



Ces psychotiques qui vieillissent

Georges Jovelet



... Ces psychotiques qui vieillissent

Que deviennent les patients souffrant de pathologies mentales lorsqu'ils sont vieux ? Quelle prise en charge leur est proposée à l'heure actuelle ? Est-elle optimale ? Comment faire pour améliorer la situation ?

La plupart du temps, les psychotiques âgés sont « placés » le plus vite possible (souvent dès l'âge de 60 ans) dans des maisons de retraite, alors que la majorité des résidents y entrent bien plus tard (autour de 80 ans). Cette différence d'âge, les particularités liées aux pathologies mentales et la diversité des intervenants dans ces structures ainsi que la méconnaissance des spécificités des patients âgés psychotiques par le personnel de ces établissements font de cette solution une réponse perfectible.

Georges Jovelet est allé à la rencontre de patients, de proches aidants, de médecins, de psychologues et de personnel d'établissements accueillant des personnes âgées atteintes de maladies mentales pour recueillir leur propos et faire progresser sa vision de la situation. Des vignettes cliniques viennent ponctuer l'ouvrage, mettant ainsi en lumière des parcours et ressentis variés. À travers cet ouvrage très humain, l'auteur propose des pistes de réflexion sur cette question encore très peu abordée en France qu'est le devenir des patients psychotiques âgés.

Georges Jovelet est psychiatre des hôpitaux, chef de service et responsable du pôle psychiatrie du sujet âgé – alcoologie à l'Établissement public de santé mentale de Prémontré. Il est également membre du Bureau national du syndicat des psychiatres des hôpitaux et vice-président de la Société de l'Information psychiatrique.

Ces psychotiques qui vieillissent...

Pour Catherine
Pour Lorène

Collection « L'offre de soins en psychiatrie »

dirigée par Thierry Trémine

Ces psychotiques qui vieillissent...

| Georges Jovelet



ISBN : 978-2-7420-1465-1

ISSN : 2270-1338

Éditions John Libbey Eurotext

127, avenue de la République

92120 Montrouge, France.

Tél. : 01 46 73 06 60

E-mail : contact@jle.com

<http://www.jle.com>

John Libbey Eurotext Limited

42-46 High Street

Esher

KT109KY

United Kingdom

© John Libbey Eurotext, 2017

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

L'auteur

Georges Jovelet est psychiatre des hôpitaux, titulaire d'un DESS de droit de la santé, diplômé d'éthique, d'anthropologie de l'Université de Picardie Jules-Verne. Il a exercé comme chef de service au sein de structures de psychiatrie générale avant de recentrer ses activités comme chef de pôle sur la clinique des personnes âgées. Membre du bureau national du Syndicat des psychiatres des hôpitaux, il a conjointement été vice-président de l'association scientifique de la Société de l'information psychiatrique. Il a publié différents articles, principalement dans *L'information psychiatrique*, dont il a coordonné deux numéros (« L'Amour dans les psychoses », « Psychiatrie du sujet âgé »), et a contribué à des ouvrages collectifs tels que *L'Empathie*, *Devenir vieux* et *Je vieillis... et ma folie ?*

Note à l'attention des lecteurs

Le contenu des entretiens et des vignettes cliniques a été systématiquement modifié, transcrit et rendu anonyme ; il ne comporte pas d'indication exacte quant aux coordonnées de lieu, de temps, de profession afin de préserver les données personnelles du patient et de son entourage.

Préface

Voilà un livre qui fait d'abord honneur à son auteur, mais aussi à une profession et à des engagements à l'œuvre depuis un demi-siècle. Le « secteur », comme on dit. Georges Jovelet nous propose, avec une compétence maîtrisée, d'aborder un problème que l'on veut ignorer, sur lequel peu de choses ont été écrites : le vieillissement des patients souffrant de pathologies psychotiques, souvent placés le plus vite possible dans des maisons de retraite ni forcément compétentes, ni accueillantes, ni toujours épaulées. On remarquera que ces patients, nos patients, y sont admis autour de 60 ans, alors que la majorité des résidents entrent dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) après 75 ans. Faut-il y voir le décalage connu entre l'espérance de vie des psychotiques et celui de la population en général ?

