

D'où venons-nous? Où allons-nous?

Psychiatrie de la personne âgée en Suisse

Armin von Gunten^a, Dan Georgescu^b

^a Service Universitaire de Psychiatrie de l'Age Avancé, CHUV, Prilly-Lausanne

^b Bereich Alters- und Neuropsychiatrie, Psychiatrische Dienste Aargau AG, Brugg, Schweiz

Summary

Population aging is creating soaring numbers of elderly individuals suffering from mental conditions. In Switzerland, the last half century has seen the emergence of geriatric psychiatry (GA) in association with this growth. This field is currently being developed primarily towards healthcare for ill seniors and consultation-liaison services. As an interface-type medical field, focusing on all mental diseases affecting the elderly, GA must incorporate basic training in this field for a wide range of physicians and other caregivers. To this end, it was essential it became a recognized and identified branch of psychiatry. This recognition was formalized in 2006 with the creation of an extensive training scheme on psychiatry and psychotherapy for the elderly. GA represents a necessary branch of medicine in the continued struggle to reduce the Swiss Mental Health Gap and the double stigmatization of old age and mental illness. Great challenges await GA and our society at large in the fight against elderly mental disease, yet also in creating opportunities that undoubtedly exist when considering the inherent cultural richness of all elderly individuals, regardless of their health.

Key words: geriatric psychiatry; psychogeriatrics; history; Switzerland



Introduction

Le vieillissement est un phénomène naturel et presque ubiquitaire, mais beaucoup de connaissances à son sujet nous échappent encore. La longévité dans l'espèce humaine était probablement une adaptation qui a permis le développement culturel au cours de notre phylogénèse. Malgré nos connaissances insuffisantes sur les raisons et les mécanismes du vieillissement biologique, le vieillissement de la population est désormais une évidence et source d'inquiétude dans notre société, plus rarement source d'espoir.

Epidémiologie

Le phénomène du vieillissement démographique est mondial. Il touche avant tout les pays à revenu modéré mais atteint les extrêmes en termes d'âge médian populationnel dans des pays riches comme la Suisse. Pas loin de 20% de la population suisse est aujourd'hui à l'âge de la retraite. La croissance relative de la population est particulièrement forte dans les segments d'âge

les plus élevés: chez les personnes de 80 ans et plus dans le canton de Vaud, l'augmentation entre 2010 et 2040 est estimée à 120% alors qu'elle ne sera que de 22% dans la population en dessous de 65 ans [1]. Au cours des derniers 50 ans, le nombre de nonagénaires en Suisse a augmenté d'environ 25 fois et celui des centenaires d'environ 65 fois [2]. L'espérance de vie des femmes en 2050 sera de l'ordre de 90 ans. Presque 30% des habitants de l'UE aura plus de 65 ans contre 17,5% en 2011 [3]. La proportion («old-age dependency ratio») entre la population de 20 à 64 ans et celle de 65 ans et plus augmentera de 28,6% à 58,7% en 2050 [3] avec de plus en plus de personnes âgées vivant seules [4].

Regards différents sur le vieillissement

Définir le vieillissement uniquement chronologiquement est une réduction simpliste. En dehors de l'aspect chronologique, on peut regarder le vieillissement sous l'angle de la biologie, de la psychologie, de l'anthropologie, de l'histoire, voire de la subjectivité. Quoi qu'il en soit, le vieillissement comporte son lot de souffrance et la charge pathologique augmente en moyenne au fur et à mesure que l'âge avance. Si trois quarts de la population des personnes de 70 à 84 ans ont un profil de santé psychique qui est bon contre un quart qui a des difficultés psychiques ou psychosociales au sens large du terme, cette proportion s'inverse pour la population à partir de 85 ans [5]. Les pathologies psychiatriques sont donc fréquentes et cette fréquence globale augmente au fur et à mesure que l'âge avance.

Emergence de la psychiatrie de la personne âgée en Suisse

Ce constat ensemble avec celui de l'augmentation démographique explique pourquoi la psychiatrie de la personne âgée (PPA) est une branche émergente d'importance croissante. Cette évolution a été entre-aperçue en Suisse il y a plus d'un demi-siècle lorsqu'en 1963 le premier hôpital spécialisée dans les troubles mentaux de la personne âgée a été inauguré à Prilly/Lausanne. Le vieillissement est donc devenu un sujet politique. La PPA de l'époque était somato- et hospita-

