation.

Le problème est que cette formation était exclusivement à la charge des employeurs, ce qui a limité son attractivité. À peine 10 % des professionnels exerçant comme auxiliaires de vie sont titulaires du Cafad.

Ces efforts de formation n'en vont pas moins dans le sens d'une reconnaissance de la composante « relationnelle » du métier d'auxiliaire de vie. Cette fonction était autrefois très centrée sur les tâches ménagères, mais elle a considérablement évolué, les personnes âgées ne demandant plus seulement une personne pour faire le ménage et préparer

les repas, mais de plus en plus un appui relationnel voire psychologique. L'auxiliaire de vie aide aussi la personne âgée à s'ouvrir vers l'extérieur : elle est alors stimulatrice d'un lien social.

Une relation d'aide professionnalisée

Depuis dix ans, les besoins au domicile ont beaucoup évolué : diversité des populations prises en charge (personnes handicapées, jeunes enfants, personnes malades, etc.) et nouvelles situations vécues au domicile, pathologies de type maladie Alzheimer, accompagnement de fin de vie, etc.

Un diplôme bienvenu

Le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) représente 1 060 heures de formation (500 heures théoriques + 560 heures pratiques). Il peut être obtenu via trois cursus : en formation initiale, en situation d'emploi (par alternance), en validant ses acquis professionnels, l'expérience est alors complétée si nécessaire par un cursus allégé de formation.

En formation initiale ou alternance, aucun niveau scolaire ou professionnel n'est exigé au départ, la profession est de la sorte ouverte aussi aux demandeurs d'emploi dépourvus de qualification ou d'expérience.

Pour en savoir plus :

Unassad, tél. 01 49 23 82 52.

Site internet : www.unassad.net

Le maintien dans son cadre de vie habituel constitue un véritable choix mais il nécessite un suivi et une présence régulière pour l'aide et l'accompagnement à la vie quotidienne. Dans ce cadre, la présence régulière de l'intervenante à domicile et la prise en compte globale de la personne dans son environnement permettent que le maintien à domicile se réalise dans les meilleures conditions possibles. L'accompagnement de cette intervenante permet de conserver le lien avec l'extérieur. L'isolement demeure, en effet, une caractéristique majeure des situations vécues par les personnes âgées à domicile.

Diplôme d'État : la reconnaissance en marche

Face à ces évolutions, le secteur du domicile s'est investi dans la construction de la filière des formations de l'aide à domicile à partir de l'année 2000. La première réalisation concrète de ces travaux a été de remplacer le Cafad par le DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale). Le diplôme a été agréé courant 2002, reconnaissant comme métier la qualification d'« auxiliaire de vie sociale ». Les premiers cycles de formation ont démarré en septembre 2002. Tous les anciens titulaires du Cafad bénéficient de l'équivalence DEAVS (voir encadré ci-dessus).

Désormais labellisé par les pouvoirs publics, l'auxiliaire de vie sociale (AVS)

a pour fonction de concourir au maintien à domicile d'une personne en situation de besoin d'aide dans le respect de ses choix de vie, dans l'objectif de maintenir et/ou restaurer et/ou stimuler son autonomie.

Ainsi, deux logiques d'interventions apparaissent :

- aider à faire : stimuler, accompagner, soulager, apprendre à faire ;
- faire à la place de quelqu'un qui est dans l'incapacité de faire seul.

Enfin, il est précisé clairement dans cette réforme que l'AVS s'inscrit dans un réseau de services et d'intervenants. Et la fonction sociale accrue de l'auxiliaire de vie est clairement reconnue. Il s'agit de participer au développement et/ou au rétablissement et/ou au maintien de l'équilibre psychologique, stimuler les relations sociales, accompagner dans les activités de loisirs et de la vie sociale, aider à la gestion des documents familiaux et aux démarches administratives. Le « lien social » est activé par les fonctions d'écoute, de dialogue et de négociation.

Ces thèmes de lien, de travail en équipe et de communication sont des aspects fondamentaux sur lesquels

l'Union nationale des associations de soins et services à domicile (Unassad) a beaucoup insisté, afin qu'ils soient présents en tant que tel, et non dilués au sein de l'ensemble des activités.

Restaurer le lien social

La valorisation du lien social au travers de l'intervention au quotidien à domicile constitue la valeur ajoutée de ce métier. Même si un grand nombre de professionnels ont intégré ce secteur un peu par hasard, la majorité d'entre eux est soucieuse dans son travail de maintenir et favoriser ces liens sociaux et familiaux.

Cet aspect de métier centré sur le relationnel et le mieux-être de la personne est particulièrement valorisant pour le professionnel. Compte tenu des conditions d'exercice complexes de cette tâche, il faut continuer de renforcer et développer les compétences des auxiliaires de vie dans ces activités relationnelles, car l'objectif n'est pas mince : préparer une longue et belle vie à domicile...

Frédérique Decherf

Directrice des ressources humaines,
Unassad, Paris.

Grandir Vieillir

Un cédérom pour favoriser le dialogue intergénérationnel

Familles, enseignants, éducateurs, animateurs en charge des jeunes et des moins jeunes sont confrontés aux questionnements autour des thèmes grandir, vieillir, mourir, du type « Si grandir, c'est vieillir, à quoi ça sert de grandir ? », « Ça fait mal de vieillir ? ». Or, les adultes ont bien souvent des difficultés à y répondre.

Pour les épauler, la Fondation nationale de gérontologie a réalisé un cédérom intitulé « Grandir Vieillir : le Parcours de vie ». Psychologues et sociologues y décryptent la problématique du « grandir-vieillir » sur le plan du développement personnel et de sa déclinaison tout au cours de la vie, en famille, à l'école avec de très jeunes enfants et en institution pour personnes âgées.

Ce Cédérom explique aux plus jeunes la représentation du vieillissement à travers les âges. De Titien à Picasso, en passant par Goya, c'est donc la place des vieux dans les sociétés successives qui est détaillée.

Les informations s'articulent autour de huit cha-

pitres : questions d'enfants (réponses médicales à des questions posées par des jeunes sur le vieillissement), histoires de l'âge, images de l'âge, mots de l'âge, biologie et longévité, lignes de vie, dix conseils pour bien grandir et vieillir et une bibliographie. Enfin, le disque raconte les parcours de vie de personnages célèbres, anciens comme Jean-Sébastien Bach ou contemporains comme Théodore Monod, mais aussi de personnes moins célèbres, parmi lesquelles des centenaires. Ce support présente l'intérêt de pouvoir être regardé en « intergénérationnel », par une personne âgée et un enfant. Une invitation à l'échange et au débat.

Jacqueline Gaussens

Chargée de mission

Fondation nationale de gérontologie (FNG), Paris.

Pour se procurer cette édition « Grandir-Vieillir », s'adresser à la FNG - 49, rue Miraubeau 75016 Paris - Tél. 01 55 74 67 07.

« Je vieillis, mes droits demeurent ! »

La Caisse régionale d'assurance maladie (Cram) du Nord-Est a lancé une expérience pilote pour faire appliquer la charte des droits et libertés de la personne âgée. Droits aussi fondamentaux que la liberté de pratiquer une religion ou le droit à l'intimité et à la vie affective. Premier bilan.

La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, élaborée par la Fondation nationale de gérontologie (FNG), rappelle que « toute personne, quel que soit son âge, quelle que soit sa dépendance, a le droit d'exiger le respect de sa personne, de pouvoir exprimer ses droits, exercer ses devoirs, garder sa place dans la cité, au contact des autres générations, de maintenir ses relations familiales et des réseaux amicaux ».

La Cram Nord-Est, dans le cadre de ses missions d'aide et de soutien aux personnes âgées dépendantes, en accord avec la FNG, a mis sur pied une action pilote intitulée « Je vieillis, mes droits demeurent ». L'objectif principal est de promouvoir l'application effective de cette charte. Fer de lance de cette initiative, quatre groupes de réflexion ont été mis en place. Ces groupes ont réuni des professionnels de terrain tels que médecins, psychologues, ergothérapeutes, architectes, responsables d'établissements de services de soins et d'aide à domicile, mais aussi des représentants des familles et des personnes âgées, afin de proposer des actions concrètes, réalisables grâce à l'engagement volontaire de toutes les personnes entourant la personne âgée.

Ces groupes ont travaillé essentiellement sur les structures pour personnes âgées du département de Meurthe-et-Moselle. Les quatre thèmes phares de la charte sont les suivants : droit aux soins, droits civiques et protection légale, vie sociale et affective, habitat et environnement.

Maintenir le lien social pour les personnes âgées dépendantes

Ces réunions sont devenues de véritables groupes de paroles. Elles ont permis de débattre tout particulièrement de l'importance pour la personne âgée dépendante – qu'elle soit en établissement ou à domicile – du maintien des

liens sociaux et familiaux, mais aussi des obstacles qui, sur le terrain, peuvent s'y opposer. Dans ce domaine, la charte prévoit la mise en œuvre des principes suivants :

- « le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes ;
- toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités ;
- toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ;
- toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société ».

