



## LES RENCONTRES DU COLLECTIF Maison du Protestantisme - Paris - 6 octobre 2008

### ACTES

#### *« Moins seuls pour vivre mieux. Lutter contre la solitude des personnes âgées. »*

---

Une rencontre-débat animée par le Collectif inter associatif Combattre la solitude des personnes âgées.

Ouverture de la rencontre par Jean-Pierre Bultez, Coordonnateur du Collectif Combattre la solitude de personnes âgées.

Intervention - Débat animé par Alain VILLEZ, Vice-président des petits frères des Pauvres :

- « Maladie d'Alzheimer, fragilités, isolement et solitudes particulières... » par Catherine Roos, psychologue clinicienne, Lyon.
- « C'est l'échange qui donne sens à la relation humaine », par Catherine Ollivet, Coordinatrice groupe recherche « Éthique et Vieillesse », Espace Éthique AP-HP

Présentation de la charte du collectif, résultat d'une année de réflexion sur ce « sur quoi » les membres voulaient s'engager et le faire savoir, par Pia COHEN, du Fonds Social Juif Unifié.

Signature de la charte inter associative, avec Jean CAEL responsable personnes âgées au Secours Catholique.

# *L'engagement des ONG*

Ouverture par Jean-Pierre BULTEZ, Coordonnateur du Collectif

---

## 1. 2003/2005

Cette année 2003 restera sans aucun doute pour les personnes âgées une année noire, pour les ONG également, car cet été 2003 avec cette période de 9 jours caniculaires prit de court nombre de personnes et d'organisations.

Depuis, on a parlé de changement climatique au point de faire un "grenelle de l'environnement", de pouvoir d'achat, au point d'en faire un leitmotiv des politiques économiques et sociales.

En Europe, les enquêtes et études n'ont pas manqué sur les personnes âgées et leur isolement, notamment dans les pays anglo-saxons. La France a poursuivi, au sein de l'INED, notamment ses travaux sur la surmortalité et les périodes caniculaires.

## 2. Un « collectif » s'est constitué dans les mois suivants cette canicule :

Il a réuni de grandes organisations socio caritatives :

La Croix Rouge Française, La Fédération de l'Entraide Protestante, Le Fonds Social Juif Unifié, Le Mouvement Chrétien des Retraités (MCR), Les petits frères des Pauvres, La REPSA (RELigieuses Présentes dans le monde de la SANTé), Le Secours Catholique/Caritas France, L'Association des Cités du Secours Catholique, La Fédération Française Société Saint-Vincent-de-Paul, Chrétiens dans le Monde Rural (CMR).

Plus récemment en 2007, il s'est adjoint La Fondation de l'Armée du Salut.

D'autres Organisations restent en liens différenciés comme : Les Petits Sœurs des Pauvres, la Fédération Familles Rurales, le collectif des morts de la rue, la Fondation Abbé Pierre.

Il s'est donné pour objectifs de :

- mieux identifier ce qui s'était passé, mutualisant le vécu des réseaux,
- nommer l'isolement comme facteur premier des situations de décès, et de le mettre en lien avec la solitude vécue (d'où l'enquête mise en place)
- rechercher les synergies inter associatives et entre réseaux, comme nouvelle réponse collective.

## 3. L'enquête menée fin 2005-2006 a révélé quelques aspects méconnus de la vie des personnes âgées les plus isolées, connues de nos réseaux.

Le financement de cette enquête a été réalisé par des organismes connus (CNSA, CNAV, Fondation de France, Fondation Esai, Europe Assistance et la contribution des membres).

Je vous renvoie aux documents sur les sites des ONG, la relation entre isolement (qui peut se mesurer) et la solitude (qui se ressent et qui peut aussi se mesurer) est mieux comprise désormais, mettant en tout cas en évidence, dans ce panel de 5000 personnes âgées rencontrées et interviewées, la tranche d'âge des 79-84 ans où la fragilité/vulnérabilité oriente vers des destins de marginalisation plus ou moins accentuée. Ces entretiens mettaient aussi en évidence l'attente des personnes à être associées aux nouvelles réponses sociales à construire, les concernant.

#### **4. Dès lors, le collectif avait devant lui une perspective claire :**

- approfondir ce que signifie « être isolé » et « souffrir de solitude »
- regarder comment entre réseaux, on peut se rendre complémentaires, sans dénaturer chaque savoir-faire
- stimuler au plan régional la rencontre inter réseaux et inter partenariales (notamment avec les caisses de retraite soucieuses du lien social de leurs ressortissants).

Ainsi cette rencontre d'octobre 2007 à Marseille qui a permis de franchir une étape.

#### **5. Mais c'est aujourd'hui une nouvelle étape que les ONG membres du collectif veulent et peuvent franchir.**

Celle d'un engagement solidaire à « combattre la solitude », celle qui apporte « souffrance » et misère, celle qui détruit l'être humain.

Si depuis 2003 les pouvoirs publics (nationaux, régionaux et locaux) se sont mobilisés en faveur d'un lien social plus fort, d'une vigilance accrue (fichier municipal obligatoire), d'une relation organisée l'été (avec des étudiants notamment), il semble que l'espérance de vie se soit accrue de ce fait (enquête de l'INED). Mais convient-il d'en mesurer la « durabilité » et la « réalité ».

#### **6. Le collectif veut s'engager solidairement dans ce combat (combatting/fighting) :**

C'est l'objet de cette manifestation.

*« Moins seul pour vivre mieux »*

---

Alain Villez, Vice-Président des petits frères des Pauvres, animateur du débat

## *« Maladie d'Alzheimer, fragilités, isolement et solitudes particulières... »*

Catherine Roos, Psychologue clinicienne, Centre régional de prévention de Lyon

---

L'honneur d'avoir été invitée et le plaisir d'être là...

Car en écho et en accordage avec une implication clinique personnelle et un engagement de recherche et de transmission soutenus par :

L'intérêt particulier pour l'observation, la compréhension, dans une approche psychanalytique, des processus psychiques aux prises avec la temporalité et le vieillissement (jeune vieux, vieux, vieux-vieux et trop vieux...).

Le pari, quelles que soient les présentations défaites, cahoteuses et chaotiques des sujets rencontrés, d'une pulsionnalité, d'une vie psychique jusqu'au bout (même si trouée ou en lambeaux), d'un apprivoisement et d'une prise en soins habitée favorisant une communication possible même si modifiée, archaïque et singulière.

Le constat que dans des étapes ultimes quand la psyché se découd et le corps se fait insoutenable, réémerge une dépendance quasi absolue...

