

Perspectives cliniques et institutionnelles

Georges Jovelet, Cécile Hanon

DANS **PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE 2020/1 66e année**, PAGES 6 À 13
ÉDITIONS **CHAMP SOCIAL**

ISSN 1286-1286

ISBN 9791034605576

DOI 10.3917/psm.201.0006

Date de mise en ligne : 24/02/2020

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2020-1-page-6?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Champ social.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Perspectives cliniques et institutionnelles

Georges Jovelet

Psychiatre des hôpitaux, ancien chef de pôle de psychiatrie du sujet âgé (02320 Prémontré).

georges.jovel@wanadoo.fr

Cécile Hanon

Praticien hospitalier, Centre Ressource Régional de Psychiatrie du sujet âgé (Hôpital Corentin-Celton, APHP, 92130, Issy-les-Moulineaux).

cecile.hanon@aphp.fr

Résumé

Le mot *perspective* ouvre dans le domaine des handicapés psychiques âgés, à une analyse de cette clinique et des actions de soin articulées aux politiques de santé. L'évolution de la pathologie mentale remaniée par l'âge, les troubles cognitifs, l'altération de l'autonomie, et la nature de la réponse institutionnelle sont les déterminants de la qualité de vie de ces patients, de leur destinée. Cette approche recouvre des réalités multiples selon le lieu de vie domicile, foyer ou Ehpad, la préservation de la continuité des soins, les orientations politiques en matière de vieillesse, de maladie et de handicap. L'accompagnement de ces patients par les équipes de psychiatrie, en particulier les équipes mobiles, conduit à des réflexions d'ordre éthique et thérapeutique, actuelles et pour l'avenir.

Mots-clés

Dépendance, Ehpad, équipe mobile, psychogériatrie du sujet âgé, trouble cognitif.

INTRODUCTION/LES ENJEUX

Le vieillissement des handicapés psychiques est un phénomène invisible et considéré à la marge par les pouvoirs publics. Les personnes vulnérables sont perçues sous l'angle du déficit et suscitent un faible intérêt de la part de l'opinion publique ; leurs représentations sociales cumulent les discriminations liées à l'âge et à la maladie mentale (3). L'orientation des politiques de santé, vers une société inclusive, vise la participation des personnes en situation de handicap à la vie en société sur la base d'une égalité de droits. La convention de 2008 de L'ONU *relative aux droits des personnes handicapées* en particulier l'article 19 intitulé « *autonomie de vie et inclusion dans la société* »(4) implique une mise en cause du fondement des institutions sanitaires et médico-sociales accueillant des personnes handicapées.

L'influence du DSM¹, des neurosciences, des thérapies médicamenteuses psychotropes et du libéralisme sur les pratiques éclaire le moindre intérêt pour les pathologies chroniques. Les psychiatres classiques avec GG. de Clérambault, H. Ey, G. Lantéri-Laura, A. Tatossian se sont attachés à décrire avec minutie les constructions délirantes, l'activité hallucinatoire, ses mécanismes et leurs modalités évolutives. La psychiatrie de secteur s'est donnée comme projet de modifier le sort des patients psychotiques longuement hospitalisés en psychiatrie en déplaçant le centre de gravité de l'accompagnement sur la cité, en substituant à l'assistance aux malades mentaux, à l'origine de l'« encombrement » des hôpitaux, une dynamique de soins. Le constat d'une moindre disponibilité des équipes de secteur résulte de l'extension de leurs missions liée au passage de la psychiatrie à la santé mentale. L'inflation et la diversification des demandes amènent les soignants à opérer des choix au risque de délaisser des psychotiques âgés, aboutissant à une inégalité de fait devant les soins. Les équipes de psychiatrie se reconnaissent peu compétentes pour aborder les questions du vieillissement, celles dédiées à l'aide à domicile sont en difficulté pour aborder la composante psychiatrique dans l'accompagnement de ces patients.

La dés-hospitalisation, conduit à un transfert de compétence du sanitaire vers le médicosocial, et au déplacement de patients qui ont changé de statut. De « malades » ou « patients », ils sont devenus des « usagers » ou des « résidents », voire des « clients ». Cette délégation est liée au coût du handicap sur la dépense publique². Certains patients psychotiques âgés n'ont plus de place garantie au sein d'unités d'hospitalisation et sont dirigés vers des structures de type Ehpad, lesquels ne sont ni préparés ni formés à les recevoir. D'une « inadéquation » à l'autre, le résultat n'est pas très différent. Quelle sera l'incidence de la focale mise aujourd'hui sur les psychoses émergentes, du mouvement de réhabilitation psychosociale et de l'*empowerment* du patient sur leur avenir ?

ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION

Ils sont de trois ordres : *la perspective, la temporalité du soin, la catégorie*.