À l'issue d'un premier bilan, les groupes de travail constatent qu'il y a beaucoup à faire pour que les principes de la charte soient véritablement appliqués. Ils se sont fixés, entre autres, les priorités suivantes : rôle accru des familles, soutien psychologique, activités stimulantes, libre choix de toute activité y compris religieuse, accès facilité au rôle citoyen. Enfin, promotion du respect de la vie affective et sexuelle des personnes âgées, et ce par l'information des familles, des bénévoles et du personnel.

Vie affective, parfois tabou des familles

Il ressort de ce premier bilan qu'il faut généraliser l'information spécialisée des familles sur l'évolution physique et psychique des personnes âgées dépendantes. Les groupes de travail ont également souligné la nécessaire mise en valeur du rôle de l'aide à domicile dans le maintien du lien social. Il ne s'agit pas d'innover systématiquement, mais de généraliser des pratiques qui contribuent à développer le lien social. Exemples type : l'organisation, dans les établissements d'accueil, de rencontres inter-générationnelles avec des écoles, des lycées ; l'organisation de sorties avec des pensionnaires d'autres établissements. Mais aussi, la nécessité de faire vivre les personnes âgées au rythme des événements de la cité.

Dans d'autres domaines, tout ou presque est à faire. C'est le cas de la formation et l'information des bénévoles pour pallier l'absence de

visites familiales. Les groupes de travail ont également souligné la nécessité d'organiser des séances d'information, notamment pour les familles et le personnel, sur la vie sexuelle et affective de la personne âgée, ses besoins, ses souhaits. Très souvent, ce sujet demeure tabou dans les établissements, aux yeux du personnel accueillant mais aussi des familles.

Un contact humain, dans tous les actes de la vie

D'ores et déjà, ce travail de sensibilisation a changé l'état d'esprit des personnels et des familles par rapport aux demandes des personnes âgées. L'objectif de la Cram Nord-Est, des professionnels et des établissements partenaires est que le travail ne s'arrête pas là. La Caisse et ses partenaires souhaitent étendre cette réflexion aux sept départements couverts par la Cram Nord-Est (Meurthe-et-Moselle, Meuse, Vosges, Ardennes, Aube, Marne et Haute-Marne). Pour ce faire, un document reprenant les objectifs et propositions d'actions de ces groupes va être présenté avant la fin 2003. Finalement, le souhait de la Cram Nord-Est et de ses partenaires est que les services d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées, les établissements d'accueil, les différents groupes de réflexion se nourrissent de ces propositions et fassent avancer leurs projets.

« Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humaine, cette charte sera appliquée dans son esprit », soulignaient en conclusion les auteurs de la charte. Au quotidien, on aura progressé si l'on parvient à faire changer le regard que certaines familles et certains personnels portent sur les personnes âgées. Ainsi, par exemple, si l'auxiliaire de vie prend du temps pour discuter avec la personne âgée pendant qu'elle lui fait sa toilette, c'est un progrès considérable. Tout autant que de frapper à l'entrée de la chambre et de dire bonjour. C'est donc la qualité du lien social à l'intérieur d'un établissement qui peut être améliorée de façon spectaculaire, grâce à ce travail de sensibilisation.

Nicole Goeppfert

Responsable du Service Action Santé –
 Cram Nord-Est, Nancy.

Programme régional de santé d'Île-de-France : un outil pour lutter contre l'exclusion des personnes âgées

Depuis 1999, d'importants dispositifs nationaux ont été entrepris pour aider à la prise en charge des personnes âgées, en particulier pour les plus fragiles d'entre elles : loi sur l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), restructuration et professionnalisation de l'aide à domicile, création des centres locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (Clic), etc.

Dans une organisation sociale complexe, on peut s'interroger sur la traduction de ces dispositifs, quand on sait que les moyens réellement accordés sont souvent plus faibles que les enveloppes annoncées, qu'une certaine dilution se produit lors de la répartition de ces moyens sur le territoire, et que la mise en œuvre sur le terrain est ralentie par des processus administratifs de tous ordres.

Inscrire et réaliser certains de ces objectifs dans un programme territorial, comme un Programme régional de santé (PRS), peut être une opportunité. C'est ainsi que le PRS consacré aux personnes âgées en Île-de-France (1999-2004) souhaite contribuer à limiter ou prévenir le handicap – y compris dans ses répercussions sociales : isolement, exclusion.

Tutorage et soutien aux aidants

Pour donner deux exemples d'actions, citons, en Île-de-France, le financement d'une animation régionale des coordinations gérontologiques. L'animation consiste en des séances de méthodologie, de « tutorage ». Les bénéficiaires en sont les responsables des coordinations gérontologiques et des centres locaux d'Information et de Coordination gérontologique (Clic)¹, ce qui représente environ cinquante personnes en Île-de-France.

Cet appui en formation a été proposé à l'initiative de l'ensemble des partenaires du PRS (directions départementales

des Affaires sanitaires et sociales, conseils généraux et conseil régional, fédérations de professionnels, associations, etc.). Tous ces intervenants se retrouvent sur le constat suivant : les coordinations sont parfois isolées et souvent instrumentalisées par les donneurs d'ordre ; elles ont besoin de soutien pour grandir. Cette aide est un pari sur le futur service rendu au public : personnes âgées isolées, à risque de fragilisation médicale et/ou sociale.

Second type d'action financée, des programmes de soutien aux « aidants » naturels (qu'ils soient familiaux ou professionnels – parfois peu qualifiés) autour des personnes lourdement handicapées et/ou désorientées. Ces programmes permettent le maintien d'un lien, à la fois pour les personnes aidées, surtout si elles vivent encore à domicile, mais aussi pour les personnes aidantes, dont la vie relationnelle peut souffrir de cet engagement, lourd de charge psychologique. À ce jour, quatre actions ont été soutenues : à l'hôpital Bretonneau, au profit de l'association gérontologique du 13^e arron-

dissement de Paris, de l'association *Alzheimer 77* (Seine-et-Marne) et du consultant Edusanté dans les départements de Seine-Saint-Denis (93) et du Val-de-Marne (94).

Depuis l'année 2002, ces actions sont sélectionnées par appel à projets puis financées à parité par l'État et l'Assurance maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires - FNPEIS).

Valérie Olganier

Médecin inspecteur de santé publique,
Programme régional de santé (PRS)
personnes âgées,
Drass, Île-de-France.

1. On dénombre actuellement en région Île-de-France environ cinquante points de contact ou antennes de coordination destinés à aider les personnes âgées. Ces guichets d'information sont généralement localisés dans les mairies, les collectivités, les associations, les hôpitaux et les maisons de retraite. Une vingtaine d'entre eux ont obtenu le label « centre local d'Information et de Coordination gérontologique » (Clic). La mission des Clic est non seulement d'informer les personnes âgées et leurs familles, mais aussi de mobiliser les différents services concernés pour mettre sur pied un plan d'aide si nécessaire.

Pour en savoir plus

Bibliographie

Personnes âgées, modes de vie et santé : données générales

- Leclerc A., Fassin D., Grandjean H. (sous la dir.), Grand A., Clément S., Boquet H. Personnes âgées. In : Kaminski M., Lang T. (sous la dir.). *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 315-30.
- Michaudon H. La retraite ou le temps des loisirs. In : *France : portrait social*. Paris : Insee, 2001 : 147-61.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Ministère délégué à la Santé. *Programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles. 2002-2005*. Paris : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2002 : 28 p.
- *La santé aux grands âges*. Les cahiers de l'Ined 2002 ; 147 : 1-14.
- *Les personnes âgées entre aide à domicile et établissement*. Dossiers solidarité et santé 2003 ; n° 1 : 106 p.

Professionnels et dispositifs

- Caisse régionale d'assurance maladie des Pays de la Loire. *Le rôle de la Cram dans la politique de coordination gériatrique*. Nantes : Cram, 2000 : 23 p.
- Fondation nationale de gérontologie. *Le personnel*. Gérontologie et Société 2003 ; n° 104 : 298 p.
- Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (Cleirppa). *Territoires et vieillissement*. Paris : Cleirppa, 1998 : 44 p.
- Haut Comité de la santé publique. Les personnes âgées de 75 ans et plus. In : HCSP. *La santé en France 2002*. Paris : La Documentation française, 2002 : 139-59.
- Henrard J.-C., Ankri J. *Vieillesse, grand âge et santé publique*. Rennes : ENSP, 2003 : 277 p.
- Fondation nationale de gérontologie. *Réseaux et coordination*. Gérontologie et Société 2002 ; 100 : 159 p.
- Leduc F. (éd.). *Guide de l'aide à domicile. Champs et définitions-structures et dispositifs. Métiers et perspectives*. Paris : Dunod, 2001 : 350 p.
- Robert F. (collab.). *Travailler auprès des personnes âgées*. Paris : Dunod, 1998 : 246 p.

- Villez A., Dherbey B., Jurdan C., et al. *La politique de vieillesse en France et son adaptation aux travailleurs immigrés âgés*. Les cahiers Thématiques 2002 ; n° 1 : 59 p.