Appelant et révélant le sujet à d'autres temps, empreintes en deçà du langage et de la pensée, et poussant, plus d'un soignant, à emprunter en l'ajustant, accompagnement et soins, liés normalement à l'aube de la vie.

Le salut et la reconnaissance pour ces Vieux en panne et ces familles aidantes en crise, et pour les « *Personnels de Première ligne* » aux côtés et en arrière-fond desquels je travaille.

Une dynamique portée, mobilisée et autorisée par ténacité, implication, curiosité, humour, rêverie, modestie...

*En 1999, quelque part en France, poussons la porte...*

En avançant jusqu'au bout du couloir, en renforcement sur la gauche, se découvre la grande pièce verte et son contenu... des vieux, deux piliers, quelques plantes vertes, quelques meubles : tables et chaises isolées en bois clair, deux commodes en pin, imposants fauteuils gériatriques, une grosse télévision...

Arrivent aux oreilles très vite les bruits, les sons... les yeux alors s'attardent sur les visages, les corps, les attitudes...

« Il » marche, de long en large, le visage gris, obnubilé, baroudeur déménageur silencieux mais efficace ;

« Elle » actionne son fauteuil roulant avec ses pieds-pantoufles, visage trisomique de petite fille trop vieille, le sourire éclatant en baragouinant « Noël, Noël » ;

« Il » est impeccable, « bien mis sur lui », en arrêt devant la fenêtre, il psalmodie « Lavalla, Lavalla » ;

« Elle » grimace en riant, derrière ses grands yeux bleus, elle interpelle dans son anglais maternel, elle est belle ;

« Elle » ferme les yeux, recroquevillée dans un fauteuil qui contient difficilement ses membres déformés, à intervalles réguliers elle s'anime en répétant « Oh là là » ;

« Elle » dort allongée, la pantoufle égarée, toute menue, toute perdue dans son trop grand fauteuil ;

« Ils et elles » sont attablés, devant rien, immobiles, piquant du nez, marmonnant, jouant avec leurs mains ;

« Il » dort en boule, blotti dans un fauteuil gériatrique, « lui », c'est le chien.

Dans ce type de petites unités de vie qui ne sont pas des crèches (mais qui peuvent souvent s'apparenter à des garderies) s'agrippent, se croisent, s'animent, se rencontrent, s'ignorent, une grappe d'hommes et de femmes, animaux parfois, fort différents dans leur parcours de vie, dans leur vieillir, dans leurs atteintes.

**Au cœur de notre préoccupation : EUX... « les désorientés »** (nommés ainsi faute de mieux) couvrent une large diversité : Alzheimer, fronto-temporal, démence à corps de Lévy, pathologies neurologiques évolutives, décompensations psychiatriques, handicap mental vieillissant...cumul de déficits physiques et psychiques, le « bout du bout », du soins palliatif de longue haleine en attente du combat final.

Le terme consacré et noble actuel est : « **Sujets atteints de maladie d'Alzheimer et troubles apparentés** » en « **atteinte modérée** » ou « **sévère** ».

Fatalité organique et/ou biographie traumatique...

Ils ont en commun de perdre leurs repères, leurs capacités cognitives, d'oublier à mesure (et/ou d'avoir été oubliés), de ne plus savoir, de présenter des troubles de comportement (le plus souvent les cris répétitifs), de déambuler, de fuguer pour ceux qui le peuvent encore, d'être paralysé en fauteuil roulant mais aussi d'être à peine vieillissants ou déjà trop vieux... et d'être en bataille, en perdition, en recherche, en rupture ou en « silence-radio » avec leurs objets internes et externes.

Sensation immédiate de sujets en errance, en survivance, souvent en solitudes, parfois en isolement

José Luis BORGES écrit à sa manière « *Chaque fois que nous n'éprouvons rien, que nous ne découvrons rien, quand nous nous contentons de répéter de manière mécanique, dans ce moment on est mort..... Mais la vie peut aussi venir à chaque instant...* ».

Paroles de soignants : « *Comment peut-on vivre dans un pareil état ? Ce qu'on peut devenir et qui fait peur* ».

Prendre en route, 60, 70, 80, 90 ans d'existence pour aller jusqu'au terminus... pas si loin.

Qui est-il ? D'où vient-il ?

Certes nous savons recueillir des bribes de l'Histoire de vie...Comment mettre à plat ce volume de vie et « *C'est si loin* » nous disent-ils, et « *Ce n'est pas possible* » pensons-nous souvent... Le passé est brandi comme une décoration mais est souvent mis hors jeu : il y a trop de discordance entre ce qui se donne à voir et ce que nous pouvons imaginer.

...Il s'agit de sujets adultes, d'aînés,

Inscrits dans une Histoire de vie, l'ayant inventé à travers attachements et séparations, infans, enfance, adolescence, maturation et vieillir, développement psychosexuel, génitalité, parentalité voire grand-parentalité....

Les réduire, quelque soit leur présentation immédiate « au tout petit » est économique et défensif sur le plan psychique, l'infantilisation, trop souvent de mise, protège ou autorise...

Non « *les vieux déments ne retombent pas en petite enfance* »...

Cela se saurait...

Réémergent des étapes et expériences précoces qui se désintriquent d'une histoire.

Gageons qu'il existe encore une vie mentale dans les décombres neuronaux, relationnelle et symbolique à la mesure des moyens restants.

Ils sont d'ailleurs souvent entourés de leurs enfants déjà grands (50 ans et plus) ou de leurs proches entraînés dans « cette catastrophe démentielle »...

« *Parent sur le tard de son propre parent* » ou de son conjoint,

Dans des liens complexifiés, attaqués par le démantèlement psychique rendant « *étranger* » même le plus investi des leurs.

Ils cheminent entre « *micro deuils* » (renoncement successifs à l'image de l'autre, à la qualité du lien...) et « *deuil blanc* » (le deuil sans la mort)...ils sont eux aussi à prendre en soins...

Ils vivent souvent un isolement « à plusieurs »

*Comprenons les étapes progressives qui attaquent la communication et donc la relation aux autres.*

**Au fil des années, les besoins de la personne démente évoluent, s'amplifient...**

Une attention respectueuse et contenante, une évaluation pluriprofessionnelle sensible et mobilisatrice peuvent permettre de comprendre, de repérer les attentes.

**Cette démarche ouvre aux soins différentiels requis là :**

- somatiques (la gériatrie est une spécialisation) et médicamenteux (soulageant, stabilisant, mais encore non curatifs),
- réadaptatifs (un temps possible),
- et surtout relationnel...