Le mot perspective est issu du latin *perspicere* : regarder avec attention. C'est le donné à voir de l'observation clinique, de la rencontre du patient, avec la distinction de différents plans délimitant le contexte. La perspective désigne aussi ce qui est en vue, soit le futur.

La temporalité du soin. La chronicité est selon G. Lantéri-Laura (8) un élément cardinal de notre discipline. Les psychoses sont des pathologies qui évoluent au long cours et affectent non pas un moment de vie mais l'existence même du patient. Ce fait clinique se heurte aux logiques fixées par les contrats d'objectifs et l'évaluation des protocoles de soins. La durée requise pour traiter les sujets psychotiques, est considérée comme impasse thérapeutique, voire comme un échec, et contribue à une discrimination qui n'existe pas en médecine entre affections aiguës et affections au long cours, d'origine neurologique, rhumatismale ou autre.

Quelle réalité recouvre cette *population-cible* au plan clinique, social, quel est son profil ? Si ces patients n'ont pas de liens d'appartenance à un groupe homogène, ils

partagent les mêmes filières de soins et une communauté de destin. Cette *construction catégorique* (6) a l'intérêt d'accorder une place aux patients psychotiques âgés y compris au sein des personnes handicapées psychiques âgées.

LES PERSONNES HANDICAPÉS PSYCHIQUES ÂGÉS

Données démo-épidémiologiques

En France en 2015, 115 000 patients âgés relevaient d'une ALD³. La majorité réside dans un domicile personnel ou celui de parents ou dans une structure de type foyer. 35 000 séjournent en EHPAD, long séjour hospitalier ou résidence-autonomie et moins de 1500 sont hospitalisés en continu dans les établissements psychiatriques. Les femmes sont surreprésentées après 60 ans, de même que les personnes isolées, divorcées ou célibataires.

Le cadre clinique ne fait pas consensus, certains auteurs le limite aux patients schizophrènes, d'autres intègrent les patients bipolaires. Il est plus logique de circonscrire ce groupe aux « *affectations psychiatriques de longue durée* ». *L'âge* : doit-on adopter la frontière de 65 ans, ou un âge pondéré par la longévité, soit 55 ans ? Sachant que les personnes présentant des troubles mentaux sévères ont un vieillissement précoce une espérance de vie est diminuée de 15 à 20 ans par rapport à la population générale(9), (10).

Quelles sont leurs conditions de vie

Il n'y a pas de données épidémiologiques répertoriant les modes de maintien au domicile, couplé ou non à des soins reçus au centre médico-psychologique, sur le lieu de vie ou en hôpital de jour. L'avancée en âge de sujets résidant dans les structures sanitaires ou médico-sociales met en cause leur place du fait d'une limite administrative ou sous la pression d'admission de patients plus jeunes. C'est une autre modalité « d'inadéquation ». Ils sont dès lors orientés vers un EHPAD, où ils sont accueillis avec circonspection.

Les patients longuement hospitalisés en psychiatrie cumulent les handicaps, les antécédents médico-légaux, les addictions et sont devenus résistants aux approches thérapeutiques. Après des tentatives de réinsertion, le seul horizon de leur sortie est une admission en Ehpad à l'âge de 60 ans, ou par dérogation dès 50 ans.

EFFETS DE L'ÂGE SUR LA PATHOLOGIE SOMATIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Les comorbidités somatiques

En 2015, la moyenne d'âge de décès des patients relevant de la catégorie « *psychose* » était de 67 ans⁴. En ambulatoire, ils ont souvent des « *mauvais comportements de santé* » : sédentarité, alimentation déséquilibrée, tabagisme, prise d'alcool ou de toxiques sans oublier les effets iatrogènes des psychotropes pris durant de nombreuses années.

En institution la prise des traitements est généralement contrôlée ce qui limite la survenue d'effets indésirables. L'ajustement du traitement en fonction de l'âge et de la pathologie doit tendre au *dosage minimal efficace*.

Les comorbidités psychiatriques

Il existe, avec l'avancée en âge, une surreprésentation de la dépression, de l'anxiété, des addictions et du suicide.

ÉLÉMENTS D'UNE CLINIQUE ÉVOLUTIVE

Les modalités évolutives des psychoses sont l'objet d'études catamnétiques. On observe chez les patients schizophrènes une atténuation des symptômes dans deux cas sur trois. Le délire, les hallucinations se tarissent tandis que le retrait affectif, social, le négativisme et l'apathie persistent aboutissant à une vie rétractée et ritualisée. Chez les patients délirants chroniques, la construction déréelle s'appauvrit de même que la certitude et le caractère passionnel. L'évolution des patients uni ou bipolaires est globalement favorable avec une raréfaction voire disparition des accès. À côté de ces améliorations thymiques notons l'existence de formes chronicisées mixtes, dysphoriques, agitées dont les intervalles libres s'amenuisent ou disparaissent.