Le fond de ce livre est fait d'une pratique et d'un engagement qui sont ceux de la psychiatrie publique en France : elle ne connaît pas de limite d'âge, elle ne se cantonne pas à des patients gratifiants illustrant les normes néolibérales de l'autonomie et de la responsabilité.

Ici, il n'y a pas d'asservissement à la pensée protocolisée, qui signifie depuis un certain temps déjà qu'on préfère la fréquentation du dossier du patient et son évaluation au patient lui-même. Pourquoi ? Parce que nous avons parfois vieilli ensemble, parfois lors d'accompagnements de toute une vie. Comment oublier, pour chaque médecin et quel que soit son mode d'exercice, la tendresse d'avoir des « vieux patients » dans ce que cela signifie d'histoires communes, où nous devons laisser au destin, comme dans les couples anciens, le sort de savoir qui disparaîtra le premier ?

Ce livre plein d'humain, très documenté, nourri de l'expérience dans un domaine auparavant négligé, fera date.

Thierry Trémine

Directeur de la collection « L'offre de soins en psychiatrie »

Rédacteur en chef de *L'Information Psychiatrique*

Sommaire

• L'auteur	V
• Note à l'attention des lecteurs	VI
• Préface	VII
• Présentation	XI
• Avant-propos : parcours et discours	XIII
1 • Psychose chronique et logique de médico-socialisation	1
Un intérêt pour les psychotiques âgés ?	1
La démarche d'analyse	6
Perspectives cliniques	6
Place des psychotiques âgés	11
Les psychotiques âgés : une catégorie sociale ?	14
Une politique de santé intégrative ou ségrégative ?	16
Les psychotiques âgés et les mutations institutionnelles	17
2 • Être psychotique et vieux, rappel notionnel, identité sociale	23
Être psychotique : questions cliniques et épidémiologiques	24
Qui sont-ils ?	29
Le suivi ambulatoire par l'équipe de secteur, le psychiatre d'exercice libéral, le psychanalyste, le médecin traitant	30
Rôle des proches aidants	36
L'hospitalisation en psychiatrie : quel recours ?	41
L'admission en Ehpad depuis une structure psychiatrique	44
Le destin des psychotiques âgés	46
3 • L'Ehpad : structure d'accueil possible pour les sujets psychotiques ?	51
Éléments descriptifs	51
Origine	55
Conceptions et modes de vie différenciés ?	57
Statut juridique du sujet psychotique âgé en Ehpad	59
L'Ehpad un non-lieu pour le résident psychotique ?	70
Enjeux cliniques, juridiques et éthiques	71
4 • Culture institutionnelle et place des soins en Ehpad	79
De la psychothérapie institutionnelle	79
Comment sont organisées ces structures ?	82
L'Ehpad, son image, sa politique d'établissement	93
Les motifs de transfert entre institutions	94
5 • La politique de la psychiatrie à l'adresse des Ehpad	97
Rôle des secteurs à l'égard des maisons de retraite : historique	97
Qu'apporte une pratique de secteur à la prise en charge de la psychiatrie en Ehpad ?	99
Traiter ou bien traiter les psychotiques en Ehpad	100
Quelle place accorder au traitement médicamenteux ?	101

Psychose, chimiothérapie et syndrome de passivité ?	107
Passivité, hostilité et dépendance en Ehpad	108
Le suivi « psy » des psychotiques en Ehpad	110
6 • Un invariant historique, la ségrégation sociale	125
La posture de porte-parole	125
Un invariant anthropologique	125
Les figures croisées de la maladie mentale et de la maladie d'Alzheimer	128
Missions et omissions du rapport de P. Gohet	129
Les oubliés de la société	131
7 • L'enquête observationnelle auprès des établissements médico-sociaux	133
Préalable méthodologique	133
Que recèle ce questionnaire ?	141
Le positionnement de médecins coordonnateurs et de psychologues d'Ehpad	142
L'expérience de deux patients-résidents d'Ehpad	154
Psychose, Ehpad et qualité de vie	164
8 • Les voies du changement, les solutions innovantes : quel avenir ?	169
Les propositions d'amélioration	169
Fédérer les actions et les financer	176
Les conditions de faisabilité	177
Les actions de formation et de recherche	177
• Conclusion	181
• Annexe	183
• Glossaire	185
• Remerciements	189