Véritable « *plan de travail personnalisé* » et organisation de la vie quotidienne avec comme vecteur fondamental, l'interrogation sur le lien nécessaire, possible, supportable, sur la relance éventuelle de la pensée, sur le sens et les bienfaits de cette communication « *dans tous ses états* ».

La démence est trompeuse, déroutante; elle change selon les lieux...

Comment ne pas enfermer de l'extérieur la personne déjà enfermée de l'intérieur ?

*Constat : pour un certain nombre de professionnels impliqués, de chercheurs ou d'auteurs, « l'échange est possible et peut être favorisé ».*

- Quelques problèmes de mémoire, un mot qui manque, attention et concentration diminuées...

Apparaît le besoin de compenser, d'être en appui sur des aides « *en pointillés* » : un proche, un groupe, un post-it., un agenda, le calendrier, etc.

➤ Quelques épisodes de désorientation, des erreurs qui augmentent, des absences...

Et c'est un besoin plus régulier de recourir à des moyens extérieurs, d'être relayé par un cadre externe qui matérialise et concrétise les données du temps, de l'espace, des actes quotidiens, des relations...

Véritable « échafaudage externe » pour suppléer à ce qui défaille intérieurement...

Avec cette nécessité de nommer « *comme cela vient* », d'être écouté « *en l'état* », d'être compris parfois « *à mi-mots* », d'être soutenu et contenu psychiquement...

Dans une aide aux repérages des capacités cognitives et fonctionnelles existantes et persistantes... évaluation / démonstration bienveillante et positive.

➤ Dans cette démence ou maladie qui apparaît de plus en plus nettement...

Naît le besoin d'un « *accompagnement guidant* », liant, reliant les données perceptives, le temps, les personnes, les actions... un accompagnement calculé « *au plus juste* », en discontinu, basé sur une relation, « *relation* » et non « *technique* », d'aide... « *Faire avec* » et conforter un lien revalorisant, rassurant, dynamisant dans des moments de contacts qui permettent de supporter de gérer (de vivre) encore les temps obligatoires de solitude.

Les repères volent en éclats, le dément saute hors du temps, hors du lieu, hors des générations, il désarçonne. La clinique démentielle suscite beaucoup de dépression et de détresse. Comment se remettre à penser dans le vide de pensée que renvoie le dément ? Il faut se faire violence pour le situer encore à une place d'interlocuteur.

*Constat : une communication reste envisageable mais modifiée et surtout envisageable parce qu'engagée sur des postulats d'humanité... Importance pour le sujet de sentir que nous continuons à l'identifier dans un désir, une volonté d'échange...*

...Parvenu à ces étapes, au contraire d'autres sujets vieillissant à domicile, la personne atteinte de cette maladie de la mémoire ne peut être isolée, l'aide devient inévitable, incontournable car vitale.

➤ Un peu plus loin, progressivement, cet accompagnement va évoluer et glisser...

Au-delà des mots... les mots sont mis hors-jeu, ou du moins, le croyons-nous rapidement; du ratage au radotage, les mots glissent, dérapent, s'embourbent; les mots, les comportements font fractures, incohérence du son et de l'image, ruptures, brouillages, associations en déroute, liens en capilotade. Nous perdons le fil, nous n'y comprenons plus rien...

*Constat : cela appelle des positionnements spécifiques, une « attention attentive », oser... et s'impliquer dans la quête d'une communication archaïque reposant sur le non verbal, la sensorialité, l'émotivité, dans une recherche et une créativité constante... pour garder le contact et le lien...*

S'impose le besoin d'une présence de plus en plus constante et permanente d'une personne auxiliaire, un « *moi auxiliaire* » supplantant le moi défaillant,

décodant, impulsant pour toutes les données et les actes de la vie quotidienne... sorte de pensée et langage en parallèle... souvent dans un « *faire pour* »...

Les personnes désorientées, démentifiées, perdues, demandent beaucoup de disponibilité physique et psychique. L'objet concret « à portée de main » détient pour la plupart d'entre eux une valeur capitale, salvatrice. C'est l'appel à la symbiose : les conduites d'agrippement, la recherche perpétuelle avec les mains, avec la voix, avec les yeux d'un autre apaisant : la petitesse des groupes accueillis, la proximité nécessaire expose davantage les équipes, les accompagnants...

*Constat : le nombre « six » pourrait être confortable pour la prise en soins institutionnelle, groupale, personnalisée...*

*La personne surtout « en bout de course » reste sensible au climat affectif, à l'ambiance, apaisante, au ton de la voix...*

*Les qualités sont présence et attention... l'attention attentive.*

➤ Dans cette fin de vie qui ressemble de plus en plus à son début...

Quand plus de langage verbal, des bruits... il gargouille, il farfotte, il grabotte, sans appel audible, sans demande compréhensible, sans réponse... finalement, il ne dérange plus.

*Constat : lorsque la parole s'éteint cela ne signifie pas que le désir de communiquer s'éteint aussi... La nécessité absolue, chez le soignant est de se présenter « en creux », plutôt que de se situer dans un « présumé savoir », qui, contribuant à figer et à faire apparaître les carences de l'autre, se révèle toujours stérilisant en matière de communication authentique...*

Le besoin vital est celui d'une écoute globale, portée aux différents langages de la personne : émotionnel, corporel, comportemental... des outils de communication archaïque sont à rechercher. La personne apparaît dans un monde de sensations et d'éprouvés bruts plus reliables par la pensée.

Face à cette dépendance absolue, c'est un appel à la « *préoccupation maternelle primaire* », un besoin de sollicitude, d'une relation établie sur le mode de la fonction psychique et physique de la mère envers le nourrisson, d'empathie maternelle... contenir tout ce qui est délié, porter et tenir physiquement, psychiquement, être sensible à des besoins non verbalisés, y donner un sens... véritable pensée interprétative attendue... « Capacité de rêverie »... tâtonnements pour une transformation des éprouvés en expressions...

Cela suppose d'accepter de se laisser traverser par les éprouvés de ces personnes terrifiantes de dépendance.

Certains regards de dément « réaniment » des soignants, mais au quotidien, souvent le vieillard ne reconnaît pas, refuse d'accorder son regard et ne participe pas à créer le sentiment du soin nursant ajusté et « bien-faisant » et par là même le sentiment d'être « bon soignant ».

Toute cette absence mobilise, chez celui qui tente de soigner et accompagner, des angoisses primitives intenses et fragilisantes, une intense solitude. La rencontre avec cette clinique convoque à une identification difficile et coûteuse qui porte atteinte à notre propre réalité psychique, entame les assises de notre activité de pensée jusqu'à parfois l'installation d'un vide mental mortifère...