Dans l'ensemble des psychoses, des états résiduels peu spécifiques coexistent avec une tendance à l'abrasion de la symptomatologie.

Évolution des troubles cognitifs

Il existe dans la psychose des troubles cognitifs, essentiellement de nature dyséxécutive. Leur évolution est mal établie sur le long terme. La prise régulière de psychotropes, notamment des benzodiazépines, des neuroleptiques est un facteur supplémentaire d'installation de troubles cognitifs, bien que les mécanismes physiopathologiques soient encore mal élucidés. Ces concordances font que les pathologies neurocognitives sont plus fréquentes au sein de cette population.

POLITIQUE INSTITUTIONNELLE ET DE SANTÉ

En dehors du cadre général de la politique sectorielle, qui inclut une dimension éthique et une continuité des soins, il n'existe pas de mesures spécifiques en faveur des patients psychotiques vieillissants ; une réflexion récente émerge au sein de certaines ARS, pour lesquelles le modèle du secteur trouverait ses limites. Cette population est placée aux confins de plusieurs problématiques : précarité et exclusion, handicap et dépendance, droit à un logement adapté, santé mentale et politique de la vieillesse.

Il importe que l'organisation des parcours de soins et de santé des personnes âgées en situation de handicap se détache des clivages entre handicap, vieillesse et psychiatrie. La discontinuité administrative entre le sanitaire et le social en complexifie l'accompagnement. Les personnes handicapées psychiques âgées sont les parents pauvres des politiques

publiques, ce dont témoigne leur absence des plans ministériels ou des rapports parlementaires concernant la psychiatrie (7). Des expériences et organisations ont cependant été mises en place dans une dynamique *d'aller vers* le patient ou le résident afin de répondre à la demande ou du besoin de soin porté par le patient ou un tiers.

ÉQUIPES MOBILES DE PSYCHIATRIE DU SUJET ÂGÉ

Les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) représentent une nouvelle stratégie dans la prise en charge de la santé mentale des sujets âgés qui peut répondre au double enjeu démographique et sanitaire représenté par le vieillissement de la population. De nombreuses EMPSA ont été déployées ces dernières années, leurs actions s'inscrivent dans la lignée des missions du secteur psychiatrique. La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière *de lutte contre les maladies mentales* énonçait comme un principe essentiel le fait de « séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu » (1).

Un des objectifs des EMPSA est de favoriser les soins à domicile, de limiter le recours aux hospitalisations afin « d'éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel » (1).

L'arrêté du 14 mars 1986 qui fixe les missions des centres médico-psychologiques décrit les « unités de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population » (2).

La priorité du maintien à domicile est réaffirmée en 2003 dans les plans destinés aux personnes âgées dépendantes, et dans le cadre du Plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019. De même, le réseau associatif d'aide au maintien de l'autonomie s'est densifié. En 2001, la loi relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées a abouti à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a créé le « plan personnalisé de compensation du handicap ». Ce dernier vise à garantir la plus grande autonomie de la personne handicapée dans son milieu.

La circulaire de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du 30 avril 2007 encourage le développement d'une offre de soins dédiée, ce qui a permis le déploiement d'EMPSA sur une grande partie du territoire. En 2016, on recensait 147 équipes spécialisées dans la psychiatrie du sujet âgé en France⁵.

OBJECTIFS ET FONCTIONNEMENT DES EMPSA

Les EMPSA élargissent le champ de la pratique psychiatrique avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins pour les populations qui s'en trouvent éloignées – physiquement ou mentalement.

Les EMPSA interviennent au domicile, en Ehpad ou dans d'autres structures d'hébergement (résidence autonomie, foyer, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisé...), à la demande du patient, celle de son entourage ou de professionnels du

soin et de l'accompagnement. Elles sont souvent pluridisciplinaires : en binômes psychiatres/infirmiers, mais pour certaines associant des gériatres, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes etc.

En fonction des moyens alloués, les équipes mobiles proposent des prises en charges différenciées depuis l'évaluation ponctuelle au suivi régulier. Ce dispositif allie la prévention, le repérage des situations de crise, et la continuité des soins ; le cas échéant, il facilite le maintien dans l'institution.

Les EMPSA contribuent à la formation des équipes, « à l'acculturation » au soin psychique, en améliorant le repérage et l'acceptation de la pathologie psychotique. Les équipes mobiles sensibilisent les soignants à la sémiologie psychiatrique, à la conduite d'un entretien, aux traitements, à l'iatrogénie, aux approches psychothérapeutiques ainsi qu'aux alternatives non médicamenteuses.

Des équipes peu formées, au *turn over* rapide, peu enclines à s'occuper d'une population plus jeune, plus valide, mais pour autant difficiles au plan relationnel, peuvent rapidement être dépassées sur le plan institutionnel.