Présentation

S'intéresser aux conditions d'existence des sujets psychotiques âgés nécessite d'étudier ce qui les particularise, ce que nous effectuerons dans la première partie de cet ouvrage (chapitres 1 et 2), en isolant des éléments d'une clinique phénoménologique et sociale. Il s'agira ensuite d'observer les différents lieux qui accueillent ces sujets et la nature des liens qui s'y déploient : le domicile personnel ou familial, où le proche aidant a une place cruciale, l'hôpital psychiatrique et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Le devenir des psychotiques âgés est orienté vers ce dernier type d'établissement. Nous rappellerons l'histoire, les missions et analyserons le fonctionnement de ces structures collectives (chapitres 3 et 4). Enfin, le dernier acteur que nous questionnerons est celui qui délivre des soins en consultation ou à l'hôpital, qui adresse le patient en Ehpad et en assure le suivi thérapeutique en lien avec le médecin traitant : le psychiatre, le secteur de psychiatrie ou, plus globalement, la psychiatrie (chapitre 5). La rencontre de ces sujets psychotiques dans leur double affiliation institutionnelle, à la fois à la maison de retraite et au secteur psychiatrique, permet d'apporter des éléments de réflexion. D'emblée se projettent en toile de fond les pouvoirs publics et la société, avec l'attente que soient conciliés humanisme, sécurité et impératif économique. Le travail d'analyse que nous proposons s'appuie sur les *parcours* individuels qui vont du suivi ambulatoire à un hébergement avec soins, en passant par les soins avec hébergement et leur évolution dans le temps, sur l'histoire des structures, sur les *discours* qui les conditionnent qui permettent d'isoler un invariant (chapitre 6), ainsi que sur des enquêtes auprès de professionnels et d'usagers (chapitre 7). Le but de cet ouvrage est de contribuer à délivrer aux praticiens au sens large, c'est-à-dire à tous les acteurs de terrain, des éléments à la fois théoriques, cliniques et institutionnels sur le sujet et à orienter les décideurs administratifs et politiques vers des solutions plus adaptées à la situation singulière des psychotiques âgés, en particulier pour ceux qui séjournent au sein des Ehpad (chapitre 8). Le devenir de ces sujets n'a pas été anticipé, et les budgets consacrés sont insuffisants ; c'est un chantier de structuration de l'offre de soins en psychiatrie de liaison et en direction des conditions de vie au domicile, du rôle des familles, des structures communautaires et des Ehpad qu'il faut ouvrir.

Nous formulons le souhait que ce livre ouvre au débat, fasse polémique, suscite des témoignages : toute réaction critique, toute controverse, sera préférable au *statu quo*, au silence et à l'exclusion dans « un espace neutralisé et pâle où la folie est comme annulée » (Michel Foucault)¹.

1. Foucault M. La folie l'absence d'œuvre. In : *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris : Gallimard, 2001, p. 440.

Avant-propos : parcours et discours

Cet ouvrage a pour objet l'étude de la catégorie des psychotiques âgés en allant à la rencontre de leur mode de vie au domicile, à l'hôpital et en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et de leur façon d'être. La situation de ces sujets sera analysée à la lumière de la nouvelle donne liée à la dénomination « handicapés psychiques » et à la transformation de la politique en matière de psychiatrie et de santé mentale, qui les amènent à intégrer les maisons de retraite à partir de 60 ans. Le sujet est complexe car les ramifications en sont historiques, impliquant les soubassements des structures de psychiatrie mais aussi des hospices, ce qui impose d'étudier l'articulation entre les politiques des domaines sanitaire et médico-social ainsi que les actions en faveur des personnes âgées. L'approche a été guidée par l'épistémologie, le positionnement éthique, le droit et la question sociale. Les outils d'analyse en sont la clinique, qu'elle soit d'essence psychopathologique ou anthropologique, ainsi que le résultat d'enquêtes et de rencontres *in situ*.