Isolement, relations et prévention

- Arfeux-Vaucher G., Renaut S., Mortain B., Gourdon V. *Familles, vieillissement et générations*. Recherches et prévisions 2003 ; n° 71 : 3-75.
- Feillet R. *Pratiques sportives et résistance au vieillissement*. Paris : L'Harmattan, 2000 : 233 p.
- Fondation nationale de gérontologie, International Longevity Center. *Grandir et vieillir. Le défi du 3^e millénaire*. Paris : FNG, 2000 : 128 p.
- Fondation nationale de gérontologie. *Âge et exclusions*. Gérontologie et Société 2002 ; n° 102 : 291 p.

- Ministère des Sports, secrétariat d'État aux Personnes âgées. *Promotion de la santé et du bien-être par l'alimentation et l'activité physique et sportive. Programme national « Bien vieillir »*. Paris : ministère des Sports, secrétariat d'État aux Personnes âgées, mars 2003 : 39 p.
- Pitaud P., Redonet M. *Les solidarités de voisinage : regard sur l'isolement et la solitude des personnes âgées*. Rapport de recherche. Marseille : Institut de gérontologie sociale, juillet 2002 : 76 p.
- Vercauteren R. *L'intergénération : une culture pour rompre avec les inégalités sociales*. Ramonville-Saint-Agne : Erès, coll. Pratiques gérontologiques, 2001 : 220 p.

Outils pédagogiques

- La cinévidéothèque FNG-Cleirppa a pour mission de recenser et de diffuser des documents audiovisuels sur la vieillesse et le vieillissement. Consultation sur place. Possibilités de vente ou de location. Tél. 01 55 74 67 12.
- *Ki-Lu-Di de 9 à 99 ans : le jeu de l'intergénération*, 1996, 1 plan de jeu, 410 fiches, 144 cartes, 1 dé. Réalisé et distribué par Pro Senectute Vevay, Mme Marmillod. Tél. 00 41 21 923 50 22.
- *Jeu des souhaits*, 1993, plateau de jeu et livret pour l'animateur. Destiné aussi aux professionnels intervenant en institution. Réalisé et distribué par CPDG, Grenoble. Tél. 04 76 63 32 00.
- *Les aînés acteurs de leur santé*, 2000, coffret comprenant 4 fiches actions, 4 fiches auto-questionnaire, 1 photolangage, 1 livret « paroles et images de nos aînés » et 1 livret pour l'animateur. Réalisé et distribué par Comité régional d'éducation pour la santé de Lorraine et la Caisse régionale d'assurance maladie du Nord-Est, Nancy. Tél. 03 83 44 87 59.
- *Les aides à domicile au service des personnes âgées*, 2000, coffret comprenant 1 dossier pour les participants (avec photolangage) et 1 dossier pédagogique pour l'animateur. Réalisé et diffusé par le CFES et les Codes de la Marne et de la Haute-Marne (épuisé, consultable auprès des comités). Tél. 01 41 33 33 33.
- *Périls en la demeure*, 1996, vidéo. Réalisé par Serge Mascret et distribué par EVB/Oro-léis, Paris. Tél. 01 53 02 98 00.
- *Questions sur un plateau*, 1996, coffret comprenant 1 vidéo, 1 livret pour les participants, 1 questionnaire, 4 affiches et 1 livret pour l'animateur. Réalisé et distribué par l'Institut Danone, Levallois-Perret. Tél. 01 40 87 22 00.
- *Plein la tête*, 2001, jeu. Réalisé et diffusé par l'Union nationale des mutualités socialistes et femmes prévoyantes socialistes, Bruxelles, Belgique. Tél. 00 32 2 515 05 85.

Organismes ressources et revues

Fondation nationale de gérontologie (FNG)

49, rue Mirabeau

75016 Paris

Tél. 01 55 74 67 01

<http://www.fng.fr>

Créée en 1967 et reconnue d'utilité publique, la FNG a pour mission de :

- conduire et participer à toute recherche fondamentale et appliquée dans les domaines biomédical, épidémiologique, sociodémographique, économique et psychosocial ;

- réunir et diffuser les connaissances disponibles sur tout sujet traitant de la vieillesse et du vieillissement, et informer chercheurs et utilisateurs sur les travaux en cours ;

- former à la maîtrise d'outils méthodologiques et à des approches qui contribuent à changer les représentations stéréotypées et négatives de l'avance en âge ;

- établir des collaborations internationales pour élargir les bases du savoir et les perspectives de l'action.

La FNG est dotée d'un centre de documentation, ouvert au public, réunissant un fond documentaire de plus de 8 000 ouvrages et une collection de 300 périodiques. Sa base de donnée, ainsi que celle du Cleirppa, sont consultables en ligne sur son site, à la rubrique documentation.

Gérontologie et Société : revue thématique trimestrielle

Centre de liaison, d'étude et d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées (Cleirppa)

60, avenue de St-Ouen

75018 Paris

Tél. 01 40 25 49 60

Association nationale créée en 1970 à l'initiative des régimes de retraite complémentaire, du secteur mutualiste et du milieu associatif, destinée à l'ensemble des intervenants de l'action sociale gérontologique. Son secteur « études-conseil » aide les décideurs et les professionnels à établir un bilan, évaluer ou élaborer une politique, accompagner les équipes. Pour les actions de conseil, le Cleirppa est membre de l'Association du réseau de consultants en gérontologie, recommandé par la Fondation de France. Les sujets abordés par le Cleirppa sont notamment les projets de vie, les politiques gérontologiques locales, l'hébergement, les petites unités de vie, la citoyenneté des retraités, etc. Son centre de documentation est installé depuis 2000 à la FNG.

Documents-Cleirppa : revue trimestrielle

Formations

La profession des aides à domicile a désormais un nouveau diplôme : diplôme d'Auxiliaire de vie sociale, institué par le décret n° 2002-410 du 26 mars 2002.

Pour plus d'informations, vous trouverez sur le site du ministère des Affaires sociales : www.social.gouv.fr/hm/pointsur/travail_soc/index.htm un dossier complet sur les formations en travail social : métiers, formation, diplôme, lieux de formation.

En outre, le centre de documentation FNG-Cleirppa s'attache à recenser les diplômes délivrés par les universités françaises dans le domaine de la gérontologie : DU, DIU, DESS, capacités, CESS spécialisé en gérontologie. Vous pourrez aussi consulter des listes et des catalogues d'organismes de formation à Paris et en province. La recherche est facilitée par l'établissement de dossiers thématiques : personnel, animation, démence, projet de vie, etc.

Fondation de France

40, avenue Hoche

75008 Paris

Tél. 01 44 21 31 00

[Http://www.fdf.org](http://www.fdf.org)

Organisme de droit privé, sans but lucratif, créé en 1969 à l'initiative du général de Gaulle et d'André Malraux. Son objectif est d'aider les personnes, des entreprises et des associations à réaliser des projets d'intérêt général, philanthropiques, culturels et scientifiques. La Fondation de France intervient dans le champ de la solidarité par le biais de différents programmes régionaux ou nationaux. Ceux-ci concernent aussi bien l'hébergement et le logement que la citoyenneté, l'emploi, l'insertion, l'enfance ou encore les personnes âgées et handicapées.

Le pôle « personnes âgées » s'intéresse aux projets favorisant le maintien de cette catégorie de la population dans la vie locale comme membre à part entière de la communauté.

Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)

110-112, avenue de Flandres

75951 Paris cedex 19

Tél. 01 55 45 50 00

<http://www.cnav.fr>

Organisme de la branche retraite de la Sécurité sociale.

La Cnav dispose, en son sein, d'une équipe de chercheurs pluridisciplinaire. La direction des recherches sur le vieillissement (DRV) a pour principales missions de favoriser une meilleure connaissance scientifique des aspects sociaux du vieillissement et de contribuer à l'orientation des politiques sociales. L'équipe pluridisciplinaire réalise des recherches en sociologie, économie, anthropologie, sur les conséquences du vieillissement et les rapports de générations.

Retraite et Société : revue trimestrielle

Union nationale des associations de soins et services à domicile (Unassad)

108-110, rue St Maur

75011 Paris

Tél. 01 49 23 82 59

[Http://www.unassad.net](http://www.unassad.net)

Association du maintien à domicile (ADMR)

184A, rue du Faubourg St Denis

75484 Paris cedex 10

Tél. 01 44 65 55 55

<http://www.admr.org>

Union nationale des instances de coordination, offres et réseaux de personnes âgées (Uniopra)

45 rue Chabaud - B.P. 2089

51073 Reims cedex

Tél. 03 26 88 40 86

À noter deux publications :

• **Gérontologie** : revue trimestrielle, éditée par l'association des amis de la revue *Gérontologie* – 14, passage Duguesclin, 75015 Paris. Tél. 01 47 34 64 63.

• **Lien Social et Politiques** : revue bi-annuelle, éditée conjointement par les éditions St-Martin à Montréal et les éditions ENSP : av. du Pr Léon Bernard – 35043 Rennes cedex. Tél. 02 99 54 90 98.