Article proposé à l'occasion du 25^{ème} jubilé de la Société Suisse de Psychiatrie de la Personne Agée (SPPA)

locentrique, imprégnée par l'étiquette de la chronicité. Malgré ceci, elle était porteuse de l'espoir de réduire le nihilisme thérapeutique de l'époque précédente. L'évolution de l'approche de la PPA suisse a été caractérisée par la transformation de l'asile psychiatrique pour vieillard en hôpital pour patients âgés avec troubles psychiatriques. Un certain progrès dans le traitement et le développement parallèle de structures à vocation médico-sociale, a permis de réduire quelque peu l'hospitalocentrisme initial ce qui a abouti, à titre d'exemple, à la création du premier centre ambulatoire de PPA à Lausanne en 1969 et du premier hôpital de jour en 1972, environ dix ans avant que ce type de structures ne voie le jour pour la première fois en Suisse alémanique. A partir des années 1980, de plus en plus de cantons ont élaboré des planifications psychiatriques et des politiques de la vieillesse qui exigent des offres de PPA dans les domaines de l'hospitalier aigu, des structures intermédiaires et ambulatoires ainsi que de la consultation-liaison. Ces efforts étaient sensés remplacer progressivement les établissements traditionnels de PPA hospitalière de type long-séjour.

Interfaces

Dès le départ la PPA – appelée aussi psychiatrie gériatrique, psychogériatrie, psychiatrie de l'âge avancé, gérontopsychiatrie¹ – était une branche d'interface entre la psychiatrie générale, la gériatrie, la neurologie et les soins. Il n'est dès lors pas étonnant que, dès le départ, elle se soit ancrée dans les concepts de la multidisciplinarité. Mais les multiples interfaces du psychiatre de la personne âgée en tant que spécialiste en devenir ont été accompagnées de difficultés identitaires et d'émancipation qui ne sont toujours pas complètement résolues.

La psychiatrie de la personne âgée n'est pas seulement une psychiatrie des démences.

La PPA suisse s'est développée avec un point de départ romand en tendant de plus en plus vers l'ambulatoire et en se développant de plus en plus comme une psychiatrie de liaison et une spécialité avec un accent fort sur les troubles neurocognitifs (démences et autres syndromes psychiatriques organiques). Le credo, qui va trouver un renforcement ces prochaines années ou décennies, est celui d'aller plus encore vers le traitement de ces patients dans leurs contextes de vie que ce soit au domicile d'origine ou dans un établissement médico-social. Ce développement s'accélérera sur le plan suisse bien qu'il n'existe pas encore dans notre

pays un plan national de santé mentale chez la personne âgée. Cette orientation «mobile» trouve un exemple dans la psychiatrie de liaison si l'on considère que la majorité des personnes avec troubles psychiatriques ayant besoin d'une hospitalisation sont traitées en milieu psychiatrique si elles sont âgées de moins de 65 ans alors que le contraire est vrai pour les personnes âgées de plus de 65 ans [6]. Dans la plupart de nos institutions, la psychiatrie de liaison de l'adulte plus jeune est fortement développée contrairement à la PPA de liaison et ceci malgré les besoins chez l'âge [7] ce qui témoigne de la négligence relative de la prise en charge de la personne âgée qui n'a toujours pas été comblée dans notre pays. La PPA de liaison hospitalière n'a pas toujours un ancrage à l'hôpital, le modèle de base étant parfois communautaire; en d'autres termes, le psychiatre de liaison est un psychiatre ambulatoire qui consulte en hôpital. C'est une situation fréquente par ex. en Angleterre où les spécialistes réclament un modèle de PPA de liaison basée à l'hôpital général avec un mix professionnel reflétant la proportion entre patients jeunes et âgés et qui tienne compte de la nature multidisciplinaire des soins psychiatriques de la personne âgée [8].

«Jeunes vieux» versus «vieux vieux»

L'accroissement de l'âge s'accompagne d'une augmentation de la pathologie mentale, plus particulièrement des pathologies neurocognitives, comme par exemple de la maladie d'Alzheimer, et des troubles affectifs, en particulier la dépression. Ces pathologies ne sont pas seulement fréquentes en hôpital, mais surtout dans les EMS. En Suisse, on peut estimer qu'environ 40% des personnes en EMS souffrent d'une démence et environ un quart a une dépression significative [9]. La personne âgée représente véritablement le carrefour psychogériatrique se situant entre les pathologies démentielles et les pathologies dépressives.

Comme mentionné, la PPA n'est pas simplement une psychiatrie des démences. Ceci n'enlève rien au fait que le diagnostic et le traitement des patients souffrant d'une démence occupe une position importante dans la formation approfondie et continue en PPA. Les offres psychiatriques, à la fois hospitalières et ambulatoires en lien avec les démences, ont été introduites partout en Suisse, et environ deux tiers des cliniques de la mémoire en Suisse sont intégrées dans des structures de PPA qui adhèrent à une philosophie de soin biopsychosociale.