L'utilisation, dans le titre du livre, du terme « psychotique » justifie qu'il soit défini. La formulation plus juste serait celle de « sujet psychotique » non réduit à une affection. La catégorie générique « psychose » peut être éclairée par une organisation structurale freudienne ternaire qui délimite, à partir du rapport à la réalité, outre la psychose, la névrose et la perversion. La psychiatrie classique, dont le maître a été H. Ey, distingue chez l'adulte la schizophrénie, la psychose maniaco-dépressive (les troubles bipolaires) et les délires chroniques. Les manifestations cliniques, les modalités relationnelles et d'inscription sociale, les enjeux évolutifs diffèrent selon qu'il s'agit d'une psychose dissociative (schizophrénique) ou non dissociative. Dans ce dernier cas sont notées la rareté de la désorganisation des processus associatifs et l'absence d'évolution déficitaire. Les avancées neuroscientifiques, le pragmatisme ambiant, la place accordée à l'évaluation qui promeuvent l'objectivable, le mesurable ont donné du champ à l'analyse des comportements où le donné à voir prime sur le dire ou le ressenti, et le fait sur le subjectif.

La clinique contemporaine est hétérogène. Les références classificatoires sont l'objet de controverses et éclairent les difficultés à cerner notre champ de compétence. Celui-ci ne peut se réduire à de seules conceptions médicales (*la maladie*) ou sociales (*l'anomalie, le handicap*). Notre exercice est guidé par le souci de l'humain, la prise en

compte d'« existences malades » comme le formule L. Bonnafé [1] qui, avec H. Mignot, avait créé le terme d'« existentialisme clinique ». La référence à cette clinique dont la filiation est l'analyse existentielle de K. Jaspers et L. Biswanger confère au parcours du sujet psychotique la dimension d'une expérience humaine incluant souffrance et angoisses. Elle ouvre à un abord de leur trajectoire de vie par l'angle de la détermination, de la liberté et de ses limitations et *in fine* en termes de destin. Cette complexité de références ne facilite pas le dialogue avec les gériatres, les médecins traitants et les équipes non médicales confrontées à ces patients. Les modalités et les âges de déclenchement des différentes psychoses ne sont pas comparables, de même que leur génie évolutif. Tout oppose une psychose schizophrénique déclenchée au jeune âge (qui peut aboutir à des hospitalisations répétées, à un séjour hospitalier prolongé) à une déstabilisation à l'âge mûr (lorsqu'un sujet est marié, a des enfants, occupe un travail et a fait des incursions de durée courte à l'hôpital). Le recours à des soins psychiatriques ne compromet dans ce dernier cas ni sa place au sein de sa famille, ni sa participation sociale.

La psychose peut être envisagée à partir de la *diversité* de ses manifestations, amenant à parler de « psychoses » au pluriel, ou à partir d'une perspective *unitaire* fondée sur une relation différente aux autres, au langage, au symptôme, à la souffrance, aux catégories de l'amour et du sexuel. Ce qui singularise le sujet psychotique, c'est ce lien particulier à la réalité et à la vérité communément partagées. Le rapport altéré à soi-même, aux autres, au monde a des incidences sur le corps, les pensées, l'affectivité, le discours, ainsi que sur les actes. Le concept d'aliénation, désormais désuet, condensait la perte de la liberté et de la catégorie de la contingence, la soumission à un autre, une institution en place de toute-puissance. La conscience très inconstante de la maladie est déterminante dans la compliance aux soins proposés. Les expressions symptomatiques, la nature des liens conjugaux, familiaux ne sont pas univoques.