Jeunes en insertion professionnelle : Le défi de l'accès aux soins

Le médecin généraliste peut jouer un rôle clé dans l'accès aux soins des jeunes qui ont effectué une scolarité courte. Telle est la conclusion d'une enquête de terrain réalisée par le Comité régional d'éducation pour la santé de Picardie, lequel préconise plusieurs pistes d'actions pour les professionnels de la prévention.

Le recours aux soins est une question rarement évoquée dans les expériences d'éducation du patient. Dans le cadre du dispositif de formation professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans et de ses mesures d'accompagnement, le Conseil régional et la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Picardie ont commandé au Comité régional d'éducation pour la santé de Picardie une étude sur les freins à l'accès et au recours aux soins.

Les résultats de cette enquête confirment la place essentielle du médecin généraliste en tant qu'interlocuteur privilégié de ces jeunes tant dans le domaine du soin que de celui de l'éducation pour la santé.

L'objectif de cette étude était de mieux comprendre non seulement les représentations que les jeunes de 16 à 25 ans inscrits dans la filière « pré-professionnelle renforcée » se font de la santé, mais aussi leurs comportements. Ces jeunes se caractérisent par des difficultés sociales, familiales et un niveau de formation inférieur ou égal au niveau V (CAP/BEP).

Cette étude qualitative, menée entre novembre 2000 et juillet 2001 dans les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise, s'appuie sur des entretiens de groupe de type semi-directif (*focus group*) auprès de 29 jeunes et de 14 formateurs, un travail de terrain complété par une revue de la littérature spécialisée dans ce domaine.

Recours aux soins tardif

Les principales pratiques de ces jeunes en matière de santé sont les suivantes : automédication, sollicitation du réseau social ou familial pour prendre conseil, consultation essentiellement auprès du médecin généraliste. Cette population peut refuser ou éprouver des difficultés à accepter d'autres formes de prise en charge : analyses, examens complémentaires, consultations de spécialistes (psychologue, dentiste, etc.) (1).

Le recours aux soins intervient tardivement. Il s'effectue uniquement à titre curatif, la douleur ou l'incapacité étant déterminants. Qu'il soit en situation de précarité ou pas, ce public montre en général des difficultés à intégrer des pratiques préventives. De plus, le lien entre mode de vie, état de santé et projet professionnel est rarement établi.

Une image de soi dévalorisée

Certains jeunes en situation de précarité souffrent d'une faible estime de soi qui se traduit notamment par un intérêt réduit pour leur corps et plus généralement pour leur santé, d'où un non recours aux soins. On peut faire l'hypothèse d'une perte de la faculté d'évaluer l'état de son corps, de percevoir son état de santé (2, 3).

En raison de leur situation sociale, certains jeunes craignent parfois d'être rejetés ou jugés par les professionnels de santé. À cela s'ajoute parfois certaines difficultés d'expression qui entretiennent le sentiment de gêne ou de honte. L'ensemble de ces facteurs peut facilement entraîner le renoncement aux soins et au recouvrement des droits.

Accéder au système de soins suppose d'avoir acquis des aptitudes par-

ticulières (confiance en soi, estime de soi, aptitude à communiquer, etc.) et de détenir des informations élémentaires afin de ressentir le besoin et l'envie de se soigner, de se préoccuper de sa santé, de prévenir le risque de maladie, d'utiliser les procédures techniques et administratives. Ces jeunes doivent également avoir accès à des informations accessibles pour pouvoir entreprendre une démarche d'accès aux soins. De plus, la difficulté à faire face efficacement au stress et aux pressions de la vie entretient les problèmes de santé et le non-recours aux soins.

Ces carences expliquent en partie les appréhensions de ces jeunes vis-à-vis du monde médical (peur du dentiste, peur de la prise de sang, appréhension du gynécologue, du psychologue), mais aussi leur apparente absence de motivation pour leur santé. Or, si leur demande n'est pas toujours verbalisée, elle est néanmoins latente. Leur besoin d'écoute et d'expression dans un environnement où ils sentent en confiance ne peut être nié.

Réticences de certains professionnels médicaux

En face de ces jeunes, la méconnaissance des populations défavorisées entraîne, chez certains professionnels, une crainte d'agression et la peur qu'elles ne fassent fuir la clientèle traditionnelle. Le refus de prise en

charge peut aussi être motivé par le niveau des tarifs de l'Assurance Maladie dans les cas où ils ne couvrent que partiellement les frais des professionnels du secteur libéral (en particulier les chirurgiens-dentistes) (4).

Cette étude indique clairement qu'il y a une inadéquation entre les demandes de ce public et la réponse du système de soins. L'hyper-spécialisation des professionnels de santé entrave la vision globale du patient. En effet, les jeunes souffrent davantage d'un mal-être lié aux situations sociales, aux conditions de vie et à leur histoire personnelle que de pathologies mentales (5). Or, pour les professionnels de santé comme pour les travailleurs sociaux et éducatifs, la limite entre le pathologique et la détresse sociale est difficile à fixer.

Le danger est de voir les jeunes rejeter l'offre de soins parce que les réponses proposées ne correspondent pas à leur demande. Les formateurs, confrontés quotidiennement à ces difficultés, doivent assurer le lien entre les structures sanitaires et sociales. Cela implique une bonne connaissance des différents dispositifs, du temps, mais surtout des compétences en matière d'écoute. Certaines demandes dépassent leurs compétences et/ou leurs responsabilités, ce qui est parfois source de souffrance pour ces professionnels.

Des actions de prévention pas toujours adaptées

Il est impossible de développer la socialisation et de faciliter l'accès à la qualification et à l'insertion professionnelle sans tenir compte des problèmes de santé. Dans le cas des formations pré-professionnelles renforcées, le formateur ou enseignant peut être un maillon important de la démarche de promotion de la santé, car il est en relation permanente avec le jeune pendant sept mois.

Toute la difficulté est que les formateurs ne se sentent plus dans leur domaine de compétence quant ils sont confrontés aux problèmes de santé de ces jeunes : d'abord ils n'ont pas de cadre d'intervention précis dans le champ sanitaire ; ensuite ils reconnaissent manquer de connaissances sur la plupart des thèmes de santé ; enfin ils ne disposent d'aucune méthode pour élaborer une stratégie pédagogique et construire des outils adaptés. Dans ces conditions, les formateurs sollicitent donc souvent l'intervention des animateurs de prévention ou des professionnels de santé extérieurs. Mais ces actions, essentiellement thématiques (alcool, tabac, couverture maladie universelle (CMU), etc.) et informatives, ne tiennent pas nécessairement compte des demandes, des représentations, des pratiques et des capacités d'apprentissage des jeunes (informations trop complexes, séquences de travail trop longues, actions trop ponctuelles, etc.).

Des obstacles administratifs et financiers

Enfin, l'enquête souligne les difficultés rencontrées par ces jeunes pour accéder aux soins, surtout s'il faut surmonter des écueils administratifs. Ainsi, fin 2000, au moment où les entretiens se sont déroulés avec les jeunes et les formateurs, le principe de l'affiliation sans délai à l'Assurance Maladie des personnes non assurées n'était pas respecté.

Autre exemple concret, les jeunes en difficulté d'insertion rencontrent des difficultés à faire valoir leurs justificatifs de résidence et leur droit à l'Assurance Maladie (6). La carte autonome de sécurité sociale pour les plus de 16 ans n'est pas délivrée. Le traitement des dossiers peut prendre, dans certaines caisses primaires d'Assurance Maladie, plusieurs mois. L'inégale répartition géographique

de l'offre du système de santé engendre une difficulté matérielle et financière pour y accéder (7). Par ailleurs, au regard de leurs ressources économiques, les achats de produits d'hygiène ne sont pas prioritaires pour tous les jeunes.

Médecins généralistes : au carrefour de la prévention

L'identification des difficultés d'accès et de recours aux soins de ces jeunes en situation de précarité en Picardie donne des pistes de travail pour les éducateurs pour la santé. Ces derniers doivent, en priorité, essayer d'améliorer le niveau de connaissance des jeunes sur les thématiques de santé qui les préoccupent (contraception, conséquence de la consommation de cannabis, tabac, prise en charge des problèmes d'alcool, sevrage tabagique, etc.), mais aussi sur les missions et les pratiques des professionnels de santé de proximité : le psychologue, le psychiatre, le dentiste. En outre, il s'agit de développer les compétences psychosociales de ces jeunes.

Autre enseignement de cette enquête de terrain, les actions éducatives à entreprendre doivent s'appuyer sur les valeurs (importance de la famille et des amis, être respecté, chercher et satisfaire rapidement de nouveaux plaisirs, etc.) portées par les jeunes, en tenant compte de leurs ressources propres et de leur environnement socio-culturel et économique. L'analyse de vidéos, les études de cas, les jeux de rôles et de piste, les rencontres avec les professionnels sanitaires et socio-éducatifs sont autant d'activités et d'outils pédagogiques adaptés à ce public. Les activités culturelles, manuelles, sportives, qui contribuent à renforcer l'autonomie, la communication, la confiance en soi sont également à renforcer.