*Constat : côté soignant, l'être est primordial, le faire passe au second plan, même s'il peut et doit s'appuyer sur un savoir-faire (qualifications, formations)...*

*Côté soigné, en s'appuyant sur les sensations, la motricité, l'expression faciale, un langage autre, partageable et signifiant peut advenir... ainsi vînt le rire...*

- Au cours de cette évolution, l'humeur les émotions les affects attaquent, rompent la communication et provoque l'isolement...

Ces troubles qui traversent la personne (perte de confiance, honte, abattement, désintérêt, tristesse, dépression... parfois tout le contraire, enjouement excessif, jovialité désinhibée... ou encore angoisse, colère, agressivité, violence...) s'ajoutent aux aléas des fonctions mentales...

Se mettent alors en scène, plus ou moins rapidement, des actes des comportements troublés : « troubles psvcho-comportementaux » Ces troubles, souvent répétitifs, appellent une écoute attentive de l'indicible, recherche et décryptage « Qu'est-ce qui se dit, ici ? » « Qu'est-ce qui fait signe ? » « D'où cela provient ? Ces troubles quand trop bruyants et répétitifs, nous confrontent à la problématique contention chimique et/ou physique... dans cette étroite marge entre ce qui doit être soulagement, protection et acte de soin... et ce qui peut devenir « légumisation », enfermement, maltraitance... Avec comme lancinante et cruciale question: « A la souffrance de qui répondons-nous, dans le trop plein et l'urgence ? »

Écoutons le trouble qui s'installe ...

*« Mr G ne veut pas se laver. Il faut s'y mettre à plusieurs, il nous fait peur, il est fort, il cogne il se débat parce qu'on le force. J'ai peur, il est costaud » ;*

*« Mme R au moment de la toilette nous traite de salope, de putain et elle crie comme si on l'égorgeait » ;*

*« Mme A m'a donné une gifle, je lui ai rendu en la traitant de vieille emmerdeuse çà l'a arrêtée. Si on les laisse faire ils prennent le dessus » ;*

*« Elle se déshabille entre quinze à vingt fois par jour et elle griffe et mord quand je veux lui remettre ses vêtements, tant pis, maintenant elle reste comme ça ! »*

*« Il joue avec ses selles, met tout à la bouche et pisse dans les plantes vertes ! »*

*« Pendant l'animation, il a mouliné deux heures la même phrase, les autres n'en pouvait plus, de quoi vider le cerveau »*

*Constat : ces troubles surgissent en réactivité, en décharge, en défense, en survie...*

*Ils peuvent s'inscrire dans l'évolution d'une pathologie déficitaire,*

*Être signe de problèmes somatiques ou douloureux incommunicables autrement,*

*Ils peuvent aussi être affects, actes, manifestations corporelles ou somatiques qui tentent de faire prendre en compte dans l'écoute des modes de communications anciens et des expériences précédant l'apparition du langage, forme de « communication archaïque ou primitive »...*

Juste après ça, qu'est-ce qu'on peut bien faire ?

Juste après ça, qu'est-ce qu'on peut bien penser ?

Avec tout ça, comment continuer à soigner à être attentionné ?

Comment continuer à aimer ?

Avec tout ça, comment continuer à jouir de la vie ?

Après tout ça, avec tout ça, comment oser vivre et vieillir ?

Que vit-il ? Que ressent-il ?

Jusqu'où peut-il aller dans cette « inquiétante étrangeté » ?

Qu'avons-nous encore en commun... L'humanité... peut-être... sûrement...

Frappante exhibition, insupportable régression.

Ces visions nous font perdre les repères et nous paniquent parfois : « *C'est monstrueux, en quoi suis-je le même, quelle humanité partageons-nous encore, sommes-nous de la même souche?* »

« L'idée du moi » développée par J.P. RACAMIER, ce qui « *nous fait pressentir que toute personne est de même sorte et de même pâte que nous* » vacille... Difficile de reconnaître la personne désorientée, démentifiée, dans cette présentation, comme personne issue de la même souche que nous. Parfois dans les paroles ou les actes peut s'entendre l'association avec l'animalité. « L'idée du moi » défaillante peut amener à certains moments des équipes, ou des aidants familiaux, accablées par la violence du fantasme à fonctionner selon des modalités de gardiennage, assurant seulement « au troupeau » sécurité et satisfaction des besoins élémentaires. Un autre mode de protection est parfois de se rabattre sur des tâches matérielles moins impliquantes ou sur des soins corporels répétitifs et décapants, pour fuir la psyché cassée, l'infantilisation aussi est économique... un temps seulement.

Toutes ces questions, tout ce négatif appellent écoute et traitement, et ainsi fuite de l'enfermement isolant.

Quand apparaît cette « rupture de l'idée du Moi »... s'avère urgent et vital un véritable « *travail d'Hominisation* » en arrière-fond... emboîtement d'accompagnement auprès des soignants, des aidants... véritable réanimation psychique... les accueillir, les entendre « *en l'état* », sans jugement et mettre en travail ce négatif. Le travail psychique mobilisé va vers la reconnaissance de la peine et des souffrances face à l'extrême, l'inacceptable, l'insupportable et supporter de n'avoir pas de réponse (que personne n'a par ailleurs) mais d'être là cependant « *forme de Présence pure* » (cf. C. BOBIN) C'est accueillir l'émotion ou la rage que suscite le choc voire la non rencontre dans le soin et le dire pour l'identifier, l'appivoiser et s'en dégager quelque part. C'est comprendre qu'oser exister comme soignant ou aidant dans une relative fragilité et un certain dénuement n'est pas synonyme d'incompétence.

Se le dire, le partager (surtout ne pas s'isoler !), et cheminer du « à fleur de peau » à la sensorialité, aux ébauches de pensées, vers un travail d'élaboration... progressivement aller ensemble vers des visions et ressentis acceptables, du côté de la vie de l'ouverture et du soin restructurant... cette démarche nous semble à prioriser plutôt que de recourir à des injonctions d'humanité.

*Cette clinique parfois « extrême » « le bout du bout » nous renvoie face à nous -même, à notre propre (et nécessaire ?) solitude, à une inscription socioprofessionnelle infiltrée de notre propre histoire...*

**Nos motivations à être là...** Les Professionnels, souvent essentiellement féminin, aux multiples visages, aux multiples langages, aux multiples savoirs et pouvoirs... »Les professionnels de la vieillesse», « payés pour ça » n'ont pas toujours choisi, eux non plus, de venir là, proximité du logement, absence de choix de travail, mutation disciplinaire, passage en quête d'emploi...