La formation est aussi un moyen de lutte contre la stigmatisation des personnes âgées souffrant de troubles mentaux, tel que le définit l'Organisation Mondiale de la Santé (11) dans son rapport sur le sujet.

CONCLUSION

Ce numéro thématique de la revue contribuera à parler de patients dont on ne parle habituellement pas, ou alors uniquement sous l'angle de la charge financière, d'un fardeau pour la société.

Les pouvoirs publics prennent progressivement conscience des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées. En avril 2017, la « Psychiatrie de la personne âgée » a été reconnue comme spécialisation de la discipline. La réforme des études de médecine va permettre à ces nouveaux internes d'être formés à la psychiatrie de la personne âgée. *Encore faut-il les motiver en nommant des universitaires pour assurer cette orientation et leur délivrer un message autre qu'une vision exclusivement déficitaire de leurs futurs patients* (7).

Les situations de dépendance institutionnelle peuvent être prévenues en multipliant les alternatives à l'hospitalisation, type foyer, appartements thérapeutiques ou associatifs, accueils familiaux, structures médicosociales, sociales.

En cas d'institutionnalisation, le développement des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé ou dédiées aux Ehpad, de la télé psychiatrie, contribuent avec la signature des conventions entre établissements psychiatriques et les Ehpad (5) à assurer aux résidents une continuité de soin.

L'accueil de ces patients perçus comme difficiles par les équipes justifie *que les moyens du suivi tant à domicile qu'en Ehpad soient renforcés*, en temps de psychologue, d'infirmier, d'aide-soignant, en vacation de psychiatre. Le transfert des compétences du sanitaire vers le médico-social et le social nécessite des formations initiales et continues aux personnels. De nouveaux métiers apparaissent – accompagnateurs de vie, assistants de soins en gérontologie etc. Des réflexions organisationnelles et

architecturales sont à l'origine de la création au sein des Ehpad d'unités de vie spécifiques dédiées aux personnes handicapées psychiques. Ces structures bénéficient d'un renforcement en personnel.

Ces actions innovantes justifient d'être recensées et généralisées. Améliorer la condition de ces patients justifie la rédaction d'une étude ciblée ou d'un chapitre d'un plan pour la psychiatrie réclamé par les acteurs de notre discipline. ■

NOTES

1. Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux élaboré par l'Américan Psychiatric Association.
2. Les affections chroniques représentent en France 70% du budget de la santé.
3. Selon les données de la fiche pathologie Assurance maladie : *Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2015 au titre de l'affection longue durée ALD 30*. Les chiffres fournis pour les plus de 65 ans ont été extrapolés pour les plus de 60 ans.
4. Données Ameli-assurance maladie ; fiche pathologie. *Mortalité quelle que soit la cause*, Mise à jour 2017. « *Les âges moyen et médian au décès des personnes prises en charge pour troubles psychotiques sont respectivement de 67 et 68 ans* ».
5. Données issues de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE 2016).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Audisio M. circulaire du 15 mars 1960, *Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980 p. 319, p. 325.
- 2- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et de services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement ; <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072756> (consulté le 14 novembre 2019).
- 3- Clesse C, Dumand I, Nasseau E, Prudent C, Decker M, Savini C, Lighezzolo-Alnot J, Batt M, Représentations sociales du vieillissement des sujets porteurs de troubles psychiques : impacts et conséquences d'une double stigmatisation, *NPG Neurologie-psychiatrie-gériatrie* (2016) 16, 291-9.
- 4- Décret N° 2010-356 du 1^{er} avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées signée à New York le 30 mars 2007. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022055392&categorieLien=id> (consultée le 15 novembre 2019).
- 5- Fédération hospitalière de France. *Charte de partenariat entre les Ehpad et les établissements de psychiatrie*, octobre 2017 ; www.anfh.fr/actualites/charte-de-partenariat-entre-les-ehpad-et-les-etablissements-de-psychiatrie, (consulté le 10 novembre 2019).
- 6- Jovelet. G, *Ces psychotiques qui vieillissent*, John Libbey Eurotext, 2017, 190 p.
- 7- Jovelet G, Charazac P, La condition des handicapés psychiques âgés, *Gérontologie et société* N°159, Vol 41, 2019, p. 95, p. 94.
- 8- Lanteri-Laura. G, *La chronicité en psychiatrie*, Les empêcheurs de penser en rond, Le Plessis-Robinson, 1997, 93 p.
- 9- Limosin F, Loze JY, Philippe A, Casadebaig F, Rouillon F, Ten-year prospective Follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *SchizophrRes*, 2007,94, 23-8.
- 10- Loas G, Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie, *Annales médico-psychologiques* 167, (2009) 446-49.
- 11- Organisation Mondiale de la santé - Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Protocole technique d'accord. 2002. https://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf (consulté le 14 novembre 2019).