Enfin, ces travaux confirment le fait que le médecin généraliste est le seul professionnel en qui les jeunes ont confiance et vers lequel ils se dirigent spontanément. La consultation de médecine générale est donc une opportunité pour développer la prévention et l'éducation pour la santé auprès de ce public. Mais les différences socioculturelles entre le soignant et le patient rendent parfois difficile la communication (8). Une approche centrée sur la personne, privilégiant l'écoute et l'expression, tenant compte des déterminants sociaux, économiques et culturels est donc à

recommander. Dans ces conditions, le travail en partenariat entre le généraliste et les partenaires socio-éducatifs serait souhaitable, non seulement pour le jeune, mais aussi afin de prévenir l'épuisement des professionnels. La première étape pour construire ce partenariat serait déjà d'apprendre à reconnaître les missions et les champs d'intervention de chacun sur un territoire précis, et ce pour une meilleure orientation du jeune et une prise en charge plus rapide.

Olivier Rovere

Formateur conseil, Cres de Picardie,

Florence Da Silva

Coordinatrice Unité de prévention et d'éducation du Centre hospitalier de Dreux,

Sonia Caillaux

Formateur conseil, Cres de Picardie, Amiens.

Cette étude est disponible dans son intégralité sur le site internet du Cres de Picardie.

<http://www.crespicardie.org>

► Références bibliographiques

1. Joubert M. *Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins*. Prévenir 1995 ; n° 28 : 93-104.
2. Haut Comité de la santé publique. *Santé des enfants, santé des jeunes : rapport adressé à la Conférence nationale de santé et au Parlement*. Paris : HCSP, Avis et rapports, 1997 : 158 p.
3. Frappier J.Y., Michaud A., Deschamps J.P. Les adolescents en situation de précarité sociale. In : Michaud P.A., Alvin P. *La santé des adolescents : approches, soins, prévention*. Lausanne ; Paris ; Montréal : Payot ; Doin éditeurs ; Les Presses de l'université de Montréal, 1997, chapitre 44 : 481-90.
4. *Le quotidien du médecin*, 24 octobre 2000.
5. Lazarus A., Strohl H. *Pauvreté, précarité et pathologies mentales. Une souffrance que l'on ne peut plus cacher*. Paris : Délégation interministérielle à la ville, Dirmi, 1996.
6. Médecins Sans Frontières. *Couverture Maladie Universelle : mise en œuvre de la loi du 27 juillet 1999*. Paris : MSF, 2000.
7. Menoret-Calles B. *L'accès aux soins des populations démunies*. Paris : L'Harmattan, 1997 : 175 p.
8. Heremans P., Deccache A. *Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés*. Revue Française de Santé Publique 1999 ; 2 : 226-41.

• COMMUNIQUÉ •

Education Santé

sommaire

n° 178 - avril 2003

Initiatives

Plus on est de poux (air connu...)

Christian De Bock

Dans avec les poux

Nicole Maréchal

La lutte contre la pédiculose, une lutte contre l'exclusion

Yves Poey

« L'eau du robinet, ça nous plaît ! »

Sylvie Bourguignon

L'hystérectomie en Belgique

Dr Raf Mertens

La sécurité des usagers « doux » sur les routes

Isabelle Durant

Réflexion

La « dénormalisation » de l'industrie du tabac, nouvelle approche pour la prévention chez les jeunes

Axel Roucloux

Lu pour vous

La dépression

Le rapport sur la santé dans le monde 2002

Documentation

Les dossiers techniques du RESO

Brèves

Éducation Santé est un mensuel, réalisé avec l'aide de la Communauté française de Belgique – Département de la santé.

Pour recevoir un exemplaire de ce numéro : education.sante@mc.be. L'abonnement est gratuit en Belgique ; pour les abonnements à l'étranger, une contribution de 20 € est demandée (l'abonnement prenant cours dès réception du paiement).

Pour s'abonner en ligne ou pour consulter les articles parus dans la revue : <http://www.educationsante.be>

Contribuer à une réflexion critique sur l'éducation pour la santé.

Intervenants en éducation pour la santé, chercheurs, acteurs de terrain, à vos plumes! *La Santé de l'homme* lance une nouvelle rubrique pour susciter un débat contradictoire sur la promotion de la santé.

Le phénomène est incontestable : une place croissante est accordée à l'éducation pour la santé et à l'éducation thérapeutique, tant au sein des politiques nationales (élaboration du Plan national d'éducation pour la santé [PNES], création de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [INPES], constitution de la Fédération nationale des comités d'éducation pour la santé), qu'au niveau régional avec les Schémas régionaux d'éducation pour la santé (Sreps). Ces différents faits témoignent d'une réelle volonté de prise en compte de l'éducation pour la santé dans les politiques de santé, en en faisant un élément incontournable.

De fait, le terme d'« éducation pour la santé » est de plus en plus employé et décliné dans les discours et dans les textes des différents acteurs, qu'ils soient institutionnels, associatifs, du secteur éducatif, sanitaire et/ou social.

Si nous pouvons nous réjouir de cette prise en compte du champ de l'éducation pour la santé, nous pouvons aussi nous demander si cette sur-représentation du terme ne risque pas, peu à peu, au travers de sa vulgarisation, de le déposséder de son essence. De multiples exemples montrent, en effet, que le passage au discours commun peut ôter toute substance à un terme initialement riche de sens : la question vaut pour les notions telles que la « participation des usagers », les « acteurs », la « citoyenneté », la « laïcité », etc.

Face à ce constat, il est donc important de réaffirmer les valeurs, les concepts et les méthodes de l'éducation pour la santé, tout en s'interrogeant sur ce qu'elle est aujourd'hui au regard des différentes évolutions citées précédem-

ment, mais aussi au regard des évolutions de la société elle-même.

L'évolution des discours et des pratiques en éducation pour la santé peut être rapportée au contexte social. « *Champ et pratique au confluent de plusieurs disciplines (médecine, épidémiologie, pédagogie, sociologie, psychologie, communication, etc.), l'éducation pour la santé est étroitement liée au contexte global de la société et à la politique de santé, tant au plan de sa philosophie de base et de ses concepts que de son organisation et de ses outils* », résumait ainsi Bernadette Roussille, ancienne déléguée générale du CFES, dans le n° 362 de *La Santé de l'homme* (p. 14). Si nous voulons conforter l'éducation pour la santé comme un champ de compétences à part entière, il est nécessaire dès à présent d'avoir un regard distancié quant à ses modalités d'intervention, son positionnement et son rôle dans la société et au sein de la santé publique.

Solliciter chercheurs et acteurs de terrain

Porter un regard critique sur l'éducation pour la santé ou l'éducation thérapeutique, c'est aussi mener une réflexion, une introspection sur leurs champs d'action, leurs limites, leurs forces et leurs faiblesses, afin de mieux les structurer. Cette introspection peut également nourrir la réflexion des acteurs de l'éducation pour la santé au moment où les questions de la professionnalisation et de la constitution des métiers deviennent prépondérantes.

Faire progresser ce débat, c'est donc la raison d'être de cette nouvelle rubrique « Contribuer à une réflexion critique sur l'éducation pour la santé » qui démarrera concrètement dès le pro-

chain numéro. Elle sera alimentée par des textes de chercheurs se réclamant de disciplines constitutives de l'éducation pour la santé, mais aussi d'acteurs de terrain. Cette rubrique pourra permettre d'élaborer des axes de (re)-positionnement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique ; elle pourra aussi participer à la définition d'axes de recherches.

Voici quelques exemples de thèmes qui pourraient trouver place au sein de la rubrique.

1. Dans le numéro 345 de *La Santé de l'homme* intitulé « L'éducation pour la santé est-elle éthique ? », les divers spécialistes sollicités ont ainsi traité plusieurs questions fondamentales, dont la suivante : l'éducation pour la santé tend-elle à renforcer l'individualisme en donnant à chacun les moyens de prendre en charge sa propre santé, en cherchant à constituer chacun comme un être autonome ?

Cette question vaut pour certaines de nos pratiques et fait écho au débat intervenu lors d'un colloque organisé il y a quelques années par le CFES, sur un thème d'inépuisable actualité : « Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé » (1). Les interrogations étaient déjà les mêmes : l'éducation pour la santé ne prêche-t-elle que des convertis ? Quelles conséquences tirer du fait que ce sont les catégories sociales qui ont la plus forte espérance de vie qui sont les plus disposées à la prévention ? Les valeurs d'individualisme, de responsabilité personnelle étant culturellement ancrées dans les catégories les plus aisées de la population, ne reproduisons-nous pas des différences culturelles et sociales au travers de nos

actions ? Les valeurs qui sous-tendent nos pratiques sont-elles celles d'une classe dominante ? Par exemple, les normes sociales actuelles concernant l'esthétique du corps sont centrées sur la minceur. Sans remettre en cause les dangers liés à un véritable surpoids, ne pouvons-nous pas réintroduire dans nos actions le droit à la différence ?