Pour ceux qui le choisissent, initialement ou dans la rencontre avec le terrain, les motivations sont diverses: un grand-père idéalisé dans la petite enfance, une histoire de bâton de vieillesse familial qui se perpétue dans le choix professionnel, une tendresse particulière pour les vieux, un évitement des autres tranches d'âge, une pulsion forcenée à réparer, un positionnement d'enfant pour la vie... Ce qui appartient au plus profond de l'être ces marques, ces cicatrices, ces fragilités qui mobilisent, qui dynamisent, qui autorisent, qui donnent sens ou qui font violence mais qui nous font « être là ».

Les plus convaincus rétorqueront que travailler en gériatrie n'est ni un sacerdoce, ni un loupé de carrière mais plus simplement un choix réel, pour un accompagnement à la vie dans des profondeurs d'humanité et de bon sens même si celui-là va vers le jamais plus.

Motivés ou non, vivre alors que le vieillissement, le handicap, la maladie, la mort sont au rendez-vous et communiquer alors que nous sommes souvent confrontés aux questions sans réponse, demande une énergie farouche et une permanente recherche d'équilibre ; cela fait appel à nos qualités personnelles, souligne nos limites, ravive des épisodes de notre histoire ; en bref nous sommes touchés (dans tous les sens du terme).

**Une carrière en gériatrie...** Pour quelle durée, dans quelle « survie »?

« On » y débute son exercice professionnel volontairement ou par hasard, on y reste, on y vieillit...

« on » ne fait que passer le temps de se renforcer dans l'idée d'aller rejoindre d'autres populations, d'autres disciplines ou techniques « plus nobles »,

« On » en fait son projet de fin de carrière après avoir rencontré d'autres lieux, d'autres cultures...

Y aurait-il un temps de vie personnelle plus adapté (moins fragile?), ou des aptitudes particulières pour tenir là et dépasser, composer, ou tirer parti de ses propres fragilités?

S'y interrogent pour le professionnel (plus qu'ailleurs?) son histoire singulière avec maturation et vieillir à l'œuvre, les qualifications acquises et la formation initiale et continue indispensables, s'y conjuguent plus ou moins heureusement savoir-être, savoir, savoir-faire et même savoir-faire-faire...

L'impression est qu'« on » ne dure pas en gériatrie, en gérontologie, qu'il y aurait un insupportable à terme... Comme si « on » ne pourrait s'y confronter que pendant un certain laps de temps variable d'un individu à l'autre... véritable question: est-ce que cela veut dire que plus nous avancerions en âge, moins nous pourrions être confrontés aux pathologies que l'on tend à attribuer « trop naturellement » au vieillissement lui-même? Frappant est le nombre de gens très jeunes parmi les soignants des services gériatriques. A l'épreuve du temps, il faudrait passer à autre chose?

De quelle chose faudrait-il se détacher, se séparer, se détourner, se cliver...ou tenter de s'arracher?

**La fatigue...** Posons la question de la fatigue du soignant en gériatrie...

La fatigue, elle se décline sur plus d'un ton, elle est protéiforme et elle a de multiples sources. Quand elle survient, on n'en peut plus, on est abattu, on devient irritable, tout (notre corps, notre esprit, les autres, les moindres gestes) semble lourd, pesant et tout ce que l'on sait c'est qu'il faut que ça s'arrête, il faut qu'on arrête, il est temps de récupérer. Et, pourtant, parfois, peut-être même le plus souvent, il faut passer outre la fatigue, faire avec elle ou malgré elle. Elle fait partie de la trame du quotidien.

Cette fatigue, elle est tantôt celle des patients, tantôt celle des soignants, parfois des uns et des autres en même temps, en miroir.

Fatigue de vivre, fatigue d'attendre, fatigue du répétitif des soins, des gestes, des paroles, fatigue de la vanité des efforts déployés face à une échéance inexorable... Le vieillard nous renvoie à nos limites de soins, le travail est bien plus fortement marqué par la perspective d'une fin prochaine du patient que par la perspective de la guérison...

La gériatrie contraint ceux qui y travaillent à toute une série de renoncements quant aux buts habituellement attribués à leurs fonctions... obligatoire est le travail de deuil de l'idéal classique soignant, prise de conscience et détachement pour investir une autre dynamique allant du côté de l'accompagnement, du confort de la vie, de la gestion de la relation, dans l'ici et le maintenant, en l'état, dans le petit peu possible...

Et le répétitif est souvent au rendez-vous.

L'adulte est fatigué par la répétition, il a besoin d'y mettre un terme et aspire à du nouveau... contrairement à l'enfant qui ne s'en lasse pas, qui la cherche, la souhaite et réagit vivement à la modification de l'histoire racontée ou du déroulement ludique...

Faut-il une grande parcelle d'enfant en soi pour « tenir » en gériatrie?

À l'épreuve du temps, il faudrait passer à autre chose? De quelle chose faudrait-il se détacher, se séparer, se détourner, se cliver...ou tenter de s'arracher?

*Mettons en scène le contexte gérontologique actuel...souvent il met en arrêt, isole, « fait traverser de grands moments de solitude » ou dynamise suivant les moments...*

...des établissements EHPADisés, des Cantous en désuétude et alzheimerisés, l'hospitalo-gériatrique mis en demeure d'accréditation, des résidences en normes ISO, une tache PMSIsée, des points ISA en question, des Urgences en quête de leur savoir-faire gériatrique et des Unités de Soins de Longue Durée réinterrogées, la mémoire et l'Alzheimer (le débutant) au cœur des débats,

...une informatisation à tout va: nous rentrons des dossiers, nous communiquons par mails, en pièces jointes et par Power point (regardez les colloques d'aujourd'hui...); nous recherchons, nous randomisons, nous évaluons, nous testons, nous écrivons...nous formons et nous nous formons, les DU gériatriques et sujets apparentés se multiplient... et essoufflés, nous tentons encore de philosopher, de poétiser, de rêver, et peut-être encore de créer...

...des plannings trente-cinqeurisés et émaillés de RTT, des cadres sous pression et déprimés, des équipes désertées en quête d'agents qualifiés « *cherche infirmières et aides soignantes désespérément...* », des valseuses de remplaçantes, débutantes et balbutiantes, trop vite souffrantes et abandonnantes, de passage, face à des équipes plus anciennes « *peau de chagrin* » mais agrippées (pour combien de temps encore?), en position héroïque et qu'on appelle répétitivement à chaque soubresaut

ou trou dans le planning... ce qui se verbalise souvent ainsi: « *C'est encore les plus vieilles qui tiennent le mieux...* », « *Les plus jeunes n'ont plus la même motivation et la même conception du travail* » posant ainsi le télescopage des valeurs et des générations déjà en équipe...