Le transfert à une équipe soignante dessine une géométrie au cas par cas. Catégorie clinique, les psychotiques sont aussi, par certains aspects que nous détaillerons, une catégorie sociale. En quoi les objets tels que le temps, les lieux, les modes d'affiliation, la sociabilité (c'est-à-dire tout ce qui concerne les échanges, l'appartenance) peuvent nous aider à saisir le destin des psychotiques âgés ? Les représentations de la maladie mentale et de l'avancée en âge sont abordées conjointement à la réponse des institutions et font l'objet d'un déchiffrement au même titre que l'étude des modes relationnels des sujets psychotiques ; les trois ordres de phénomènes sont indissociables. L'image de cette pathologie est associée à la chronicité dont G. Lantéri-Laura [2] a rappelé les racines cliniques et les variations dans la perception au cours de l'histoire de la psychiatrie. Cet auteur note qu'une hospitalisation interminable relève tout autant de la maladie que du contexte social.

Cette thématique n'a pas été traitée sous l'angle d'une vision globale, celle du sort fait aux psychotiques âgés. Les raisons du refoulement des conditions d'existence des psychotiques âgés, de leur devenir, en particulier lorsqu'ils se trouvent « déplacés »,

seront développées. Cette étude concerne une minorité sociale, somme d'individus plus que communauté, qui ne s'exprime pas, qui n'est pas sujette à la médiatisation. Les psychotiques âgés sont absents de toute histoire, ils sont les purs représentants « du vide, du rien, du vain » selon la formule de M. Foucault [3]. Ils font partie d'un monde invisible.

Partant d'une logique inverse, nous proposons d'éclairer la réalité de leur statut et de la mettre en perspective avec une histoire qui lui donne sens et met en cause les décideurs publics qui sont amenés à hiérarchiser les politiques de santé en fonction des âges et des pathologies. Dans ce contexte, les malades Alzheimer et les handicapés mentaux sont priorités. Il est nécessaire d'anticiper les besoins du fait du vieillissement de la population, y compris dans cette catégorie. Les psychiatres de service public impliqués dans le processus ne protestent guère de la « défausse » vers la médico-socialisation des prises en charge et de la délégation (de fait) des suivis confiés, dans la moitié des cas, aux médecins traitants¹ ; la bonne conscience des psychiatres et leur mandat social sont donc interpellés. Les établissements d'accueil sont confrontés au manque de culture dans ce domaine, ils demandent qu'on les aide à gérer cette situation plus qu'on ne la remette en cause. L'ouverture des Ehpad à ces personnes est une variable d'ajustement qui permet d'équilibrer le budget d'établissement sans qu'un véritable projet spécifique l'accompagne. À qui profite ce silence généralisé ? Les raisons sont d'ordre économique, par glissement d'un budget d'État à celui des conseils départementaux, et d'ordre public puisque l'envoi de psychotiques chroniques, qui n'ont plus leur place dans les structures psychiatriques, en maison de retraite leur évite la désocialisation, d'être « à la rue ». Les établissements sont donc les instruments d'un ordre social qui à la fois protège et exclut. Peut-on dans ce contexte parler d'un devoir d'alerte ? Nous ne sommes plus au temps des hospices, ni même à celui des maisons de retraite, mais des Ehpad, c'est-à-dire des établissements comportant un volet soin assuré par des médecins traitants cependant peu rompus à l'exercice de la psychiatrie. Dans ces établissements, les valeurs d'humanisation, de bienveillance, de tolérance et d'écoute sont promues, les locaux sont neufs ou rénovés. Malgré ces avancées et la bonne volonté des équipes, quelles sont les garanties pour les résidents psychotiques du respect des libertés fondamentales et de leur contrôle par des instances extérieures ? Nous interrogerons les savoirs profanes et d'essence médicale, les savoir-faire des équipes d'Ehpad et la dimension éthique dans l'accompagnement de ces résidents laissés pour compte.

Notre société est interpellée par le mode de traitement, au sens large, de minorités discriminées, objets de mesures hors du droit commun. L. Bonnafé, psychiatre désaliéniste, affirmait : « on juge le degré de civilisation d'une société à la façon dont elle

1. Le pourcentage varie en fonction des établissements, des secteurs et de la stabilisation de ces résidents. Dans certains Ehpad, le taux de suivi est de 20 %, dans d'autres de 80 % ; dans une enquête personnelle de 2015 portant sur 6 établissements, nous aboutissons au chiffre de 50 % qui représente la médiane.

traite ou maltraite ses fous et ses déviants ». On pourrait ajouter ses « vieux » et ses « fous vieux », formule plus juste que « vieux fous ». L'éclairage du passé, qu'il soit celui des hospices ou celui des asiles, peut être utile à la compréhension des enjeux idéologiques. L'association de deux formes de stigmates, la maladie mentale et l'âge, redouble le risque de mise à distance.