Dans un but didactique, on peut distinguer deux grandes sous-populations, une sous-population de «jeunes vieux» de 65 à 75 ans et une sous-population

¹ Des différences définitives peuvent exister entre ces termes selon certains auteurs.

de «vieux vieux» de 85 ans et plus. La population des retraités jeunes présente une vulnérabilité affective augmentée et doit s'adapter à la réalité de la retraite avec une crise identitaire, souvent normale et en général passagère, la perte du soutien affectif et du «moi professionnel», un taux de divorce en augmentation dans cette catégorie d'âge et des phénomènes qui s'accroîtront à l'avenir comme ceux liés à la migration. On assistera vraisemblablement à un effet de cohorte avec changement du profil psychologique dans le mesure où les pathologies du contrôle émotionnel et les dépendances – comme refuge émotionnel dans l'alcool, d'autres substances psychoactives ou la «cyberworld» – vont probablement augmenter en flèche dans les années ou décennies à venir [10]. Cette population croissante en nombre et de plus en plus fragile émotionnellement aura besoin d'accès à la prise en charge psychiatrique intégrée et à la psychothérapie. La PPA n'est définitivement pas seulement une psychiatrie du déclin cognitif. Les pathologies de l'âge ont des particularités non seulement épidémiologiques mais aussi cliniques. A titre d'exemple, on peut citer l'effet pathoplastique de l'âge sur l'expression clinique de la dépression qui est souvent pauci-symptomatique et atypique avec un risque de passage à l'acte suicidaire, en l'occurrence non-assisté ou assisté, bien plus important en comparaison avec les patients déprimés plus jeunes [11]. En passant, il est intéressant de noter que les manuels de classification des maladies ne tiennent guère compte de ces particularités liées à l'âge ce qui changera – un faible espoir persiste – avec l'édition de la nouvelle classification internationale des maladies, la CIM-11.

La PPA est plus facilement associée – et c'est faux dans l'absolu – à la 2^{ème} sous-population mentionnée, à savoir les «vieux vieux». Ces personnes très âgées ont souvent de multiples diagnostics, somatiques et psychiatriques, des capacités fonctionnelles réduites ainsi qu'une prévalence élevée de troubles cognitifs ou de démences. Notre société, et donc aussi la PPA, sera de plus en plus confrontée aux pathologies démentielles et les troubles du comportement et psychologiques nécessitant non seulement des analyses systémiques et multiaxiales, mais aussi des approches multidisciplinaires et multiaxiales complexes difficiles à mettre en œuvre.

La PPA institutionnelle en Suisse

Il n'y a pas de plan national suisse concernant la santé mentale en lien avec le vieillissement et les disparités cantonales sont majeures. A titre d'exemple, Vaud et Genève ont à peu près deux fois moins de lits de long

séjour pour mille habitants de 80 ans et plus que les cantons de Suisse centrale [12]. C'est un constat qui démontre possiblement des priorités différentes selon la géographie et non pas des différences a priori dans la qualité de la prise en charge. De même, le développement de la PPA ambulatoire peut être radicalement différent d'un canton à l'autre.

Prise en charge et âge en Suisse

En Suisse, un patient âgé de 65 ans a peut-être deux fois moins de probabilité d'être traité pour une pathologie psychiatrique qu'un patient entre 35 ans et 65 ans [9]. Relativement à la population plus jeune, la personne âgée avec un problème psychiatrique est moins souvent traitée par un spécialiste de la santé mentale. L'utilisation de somnifères chez 14% de la population de 65 ans et plus en comparaison à 6,3% de la population de 50 à 64 ans suggère d'importantes différences dans la pratique de prescription en fonction de l'âge et ne s'explique peut-être pas seulement par l'augmentation des troubles du sommeil chez les personnes âgées [9]. Les antidépresseurs sont moins souvent utilisés chez les personnes de 65 ans alors que les troubles dépressifs, certes, souvent pauci-symptomatiques et d'apparence mineure, augmentent avec l'âge. La prescription des psychotropes est majeure en Suisse, notamment dans les établissements à long-séjour et nécessite une investigation scientifique plus détaillée [13]. Sans vouloir tirer des conclusions hâtives concernant la qualité intrinsèque de la prise en charge des personnes âgées en comparaison aux plus jeunes, ces comparaisons interpellent, doivent être prises au sérieux et suivies d'analyses plus fines sous forme d'études focalisées.