...au centre (du moins nous le souhaiterions) des Vieux, de plus en plus vieux, « *fragiles* », pour un grand nombre présentant des troubles cognitifs ou de comportement (ce qui fait dire « *qu'il n'y a plus que ceux-là aux portes des établissements* »), des vieux girés, mis en grilles et en protocoles, sous APA et même plus récemment « *caniculisés* », et (re)découverts ainsi nombreux, isolables et mortels!

**Que ce soit du côté des familles aidantes ou des professionnels, au domicile ou en institution, il apparaît que les axes de traitement et d'assouplissement peuvent avoir comme base commune:**

- une écoute attentive et compréhensive de la situation, de l'histoire,
- une reconnaissance pour le travail accompli et pour l'existence singulière et le soin singulier partagés avec le sujet vieillissant, vieilli, malade et dépendant,
- une évaluation, repérage et identification, des difficultés,
- une information progressive, ajustée, sur les symptômes, pathologies, les manifestations, les aléas, l'évolution, et une formation en base et en continue côté professionnels,
- l'écoute/observation partagée avec la personne souffrante,
- une réflexion sur les stratégies adaptées, la prise en soin possible, l'organisation du quotidien,
- le partage, l'échange dans des espaces-temps réguliers,
- une aide à la verbalisation des affects douloureux, des sentiments d'impuissance, de détresse,
- la reformulation bienveillante et bonifiante des contenus affectifs quels qu'ils soient, afin de les rendre acceptables... contenus reçus « *en l'état* », dans leur mesure et démesure sans condamnation: véritable travail d'humanisation, partir du monstrueux, le mettre en travail pour s'ouvrir à l'humain (les simples injonctions d'humanité restent, elles, inopérantes)
- une aide à être contenant, et ... passer de la contention à la contenance
- une aide aux décisions, un accompagnement (si besoin) vers une issue de séparation.

Face aux troubles de cette « *clinique de l'extrême* » vont donc se télescoper, se surajouter, se faire écho, s'exprimer des souffrances multiformes, des solitudes plurielles, un isolement toujours possible (du sujet âgé, de la famille, des professionnels).

Cela appelle un cadre rigoureux, des espaces-temps, une pluridisciplinarité, un emboîtement d'accompagnement, des capacités de recherche et de rêverie plurielle.

Cette démarche peut aboutir à un accompagnement, un soin ou une « prise en soin » évalués au plus juste, de bout en bout (préadmission, admission, séjour et ses événements, séparation, et au-delà de celle-ci...) mais toujours en questions, en construction... elle requiert formation, savoir et savoir être...

Juste après ça,

Avec tout ça,

Malgré tout ça...

De nombreuses personnes vieillissantes et « en panne mémoire », en famille ou avec des professionnels réussissent la vie ensemble, les uns contre les autres.

*« Bien sûr ça crie, ça souffre, ça s'insulte, ça se cherche, ça s'évite, ça craque, ça pleure, ça meure.*

*Mais aussi... ça rit, ça s'embrasse, ça chante, ça s'humour, ça s'attache, ça vit... »*

## *« C'est l'échange qui donne sens à la relation humaine. »*

Catherine Ollivet, Coordinatrice groupe de recherche « Éthique et Vieillesse »  
Espace Éthique AP-HP

Dans leur plus grand nombre, les personnes âgées vont bien, et heureusement pour elles et pour la société.

Quelques unes sont pourtant fragilisées par certaines maladies, et d'autres sont déjà atteintes de déficits, de handicaps dus à des pathologies invalidantes.

Le grand âge, les maladies chroniques et l'isolement affectif représentent un cumul des vulnérabilités dont on a pu constater les ravages extrêmement rapides dans le drame vécu par des milliers de personnes en Août 2003.

La réponse de notre société a été alors d'une médiocrité affligeante et purement matérialiste : l'installation de pièces rafraîchies dans tous les établissements d'accueil. Le coût financier en a été important, pour un résultat sociétal quasiment nul, puisque quelques mois après ce drame, au début de l'année 2004, lorsqu'il s'est agi de financer les aides aux personnes âgées vulnérables, il ne se trouvait plus qu'un très faible pourcentage de français pour accepter de travailler le fameux lundi de Pentecôte.

Heureusement, quelques uns, et votre collectif en est la preuve évidente et rassurante, estiment qu'il est urgent et indispensable de refonder des repères pour une société démocratique mature, qui ne peut continuer à exclure de sa sollicitude les millions de personnes que sont dans notre pays les « personnes âgées » de plus de 60 ans.

L'union, dans votre collectif, d'associations aux philosophies et religions représentatives des citoyens de notre pays, montre la voie d'une dimension Politique, sociétale dans laquelle chacun d'entre nous doit prendre sa part.

### **Les enjeux éthiques de l'accompagnement : entre intrusion et abandon**

Les habitudes s'inscrivent dans une histoire de vie, de plus en plus longue au fur et à mesure de l'avancée en âge.

Certains peuvent choisir de vivre seuls, dans une vie relationnelle restreinte, qui correspond à leur histoire de vie, leur caractère, leur préférence. Bien évidemment, lorsque l'autonomie physique et/ou psychique vient à diminuer, ces personnes seront d'autant plus vulnérables qu'elles seront isolées avant même que leur autonomie soit atteinte. L'intrusion d'une « évaluatrice GIR » et les exigences administratives relatives aux revenus et aux biens, sont vécues comme une grande violence, Comment alors leur venir en aide alors même que cela ne correspond en rien à leur attente ?

A l'inverse, d'autres personnes peuvent subir un isolement brutal, dû à des problèmes de santé aigus ou à des drames familiaux qui les laissent désemparées.

Quelles mesures mettons-nous en œuvre pour permettre de répondre à ces solitudes qui peuvent très rapidement se révéler mortifères ?

A la campagne, comme en ville, un des moyens de combattre la solitude des personnes âgées serait de commencer par intégrer les personnes vieillissantes avant leur isolement pour des raisons qu'elles n'ont pas choisies.

Aujourd'hui, la plus grande injustice règne en la matière selon le lieu de vie : les actions et les aides varient en fonction des politiques gérontologiques locales, communales, départementales, régionales. Beaucoup d'élus pensent encore que c'est aux familles d'être là sans tenir compte de celles et ceux qui n'ont tout simplement pas de famille du tout, ou pas de famille géographiquement proche. D'autres estiment que ce n'est pas leur priorité lorsqu'il leur faut faire des choix budgétaires.