La situation des handicapés psychiques âgés est à la charnière des politiques sanitaires et médico-sociales et à l'interface des domaines de compétence du secrétariat d'État à la famille et des personnes âgées et du secrétariat d'État en charge des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion. À l'échelon régional, les schémas régionaux de l'organisation médico-sociale sont scindés en deux parties, l'une consacrée aux personnes âgées, l'autre aux personnes handicapées ! Autre risque de délaissement : la psychiatrie se désintéresse des psychotiques âgés et les confie au secteur médico-social au titre d'handicapés psychiques vieillissants. Les différents rapports sur le vieillissement des handicapés attribuent une place très marginale aux handicapés psychiques qui se trouvent dans une posture d'entre-deux, sortis de la psychiatrie et mal intégrés au secteur médico-social et au monde fermé du handicap ! Le sort réservé aux malades mentaux âgés n'est pas propre à notre époque soucieuse des deniers publics, y compris quand il s'agit du service public hospitalier. Il s'inscrit dans un invariant historique : la violence qui leur a toujours été faite. Une de ses formes les plus subtiles concerne, dans notre modernité, leur envoi en Ehpad, sans garantie que des soins spécifiques y seront distribués. Les pères fondateurs du « secteur » s'étaient opposés à une séparation administrative des soins entre pathologie aiguë et pathologie chronique, qui existe de fait.

Dans une étude commandée par le ministère de la Santé, P. Gohet [4] a établi un rapport sur les handicapés vieillissants, problème de santé publique qui n'a pas été suffisamment pris en compte par les décideurs. La partie du document consacrée aux handicapés psychiques (cf. Annexe p. 183) est congrue, non appuyée sur des données chiffrées. Sa lecture recèle une hiérarchisation au sein de la catégorie des handicapés et une mise à l'écart du rôle de la psychiatrie. La réponse de la ministre des Handicapés et de la prise en charge de l'exclusion, en responsabilité de répondre aux besoins de chaque catégorie, est imparable et peut paraître surprenante ; elle est cependant logique. La France s'est engagée, avec l'Europe, à s'inscrire dans une société inclusive et participative. Il n'y aura pas, de ce fait, de mesure spécifique à l'égard des populations handicapées vieillissantes. Le handicap ne relève plus d'une spécialité médicale mais d'une approche collective dans laquelle nous sommes tous impliqués de manière transculturelle et pluridisciplinaire. Les malades mentaux sont rangés sous la rubrique « handicapés » qui est déconstruite au nom d'une politique d'intégration : cette nouvelle dénomination porte en germe ambiguïté et inconvénients. Cette construction-déconstruction s'apparente au tour de passe-passe du jeu de bonneteau où le *tiers exclu* de l'ensemble « psychiatrie, société, handicapé psychique âgé » est le financement et la réponse diversifiée aux besoins. Le principe éthique sert de caution au

non-interventionnisme de l'État. Notons que quelques mois après cette déclaration, cette position de principe est démentie par les faits ; faisant référence au rapport Gohet, des appels à projet ont été lancés dans certaines régions pour transformer des lits d'Ehpad en unités pour handicapés vieillissants.

Certaines structures ayant regroupé les résidents psychotiques ou projetant de le faire sont en attente d'un appel à projet innovant, d'un agrément. La position première du ministère, en phase avec l'Europe, exemplifie le paradoxe clinique et social auquel tout praticien psychiatre ou gériatre est confronté pour parler de (et au nom des) psychotiques âgés. Soit ce groupe est socialement repéré, isolé, au prix de ségréguer, littéralement couper, mettre à part, soit l'identité de ses membres est déniée au risque d'un défaut de réponse adaptée, en l'occurrence de recours à des soins spécifiques.