2. Les actions en direction des publics en situation de précarité interpellent sur les finalités de l'éducation pour la santé et notre propre rôle en tant qu'éducateurs au sein de la société. Sommes-nous, au regard de nos pratiques, des professionnels engagés pour contribuer à construire une société plus égalitaire, en agissant au niveau des déterminants de la santé ?

Comme le souligne Jean-Pierre Deschamps, professeur de santé publique, « *aujourd'hui, les éducateurs doivent faire l'effort de ne plus seulement s'adresser aux usagers, mais aussi aux responsables sociaux et aux décideurs qui ont des responsabilités sur l'environnement de la population et donc sur son bien-être* » (2). Ce qui se joue ici est bien la question de la relation entre prévention et promotion de la santé, qui implique de développer ce que l'on pourrait appeler une éthique de l'action. En effet, comme le rappelait en substance le sociologue

Fabien Tuleu, délégué général d'Emmaüs France, dans un numéro récent de *La Santé de l'homme*, « *les éducateurs pour la santé ont aussi devoir à témoigner et interpeller les décideurs sur les situations qu'ils rencontrent* » (3). Ils ont donc une vraie légitimité à faire entendre leur point de vue.

3. On constate l'apparition, sur le devant de la scène sociale et de la santé publique, des termes d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique. Compte tenu de la volonté de développer ces deux champs, n'y a-t-il pas une tentation de médicaliser le social et de prétendre que l'éducation pour la santé peut tout résoudre ? Dans cette perspective, tous les domaines d'intervention peuvent être passés en revue. Par exemple, la focalisation sur les « problèmes de santé » des adolescents ne masque-t-elle pas une incapacité des adultes et de la société à répondre à leurs aspirations ?

Contribuer, oui mais comment ?

D'une façon générale, cette rubrique fonctionnera en deux temps. Dans un premier temps, elle accueillera le point de vue d'un chercheur ou d'un acteur de terrain sur un sujet donné. Selon les cas, ce point de vue pourra ou non être opposé à celui d'un autre auteur sur le même sujet. Dans un second temps, les

lecteurs seront invités à réagir par écrit sur les questions posées, sur les arguments proposés, et leurs réponses seront publiées. L'objectif est de rendre cette rubrique interactive et de contribuer à une réaffirmation des valeurs, des référents théoriques et principes méthodologiques de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique. Alors, dès le prochain numéro, ouvrons le débat !

Eric Le Grand

Sociologue, chargé de mission à l'INPES.

NB : vos réponses seront à transmettre à Danielle Belpaume à l'INPES : danielle.belpaume@inpes.sante.fr

► Références bibliographiques

(1) *Recherche en sciences humaines et éducation pour la santé*. Actes du Colloque de Dourdan, 21-22 mars 1985, Editions du CFES : 298 p.

(2) Deschamps J.-P. *La Santé de l'homme*, n° 357, janvier-février 2002, cité par C. Ferron et A. Douiller, p. 4.

(3) Tuleu F. La santé mentale dans l'esprit d'Ottawa. *La Santé de l'homme*, n° 359, mai-juin 2002 : 53-4.

Santé publique

sommaire n°4 - décembre 2002

Éditorial

Régionaliser, le temps du débat

B. Garros

Études

L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention

L. Dany, T. Apostolidis

Apport économique de l'échographie gynécologique et obstétricale en stratégie avancée dans la région de Ziguinchor, Sénégal.

P. N'Diaye, A. Tal Dia, C. Fall, A. Diédhiou, F. Badji Aris

Satisfaction des patients hospitalisés à Hô Chi Minh Ville, Viet Nam

P.L. Nguyen Thi, T.G. Le, F. Empereur, S. Briancan

Prévalence de l'obésité chez les enfants en école primaire à Grenoble

M. Vigié, M. Fayard, P. Micheletti, S. Boussuges

Attitudes à l'égard des soins formels et informels : comparaison d'adolescents français et chiliens

J. Pommier, J.P. Deschamps, M.I. Romero, T. Zubarew, L. Billot, L. Villaroel, A. Moutchours

Pratiques

Le rôle des associations de patients dans le développement de l'éducation thérapeutique en France

E. Lecimbre, R. Gagnayre, A. Deccache, J.F. D'Ivernois

Contexte de création d'un diplôme de gestion de projets de santé en Côte d'Ivoire

N.-M. Koffi, A.J. Diarra Nama, O. Angbo Effi, B. Chanfreau, J. Saracino-Tagliante, M. Le Bras

Éducation à la santé à l'école : pratiques et représentations des enseignants du primaire

D. Jourdan, I. Picc, B. Aublet-Cuvelier, D. Berger, M.L. Lejeune, A. Laquet-Riffaud, C. Geneix, P.Y. Glanddier

Opinions

Loi quinquennale de santé publique : analyses et propositions de la SFSP

D. Oberlé, L. Chambaud

Attitude médicale en cas de grève de la faim. A propos de la problématique du traitement sous contrainte

J. Martin

Lectures

Être et avoir : les avis sont partagés !

Les plus fidèles lecteurs de cette rubrique Cinésanté (il y en a !) se souviennent peut-être du précédent film de Nicolas Philibert que nous y avons présenté. *La moindre des choses* posait regard et caméra dans le monde clos d'une clinique psychiatrique où l'occasion du montage d'une pièce de théâtre permettait de découvrir des malades bien sûr, mais surtout des êtres humains à part entière, avec leurs failles, leurs faiblesses, leurs fragilités, mais aussi leur chaleur, leurs émotions, leurs grandeurs.

À n'en pas douter, c'est le même regard qui est posé sur la petite école de Saint-Étienne-sur-Usson dans le Puy-de-Dôme, même si l'univers décrit est plus facilement accessible, plus proche, plus idéalisé peut-être aussi que dans *La moindre des choses*. La part d'enfance que renvoie *Être et avoir* à chacun d'entre nous et la personnalité exceptionnelle de son instituteur en ont fait en tout cas le succès cinématographique le plus retentissant et le plus inattendu de l'année 2002. Qui ne pouvait laisser

indifférent *La Santé de l'homme*. Nous avons donc sollicité une dizaine de personnes travaillant dans le champ de l'éducation pour la santé en leur demandant les réactions que ce film leur avait inspirées. Trois nous ont répondu, nous les remercions et vous faisons profiter de la diversité de leurs réactions et de leurs analyses... que nous vous invitons à prolonger autour de vous, selon l'idée même de Cinésanté !

Alain Douiller

Une conjugaison au passé simple ?

Une tortue qui progresse lentement dans la salle de classe, qui s'arrête, relève la tête, fixe un globe terrestre. Séquence d'ouverture (on en connaît l'enjeu pour les cinéastes), séquence symbole du long chemin à parcourir, pas à pas, pour découvrir, pour comprendre le vaste monde.

Une microsociété qui progresse en sécurité sous l'égide d'un tuteur, représentant d'une loi fondatrice et passeur d'intelligence, comment ne pas être sous le charme, comment ne pas avoir envie de confier son enfant à Monsieur Lopez, incarnant ce « grand métier », ce métier socle qui, semble-t-il, attire un si grand nombre de jeunes aujourd'hui ?

Puis des impressions, des questions viennent, qui rompent le charme.

Que dire du silence... dans cette classe unique, en phase avec celui de la nature, au fil des saisons... Où est le bruit de la vie, où sont les échanges souvent vifs entre les enfants, les travaux de groupe, les difficultés, les conflits, les découvertes collectives... ?

Où sont les autres professionnels qui contribuent habituellement au travail éducatif, qui permettent de réfléchir et

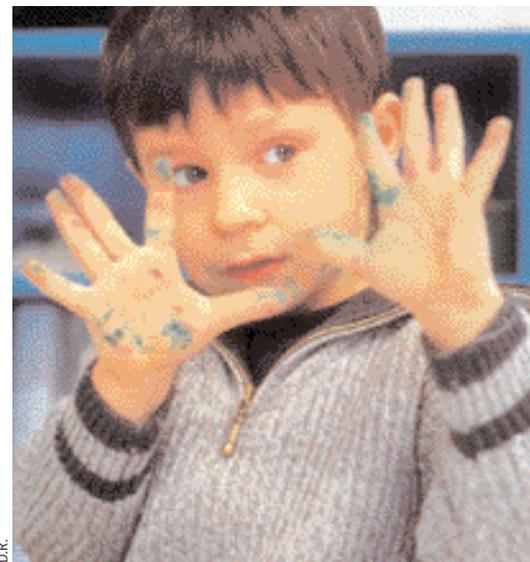
de transformer les pratiques pédagogiques, d'analyser et de prendre en compte les difficultés ?

Où sont les parents hors quelques brèves notations, un peu caricaturales ? Où sont les autres adultes ? Sauf à considérer qu'un seul d'entre eux peut jouer tous les rôles ?

Où est le monde social, si présent par exemple dans le film de Bertrand Tavernier *Ça commence aujourd'hui*, ce monde si porteur de contradictions et d'enjeux pour l'école ?