**C'est l'échange qui donne sens à l'existence humaine.**

Accompagner les personnes âgées, c'est aussi recevoir d'elles !

C'est-à-dire accepter de penser l'homme au-delà de l'hégémonie de l'autonomie, de la fonction ou de la performance, croire en la possibilité du lien au-delà de toutes les atteintes apparentes de la communication, croire que des yeux et des mains peuvent se parler bien mieux parfois que des mots.

Toutes les vulnérabilités se rejoignent dans des enjeux si proches et savoir offrir une rencontre possible n'est pas chose facile.

Cette rencontre « sollicite l'engagement, les compétences, talents et convictions d'intervenants responsables, investis d'une mission et d'une fonction indispensables au nom et au service de la cité...

*« L'intervention vise à construire ensemble une relation où la personne trouve elle-même sa place.*

*Il convient pour cela de lui témoigner disponibilité, attention, patience et constance, afin qu'elle trouve elle-même cette place dans une relation à construire ensemble ».*

*Charte éthique et maraude - Espace Éthique AP-HP*

## « Le sens de l'engagement au sein du collectif »

Par les signataires des associations membres présentes<sup>1</sup> le 6 octobre



### Fonds Social Juif Unifié - Laurence Borot

Le FSJU est l'organisme central de la communauté Juive de France pour tout ce qui concerne l'éducation, la jeunesse, la culture et le social.

Il est né en 1950 pour construire l'après guerre en aidant les survivants de la Shoah à revivre ; Dans les années 60 nous avons accueilli les Juifs d'Afrique du Nord pour les aider à s'intégrer dans la société française. Aujourd'hui nous fédérons 220 associations et sommes reconnus d'Utilité Publique.

Le FSJU partage largement l'analyse selon laquelle l'isolement et la solitude des personnes âgées sont un enjeu de société majeur compte tenu du vieillissement de la population.

Pour le FSJU la question est d'autant plus cruciale qu'il a pour vocation d'apporter des services et d'accompagner des populations fragilisées par la Shoah et/ou par des migrations et exils successifs qui ont souvent entraîné l'éclatement des liens familiaux.

C'est pour construire une meilleure connaissance des problématiques liées à l'âge et au lien social, échanger et de ce fait enrichir ses pratiques que le FSJU s'est engagé au sein du collectif « Combattre la solitude des personnes âgées » pour y jouer un rôle actif.



### Chrétiens dans le Monde Rural



### Fédération de l'Entraide Protestante

<sup>1</sup> : Pour des raisons d'agendas, certains signataires de la chartre n'ont pu être présents. Il l'ont signé ultérieurement.



Fondation de l'Armée du Salut



Mouvement Chrétien des Retraités -



Association les petits frères des Pauvres - Alain Villez, Vice-Président.



REPSA (REligieuses Présentes dans le monde de la Santé) -



Secours Catholique/Caritas France -

# La Charte du collectif

---

## Préambule

Le vieillissement attendu de la population et l'évolution des liens relationnels et du lien social conduisent à faire de l'isolement et de la solitude des personnes âgées un enjeu de société.

La lutte contre cet isolement et cette solitude a motivé différentes associations qui mettaient déjà en œuvre des stratégies d'action dans ce domaine. Elles ont souhaité créer un collectif dédié à cette problématique pour mieux l'analyser et rechercher des réponses concrètes adaptées aux besoins et aux attentes des personnes âgées. Elles s'appuient pour cela sur leurs témoignages et leurs expériences partagés et mutualisés et se situent dans le respect de la charte des personnes âgées dépendantes et des "Principes des Nations Unies destinés à permettre aux personnes âgées de mieux vivre les années gagnées" (1991).

## OBJECTIFS ET MISSIONS DU COLLECTIF

Le collectif se veut être une plateforme associative de réflexion et de coordination, visant à l'amélioration concrète de la situation des personnes âgées.

Il poursuit les objectifs suivants :

- Être un espace collectif de réflexion, de recherche et de concertation, inspiré d'une éthique de la relation de confiance et de proximité.
- Étudier et mieux comprendre l'isolement et la solitude des personnes âgées à partir de la parole des personnes.
- Contribuer à la prévention de l'isolement en apportant des éléments objectifs aux décideurs sur les attentes et besoins des personnes âgées.
- Être force de proposition face aux besoins recensés en matière d'aide aux personnes âgées auprès des réseaux et regroupements associatifs ou non, publics ou privés, œuvrant dans le secteur des personnes âgées en général et sur le champ de leur isolement en particulier
- Susciter des mobilisations concertées et collectives entre les réseaux intervenant dans la lutte contre l'isolement des personnes âgées au niveau national et européen comme au niveau local.
- Effectuer des bilans réguliers sur la situation de l'isolement des personnes âgées.
- Échanger les expériences, repérer, valoriser et mettre à disposition les meilleures pratiques au sein même des membres du Collectif afin de les promouvoir.

## FONCTIONNEMENT ET ORGANISATION

### 1. Composition

Le Collectif est composé de réseaux associatifs répartis sur l'ensemble du territoire qui interviennent régulièrement auprès des personnes âgées et sont donc confrontés aux questions de l'isolement et de la solitude de celles-ci.

Ces réseaux s'inscrivent dans un fonctionnement qui s'appuie en majeure partie sur la participation de bénévoles aux actions entreprises et/ou dans le cadre de prises en charge réalisées par des professionnels dans les institutions sociales et médico-sociales.

Le collectif « Combattre la solitude des personnes âgées » regroupe différentes associations toutes dédiées à l'entraide et à la lutte contre la précarité et l'isolement.

Il est composé de :

- L'Association des Cités du Secours Catholique,
- L'Association Chrétiens dans le Monde Rural,
- La Croix Rouge Française,
- La Fédération de l'Entraide Protestante,
- La Fédération Française de la Société de Saint-Vincent-de-Paul,
- La Fondation de l'Armée du Salut,
- Le Fonds Social Juif Unifié,
- Le Mouvement Chrétien des Retraités,
- les petits frères des Pauvres,
- La REPSA (REligieuses Présentes dans le monde de la SAnté),
- Le Secours Catholique/Caritas France,

La composition du collectif peut évoluer, toute nouvelle adhésion devant faire l'objet d'une demande formelle du président de l'association. Elle doit être acceptée à l'unanimité des membres du collectif.