La mise en perspective des logiques inclusives ou ségrégatives se retrouve à différents niveaux : faut-il créer des structures spécialisées pour la psychiatrie du sujet âgé ou ces patients relèvent-ils de la psychiatrie générale ? Les psychotiques âgés doivent-ils séjourner dans les unités de psychiatrie du sujet âgé, mêlés aux sujets très âgés et aux sujets présentant des troubles cognitifs majeurs (TCM), terme qui remplace celui de démence² ? Au sein des Ehpad, faut-il créer des unités de vie spécialisées regroupant les psychotiques âgés ? Enfin, faut-il concevoir des Ehpad dédiés à ces patients-résidents ou des unités de psychiatrie destinées à l'hébergement au long cours de ces patients dès lors qu'ils ne sont pas stabilisés ou refusent leur transfert ? La politique de santé actuelle justifie une organisation concertée et une lisibilité des actions transformatrices tendues vers l'amélioration de la qualité de vie apportée à cette catégorie de sujets.

Références

1. Bonnafé L. Préface. In : Le Guillant. *Quelle psychiatrie pour notre temps ?* Paris : Érès, 1984, p. 10.
2. Lantéri-Laura G. *La chronicité en psychiatrie*. Le Plessis-Robinson : Les empêcheurs de penser en rond, 1997, 93 p.
3. Foucault M. Préface. In : *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris : Gallimard, 2001, p. 191.
4. Gohet P. *L'avancée en âge des personnes handicapées. Contribution à la réflexion*. Rapport IGAS N° RM-2013, octobre 2013, 163 p, disponible en ligne.

2. Le terme de « démence » a plusieurs connotations qui légitiment son abandon : outre l'usage récent du mot comme superlatif, une équivalence à forcené, furieux, agité et la référence à l'exemption de responsabilité contenue dans l'article 64 du code pénal de 1810. Le mot reste usité y compris par nous dans notre développement !

1 Psychose chronique et logique de médico-socialisation

Un intérêt pour les psychotiques âgés ?

Les psychotiques âgés sont l'objet d'une négligence, qui tient d'une méconnaissance d'une partie de notre corps social. Cet oubli est celui des politiques publiques mais aussi, de plus en plus, des équipes de psychiatrie de secteur missionnées à d'autres tâches considérées comme prioritaires. Les psychotiques âgés sont de fait les oubliés de la société. J. Roblin *et al.* [1] indiquent que « 1 % seulement de la littérature s'intéressant à la schizophrénie est dédiée aux questions en lien avec l'avancée en âge », alors qu'une personne sur sept souffrant de cette affection est âgée de 65 ans ou plus. Certaines époques se sont passionnées pour les productions imaginaires, la poésie, le rêve, le délire, l'écriture automatique, les images sous psychodysleptique, le spiritisme. On honore A. Artaud, V. Van Gogh, C. Claudel, G. de Nerval, A. Hugo, dont les parcours sont décrits par J. Garrabé et F. Seidel [2], mais nombre de psychotiques sont réduits au silence en ignorant leur potentiel de créativité et en surlignant leur déficit. Redoublant cette posture, la logique gestionnaire impose de normaliser, de protocoller les suivis, au prix de gommer ce qui est de la singularité et de l'originalité de chacun.

Dans un article paru en 1977, M. Foucault [3] fait le projet d'un livre sur l'archéologie d'existences infâmes, au sens premier de « sans gloire », anonymes : « des vies qui sont comme si elles n'avaient pas existé, des vies qui ne survivent que du heurt avec un pouvoir qui n'a voulu que les anéantir ou du moins les effacer ». Existences amoindries dont nous sommes les témoins en tant que psychiatres qui adressent des patients dans les Ehpad, censés en assurer les suivis, mais aussi des agents participant aux instances du pouvoir.

Nous résumerons leur situation par la formulation de propositions qui ont chacune leur logique interne :

– *Les pouvoirs publics*, en l'occurrence le ministère de la Santé, ne se préoccupent guère de la catégorie des « psychotiques devenus âgés » qui vivent dans la communauté grâce à l'appui de soutiens familiaux et extrafamiliaux y compris associatifs qui