La séduction qu'exerce ce film ne se trouve-t-elle pas du côté de la nostalgie d'un paradis perdu, d'une ruralité perdue, d'une simplicité perdue ? Permet-il une réflexion adaptée à notre temps ? Si la période est globalement au retour sur des valeurs traditionnelles, ce film y contribue et nous en connaissons, en éducation pour la santé, les risques. On ne peut mettre à distance le bouillonnement social d'une époque. Le monde ne se calligraphie pas comme une ligne d'écriture.

Mais ceci n'enlève rien à la passion que Monsieur Lopez nous fait partager, à l'amour de son métier, à son intérêt



pour les enfants, à son attachement à les faire grandir, à sa volonté d'en faire des citoyens. « *Responsabilité au cœur de chacun* » pourrait être sa devise, mais comment l'exercer aujourd'hui ? L'école de Saint-Étienne-sur-Usson ne nous fournit sans doute qu'une petite partie de la réponse.

Claude Bouchet

Directeur du Collège Rhône-Alpes
d'éducation pour la santé, Lyon.

Être et avoir, être et savoir... communiquer avec l'enfant et l'adolescent

Oui, le film de Philibert interpelle l'éducateur de santé puisqu'il parle d'éducation. Ou plutôt, il n'en parle pas, mais il montre un éducateur, un vrai. Et cet éducateur est doué de deux aptitudes fondamentales pour bien faire son métier. En paraphrasant (trop facilement) le titre du film, je dirai qu'il est lui-même et qu'il a la compétence merveilleuse de communiquer, c'est-à-dire de partager, avec les enfants et avec chaque enfant.

Il est *lui*, Georges Lopez, « Monsieur Lopez », fils d'immigré espagnol, instituteur par vocation. Il ne dit pas grand chose d'autre de lui-même. On ne sait rien de sa vie de famille, de ses activités non professionnelles : c'est l'enseignant, l'éducateur qui témoigne de son métier, non par le discours, mais par l'activité du quotidien et que nous avons le privilège de partager tout au long d'une année scolaire. Nous sommes invités, presque gênés d'être là et d'être les observateurs indiscrets de cette petite communauté scolaire où, n'étaient-ce les ordinateurs aperçus furtivement, nous nous attendrions à voir les enfants écrire à l'encre violette : il s'agit bien d'une école d'aujourd'hui, inscrite dans son temps. Nous sommes donc les témoins de la qualité de communication de l'adulte avec ses élèves. Un don ? Beaucoup plus : une vraie compétence professionnelle, qu'il a apprise, acquise par les études et l'expérience. Il partage ce qu'il est avec les enfants, et ce qu'ils sont eux-mêmes. Il enseigne, il instruit, mais encore il éduque : gérer un conflit entre deux adolescents, prendre part à la souffrance de celui dont le père est gravement malade, essayer de faire se révéler cette adolescente obstinément murée dans ses difficultés, discuter avec des parents dépassés, encourager les petits dont le travail est « *beaucoup bien* » : il fait son métier d'éducateur.

Tout cela n'est-il pas plus facile dans le contexte de la classe unique de Saint-Étienne-sur-Usson ? Gageons que si Georges Lopez avait été professeur

dans un collège d'une Zep de banlieue, et si Philibert s'était intéressé aux Zep, nous aurions eu un film de la même veine (les paysages en moins).

Quel rapport avec notre métier d'éducateurs de santé ? Sinon le fait qu'il s'agit du même métier, du même partage, de la même nécessité d'avoir la compétence et d'être soi-même... Communiquer avec les gens sur leur santé, donc leur vie, leur intimité, leur relation à eux-mêmes et aux autres, les respecter dans leur autonomie, est une tâche analogue à celle que réalise cet instituteur avec ses élèves, dans le groupe de la classe ou individuellement.

Et à voir la bouille heureuse des enfants et des adolescents de Saint-Étienne-sur-Usson, et le visage tout aussi heureux des spectateurs quand la lumière revient, il y a sûrement là un truc qui marche.

Jean-Pierre Deschamps

Professeur de santé publique, Nancy.

Un éveilleur du sens de la vie

Ce qui m'a le plus intéressé dans *Être et Avoir*, c'est la présence de l'instituteur. Il est là et traite – au fur et à mesure que la vie lui en donne l'occasion – les faits que les protagonistes lui offrent : une bagarre entre grands, l'impossibilité de l'un des enfants, JoJo, de se fixer sur son travail, la difficulté foncière d'une autre jeune à s'ouvrir sur les autres, etc. C'est-à-dire que tout ce qui est humain sert tout naturellement à enseignement sur l'art de vivre ensemble. L'adulte, par sa présence, aide à la création de repères comme l'ordre : on attend pour s'asseoir d'y être autorisé, on chuchote entre élèves pour ne pas déranger les autres, les grands aident les petits à certains moments d'acquisition de savoir. Le dialogue avec JoJo, permettant la découverte par les nombres de la notion d'infini, est un morceau d'anthologie. L'instituteur est là comme éveilleur du sens de la vie.

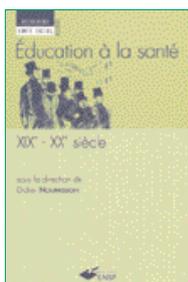
Philippe Lecorps

Psychologue, enseignant de santé publique, École nationale de la santé publique, Rennes.

Un film de Nicolas Philibert, France, 2002, 1 h 44.



D.R.



Éducation à la santé XIX^e-XX^e siècle

Sous la direction de Didier Nourrisson

Cet ouvrage collectif réunit des articles sur l'évolution de l'éducation pour la santé en France, issus de conférences données entre 1997 et 1999 au centre local IUFM de Saint-Étienne, dans le cadre du séminaire de recherche « Éducation à la santé ».

L'ouvrage est structuré en trois parties, qui abordent chacune un paramètre spécifique de ce champ. Dans la première partie, sont ainsi rassemblés des articles qui s'intéressent tour à tour à différents concepts de santé : hygiène et hygiénisme, naissance du tabagisme, propreté et enfance au XIX^e siècle, notions de mutualité, solidarité et santé. La deuxième partie s'intéresse à l'investissement de l'image dans le domaine de la santé : les relations entre le cinéma et l'hygiène, les consommations alimentaires et les publicités sanitaires. La dernière partie évoque la question de l'éducation pour la santé à l'école : promotion de l'activité physique, éducation sexuelle, lutte contre l'alcoolisme.

Rennes : ENSP, coll. Recherche, Santé, Social, 2002, 160 p., 21 €.

Anne Gareau

La prévention des accidents domestiques chez l'enfant

Danielle Ferré, Jean-François Verdier

Ce film vidéo documentaire s'adresse aux parents. Il a pour objectif de leur faire prendre conscience des nombreux risques que peut courir l'enfant dans un environnement domestique apparemment sans danger. Le film est constitué d'une dizaine de séquences, chacune étant consacrée à l'analyse d'un accident domestique : les différents types de chute, les corps étrangers, les brûlures, les intoxications, la noyade, l'asphyxie, les morsures, etc.

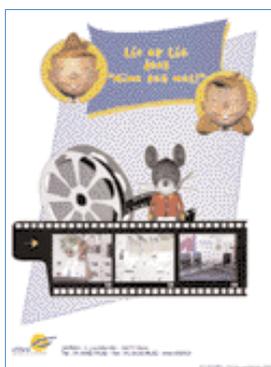
Les séquences sont toutes construites de la même façon : une voix off commence par donner des données statistiques sur le nombre d'accidents et leurs conséquences, une mise en situation fictive permet ensuite de visualiser les bons et les mauvais gestes, enfin, un pédiatre donne des conseils en cas d'accident.

Saint-Étienne : CHU Hôpitaux de Saint-Étienne, cassette VHS, 20 minutes, 2001, 40 €.

Diffusion : Dr Danielle Ferré – Le Villeneuve – 7, rue Ernest Renan, 42100 Saint-Étienne. Tél. : 04 77 34 25 55 –

E-mail : ferre.danielle@wanadoo.fr

Fabienne Lemonnier



Léo et Léa dans « Même pas mal ! »

Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD)

Ce support pédagogique – une vidéo et deux affichettes – a été réalisé pour permettre aux enseignants du primaire d'aborder plus facilement le thème de l'hygiène dentaire avec les petits.

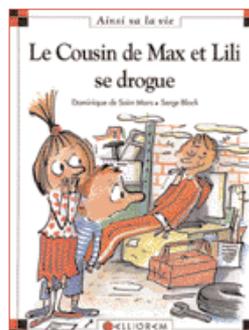
La vidéo, d'une durée de neuf minutes, a pour objectif de souligner l'importance

d'une visite régulière chez le dentiste et d'éviter aux enfants d'en avoir peur. Elle met en scène l'histoire de Léo qui fait découvrir à sa sœur l'univers du cabinet dentaire : la salle d'attente, la salle de soins et les différents appareils qu'utilise le dentiste. Le spectateur assiste ensuite à la réalisation d'un scellement de sillon. Une voix off explique la façon dont s'effectue l'opération en soulignant son caractère indolore et son utilité pour prévenir les caries. La vidéo se conclut sur le rappel des quatre règles élémentaires pour prévenir les caries : aller régulièrement chez le dentiste, se laver les dents après chaque repas, utiliser un dentifrice au fluor, éviter de grignoter et adopter une alimentation équilibrée.