## 2. Principes

- Travailler en commun de manière transparente et sincère.
- Faire référence aux valeurs, à la réflexion et aux travaux (études, enquêtes, colloques, publications...) du collectif à l'intérieur des différents réseaux membres du collectif comme à l'extérieur.
- Respecter les diversités politiques, culturelles et religieuses des membres qui la composent.
- Prendre diverses initiatives (études, enquêtes, colloques, publications) laissant la liberté à chaque organisation membre de s'y associer ou non.
- Ne pas s'exprimer publiquement au nom du collectif sans être mandaté par le collectif en ce sens.
- Mettre à disposition des membres du collectif les travaux des associations qui peuvent alimenter utilement le collectif.

## 3. Fonctionnement

- Le collectif se réunira périodiquement suivant une régularité choisie par l'ensemble de ses membres (environ une fois tous les deux mois). La réunion se fera à tour de rôle dans les locaux des différentes associations membres du collectif.
- La coordination du groupe pourra être confiée à une personne mandatée par le collectif, émanant d'une association membre du collectif. Elle aura pour tâche :
  - d'assurer le suivi de l'action du groupe,
  - d'organiser le planning et de diffuser le compte rendu des différentes réunions dont une copie sera envoyée à tous les membres,
  - de favoriser la fluidité régulière de l'information au sein du réseau,
  - de veiller à la mise en pratique des orientations prises lors des réunions du collectif.

- Le collectif doit prévoir régulièrement une réunion de validation avec les différents présidents et/ou secrétaires généraux de chaque association.

#### 4. Gestion des ressources

- Un trésorier du collectif est nommé par celui-ci. Il s'agit d'une personne différente du coordinateur. Son nom est communiqué à l'association gestionnaire, actuellement les petits frères des Pauvres.
- Le compte de résultats est présenté et validé chaque année par les membres du collectif.
- Le budget prévisionnel et sa révision éventuelle doivent être approuvés par le collectif.
- Les financements, qu'ils soient publics ou privés, doivent être issus d'un accord formalisé pour des actions précises.
- Une participation financière annuelle sera demandée à chacun de ses membres, et selon les projets le collectif pourra faire appel à une solidarité matérielle et financière supplémentaire de ses membres.
- Le fonds commun est géré de manière distincte par une association gestionnaire.
- Le collectif s'engage vis-à-vis de ses partenaires et donateurs à respecter la transparence et l'information de l'affectation et la gestion de ses fonds.
- Chaque dépense/recette est validée (date / signature) par le trésorier avant transmission à l'association gestionnaire, accompagnée des originaux des justificatifs de dépenses et des notifications de recettes.
- L'association gestionnaire établit un point financier semestriel en lien avec le trésorier qui en fait état au sein d'une réunion du collectif. Il en est fait état dans le compte-rendu de réunion.

## Contacts

---

- **L'Association des Cités du Secours Catholique**  
72, rue Orfila - 75020 Paris - [www.acsc.asso.fr](http://www.acsc.asso.fr)  
Contact : Aurélie Geay      e.mail : [aurelie.geay@acsc.asso.fr](mailto:aurelie.geay@acsc.asso.fr)      tél : 01 58 70 09 35
  
- **L'Association Chrétiens dans le Monde Rural**  
9, rue du Général Leclerc - 91230 Montgeron - [www.cmr.cef.fr](http://www.cmr.cef.fr)  
Contact : Gérard Hue      e.mail : [gmh311orange.fr](mailto:gmh311orange.fr)      tél : 01 69 73 25 25
  
- **La Croix Rouge Française**  
98, rue Didot - 75694 Paris Cedex 14- [www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr)  
tél : 01 44 43 14 11
  
- **La Fédération de l'Entraide Protestante**  
47, rue de Clichy - 75311 Paris Cedex 09 - [www.fep.asso.fr](http://www.fep.asso.fr)  
Contact : Philippe Verseils      e.mail : [arcmediterraneen@fep.asso.fr](mailto:arcmediterraneen@fep.asso.fr)      tél : 04 66 28 11 42
  
- **La Fédération Française de la Société de Saint-Vincent-de-Paul**  
120, avenue du général leclerc - 75014 Paris - [www.st-vincent-de-paul.org](http://www.st-vincent-de-paul.org)  
Contact : Pierre Villelongue      e.mail : [contact@ssvp.fr](mailto:contact@ssvp.fr)      tél : 01 42 92 08 12
  
- **La Fondation de l'Armée du Salut**  
60, rue des frères Flavien - 75020 Paris - [www.armeedusalut.fr](http://www.armeedusalut.fr)  
Contact : Eric Yapoudjian      e.mail : [eyapoudjian@armeedusalut.fr](mailto:eyapoudjian@armeedusalut.fr)      tél : 01 43 62 25 60
  
- **Le Fonds Social Juif Unifié**  
39, rue Broca - 75005 Paris - [www.fsju.org](http://www.fsju.org)  
Contact : Pia Cohen      e.mail : [pia.cohen@fsju.org](mailto:pia.cohen@fsju.org)      tél : 01 42 17 10 71
  
- **Le Mouvement Chrétien des Retraités**  
15, rue Sarette - 75014 Paris - [www.mcr-asso.fr](http://www.mcr-asso.fr)  
Contact : Yves Perrot      e.mail : [yperrot@cmr.asso.fr](mailto:yperrot@cmr.asso.fr)
  
- **les petits frères des Pauvres**  
33, avenue parmentier- 75011 Paris - [www.petitsfreres.asso.fr](http://www.petitsfreres.asso.fr)  
Contact :  
Jean-Pierre Bultez      e.mail : [jeanpierre.bultez@gmail.com](mailto:jeanpierre.bultez@gmail.com)      tél : 01 49 23 13 00  
Caroline Marchi      e.mail : [caroline.marchi@petitsfreres.asso.fr](mailto:caroline.marchi@petitsfreres.asso.fr)      tel : 01 49 23 13 00
  
- **La REPSA (REligieuses Présentes dans le monde de la Santé)**  
106, rue du Bac - 75 007 Paris  
Contact : Michelle Martin      e.mail : [secretrepsa@wanadoo.fr](mailto:secretrepsa@wanadoo.fr)      tél : 01.45.48.05.82
  
- **Le Secours Catholique/Caritas France**  
106, rue du Bac - 75341 Paris Cedex 7- [www.secours-catholique.asso](http://www.secours-catholique.asso)  
Contact : Jean Caël      e.mail : [jean.cael@secours-catholique.asso.fr](mailto:jean.cael@secours-catholique.asso.fr)      tél : 01 45 49 73 23