Les deux affichettes qui accompagnent la vidéo reprennent les mêmes thèmes de prévention : l'environnement du cabinet dentaire et l'équipement du dentiste. Un guide pédagogique sommaire complète l'outil, donnant à l'enseignant quelques conseils pour utiliser au mieux ce support dans son intégralité.

Paris : UFSBD, 2001, Vidéo : 9 min., deux affichettes 40 x 60 cm et un guide pédagogique, 59,45 € (frais de port en sus).

A.G.



Le Cousin de Max et Lili se drogue

Dominique de Saint Mars, illustration de Serge Bloch

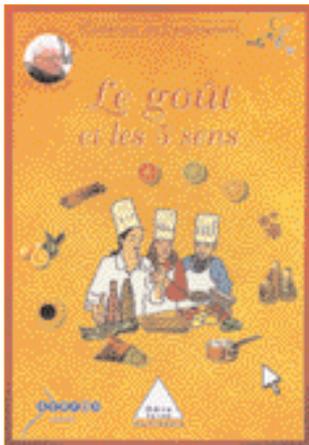
Depuis sa création, la collection « Max et Lili » s'est agrémentée de plus d'une soixantaine d'aventures, au sein desquelles est évoqué à chaque fois un thème précis : sujets de société liés à l'enfance comme le racket, la maltraitance, le divorce, etc. ou touchant davantage à la vie quotidienne des enfants : l'amour, les disputes, l'école, les devoirs, etc. À la fin de chaque ouvrage, des questions en lien avec le thème traité permettent à l'enfant de parler de sa propre expérience et d'accéder à un point de vue critique.

Dans ce dernier titre, l'auteur aborde la question sensible de la consommation de drogue douce chez les adolescents. Victor, le cousin de Max et Lili, est venu pour le week-end. Les deux enfants, ravis de recevoir leur cousin chez eux, vont rapidement se rendre compte que celui-ci est « accro » au cannabis. Ils ne reconnaissent plus leur grand cousin : son comportement a changé et sa dépendance à la drogue l'entraîne dans des situations dangereuses. À travers l'histoire de cet adolescent, l'auteur évoque à la fois les causes qui peuvent amener un jeune à consommer de la drogue, ainsi que les différents types de risques auxquels l'utilisateur de drogue se trouve confronté. L'histoire est suivie de différentes interrogations permettant de développer avec l'enfant une discussion sur le sujet traité, ainsi qu'un petit dictionnaire sur les drogues.

Dans ce dernier titre, l'auteur aborde la question sensible de la consommation de drogue douce chez les adolescents. Victor, le cousin de Max et Lili, est venu pour le week-end. Les deux enfants, ravis de recevoir leur cousin chez eux, vont rapidement se rendre compte que celui-ci est « accro » au cannabis. Ils ne reconnaissent plus leur grand cousin : son comportement a changé et sa dépendance à la drogue l'entraîne dans des situations dangereuses. À travers l'histoire de cet adolescent, l'auteur évoque à la fois les causes qui peuvent amener un jeune à consommer de la drogue, ainsi que les différents types de risques auxquels l'utilisateur de drogue se trouve confronté. L'histoire est suivie de différentes interrogations permettant de développer avec l'enfant une discussion sur le sujet traité, ainsi qu'un petit dictionnaire sur les drogues.

Paris : Calligram, coll. Ainsi va la vie, n° 61, 2002, 46 p., 4,90 €.

A.G.



Le goût et les cinq sens

Centre national de documentation pédagogique (CNDP)

Destiné à l'enseignant, ce cédérom reprend la méthode initiée dans les classes du goût, qui ont pour objectif de sensibiliser les enfants d'école primaire au contenu de leur assiette et de leur apprendre à développer leurs connaissances et leurs plaisirs culinaires. Le contenu du cédérom s'appuie sur un tournage vidéo qui présente la mise en œuvre effective des classes du goût par un groupe d'enfants et leur enseignant.

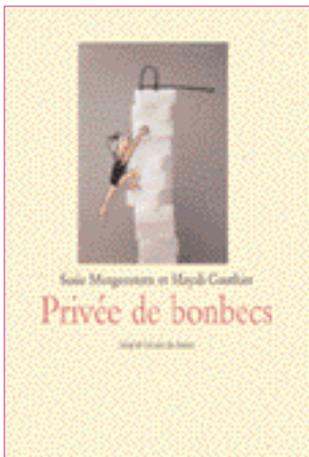
La vidéo a ensuite été découpée en douze séances, chacune abordant un sujet en particulier : les cinq sens, le goût, la vue, l'odorat, le toucher et l'ouïe, les arômes, la préparation d'un repas, les préférences alimentaires, les spécialités régionales, la conservation des aliments, les informations sur l'aliment, le repas festif. Chaque séance propose quatre rubriques : une vue d'ensemble qui expose le sujet traité, les objectifs spécifiques de la séance, le film vidéo, le matériel nécessaire à la réalisation de la séance ainsi que sa durée.

Dans chaque séance, l'utilisateur peut accéder au glossaire et à la rubrique « Compléments scientifiques ». Cette dernière a pour objectif de favoriser la mise à jour des connaissances. En outre, différentes options viennent enrichir le contenu de ces séances : un déroulement textuel et imprimable de chacune des séances ou

encore des suggestions de développement pédagogique vers différentes disciplines fondamentales telles que les langues, l'histoire, les sciences ou encore l'éducation civique. Un module de présentation (rôle des acteurs, présentation des classes du goût, lien avec le programme, etc.) ainsi qu'une visite guidée du cédérom permettent de mieux appréhender son fonctionnement et sa richesse.

Paris : Odile Jacob Multimédia, 2002, 49 € (frais de port inclus). Disponible auprès des Editions Odile Jacob multimédia ou de l'Institut du goût.

A.G.



Privée de bonbecs

Suzie Morgenstern, Maya Gauthier

Myriam, petite fille de 10 ans, gaie et sportive, est atteinte de diabète. Des premiers symptômes à l'acceptation de la maladie, ce roman suit sa vie quotidienne à la maison, à l'école et aussi à l'hôpital.

L'acceptation de la maladie chronique constitue un processus dynamique, pouvant durer des mois ou des années. Il comporte un certain nombre d'états, décrits dans la littérature scientifique : le choc initial, la dénégation, la révolte, le marchandage, la tristesse, le retour sur soi et enfin l'acceptation (Lacroix Anne, Assal Jean-Philippe. *L'éducation thérapeutique des patients*. Paris : Vigot, 1998 : 21-33).

L'histoire de Myriam décrit tous ces états et la petite fille finit par accepter le caractère définitif de sa maladie. Elle apprend avec succès à s'occuper de son diabète et peut continuer les compétitions de natation. Son entourage évolue lui aussi : le vécu de la maladie par sa famille et ses amis fait partie intégrante de l'histoire.

L'écriture est très agréable et bien adaptée aux enfants de 9 à 12 ans environ, bien que le récit soit un peu alourdi par les difficultés rencontrées par d'autres personnages : le frère jumeau de la maman vient de mourir et les parents de la copine se disputent sans arrêt. Offrir la possibilité au lecteur de se représenter de manière complète les réalités de la maladie chronique et de prendre conscience des différentes situations de vie dans lesquelles la maladie sera particulièrement présente, voilà deux objectifs utiles et atteints par ce livre.

Paris : L'école des loisirs, coll. Neuf, 2002, 147 p., 8,20 €.

A.G.

Kevin D. 17 ans au moment des faits

Jean Damy, Jean-Daniel Bonnin

Cette fiction documentaire s'ouvre par une scène de passage à tabac dans un établissement scolaire. Mikaël, 14 ans, racketté depuis plusieurs semaines par Kevin, 17 ans, Ahmed, 17 ans et Sonia 15 ans, est agressé dans l'enceinte du collège après qu'il ait refusé de donner de l'argent à ses racketteurs. Ce vidéogramme présente toute la procédure judiciaire qui s'enclenche à partir du dépôt de plainte des parents de Mikaël, de la mise en examen jusqu'au procès.

Un livret propose un découpage du film pour son utilisation lors de séances de formation. Il comprend, pour chaque séquence, des extraits de textes de lois, des définitions, des extraits d'interrogatoires, de procès-verbaux, de rapports qui constituent le dossier d'accusation.

F.L.

Bonneuil Matours : Scènes de justice SARL (Droit pénal des mineurs), VHS Secam, 2002, 180 minutes, 1 livret, 45 € TTC (+ frais de port).

Diffusion : Scènes de justice, Grandmont, 86210 Bonneuil Matours, Tél. 05 49 01 49 04, www.scenesdejustice.com



C'EST SURPRENANT TOUT CE QU'ON PEUT METTRE DANS UNE CIGARETTE.

31 MAI 2003 JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC



INPES
INSTITUT NATIONAL
PRÉVENTIF
D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE
SANTÉ PUBLIQUE