L'investissement dans une formation de qualité en PPA en Suisse est crucial.

Ces dernières années, l'engagement de la Société de Psychiatrie de la Personne Agée (SPPA) dans l'élaboration de la «stratégie nationale en matière de démence 2014–2017» a eu un impact sur le développement de la PPA. Cette stratégie poursuit le développement des offres pour les patients atteints de démence à tous les stades de la maladie ainsi que de la qualité, de la compétence et de la recherche dans le domaine. L'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de démence et leurs proches et la prise en charge intégrée au long de l'évolution de ces maladies, du dépistage précoce jusqu'au traitement palliatif, est le but recherché, en harmonie avec la stratégie de santé publique «Santé 2020» du Conseil fédéral [14].

Un corrélat possible de cette évolution en soi fort favorable pourrait être celui de faire sortir du radar la personne âgée avec une maladie mentale non-démontielle et de la délaissier dans la catégorie des malades oubliés. C'est une tâche de la SPPA de faire en sorte que ceci n'arrive pas. En dehors du travail politique de lobbying, l'investissement dans une formation de qualité en PPA en Suisse est crucial.

Formation en PPA en Suisse

La PPA institutionnelle en Suisse a une longue tradition avec un noyau prenant son départ en Suisse romande qui a joué un rôle pionnier de cette branche en Suisse. Dans les années 80, la PPA a petit à petit pris son essor; une commission pour la PPA a été créée à l'intérieur de la Société Suisse de psychiatrie sociale. En 1991, l'association aujourd'hui appelée Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la personne âgée (SPPA) a été créée. La SPPA fête ses 25 ans en 2016. Le premier président de cette société était feu J. Wertheimer. D'autres pionniers de cette période sont, parmi d'autres, J. Richard, I. Reubi et N. Jovic. Dans un effort conceptuel, et afin de s'adapter progressivement aux besoins croissants, plusieurs révisions du programme de formation spécifique de la PPA ont été menées depuis le début des années 90. Après une bataille menée durant une dizaine d'années de pied ferme sous le sceptre d'E. Krebs-Roubicek, la formation approfondie de PPA a été acceptée comme sous-spécialité de la psychiatrie adulte par la chambre médicale suisse en 2005 avec mise en vigueur de ce titre en 2006. De ce fait, la SPPA jouait un rôle pionnier en Europe dans la mesure où la discipline n'avait guère de reconnaissance officielle en dehors des pays anglo-saxons où la spécialisation ou sous-spécialisation existaient déjà depuis quelques années. La formation approfondie suisse se déroule actuellement sur deux ans; elle est sanctionnée par un examen oral et écrit. Après l'introduction de la formation approfondie, le nombre des institutions de formation s'est aujourd'hui stabilisé pour permettre une couverture large en Suisse. 25 institutions sont en mesure d'offrir une formation approfondie en PPA dont seize dispensent une formation complète hospitalière et ambulatoire, dix ont une offre soit hospitalière soit ambulatoire et deux établissements offrent seulement une formation hospitalière de base. La PPA est une composante intégrée et obligatoire de la formation en psychiatrie adulte, recommandée par les associations internationales déjà en 2001 [15, 16], et en gériatrie. De même, dans la formation en soins palliatifs formalisée récem-

ment, la PPA joue un rôle dans la formation théorique et clinique.

Les nouvelles directives de formation en PPA n'ont pas seulement abouti à une meilleure qualité de la formation, mais elles ont aussi favorisé considérablement le développement des structures cliniques du fait des exigences imposées aux structures de formation (une caractéristique structurelle comme spécialité suisse). Il y a donc des structures psychogériatriques dans la majorité des cantons de notre pays. En tant que branche FMH-ISFM, la PPA est aussi une branche qui est enseignée dans les facultés de médecine de Suisse. Aux universités de Lausanne, Genève et, plus récemment Berne, des ordinariats de PPA ont été créés ce qui devrait contribuer à une meilleure représentation de l'enseignement de cette branche dont les sujets sont omniprésents en pratique médicale.

25 institutions sont en mesure d'offrir une formation approfondie en psychiatrie de la personne âgée.

En tant que branche d'enseignement, la PPA doit définir un corpus d'enseignement spécifique. En dehors des ouvrages internationaux, il est important de citer le premier livre de psychogériatrie écrit par C. Müller et J. Wertheimer et édité en 1969. Notons l'édition d'autres ouvrages suisses subséquents comme le livre de N. Jovic et A. Uchtenhagen publiée en 1988 et 1992 et l'abrégé de psychiatrie de l'âge avancé édité en 2010 sous l'égide de P. Giannakopoulos et M. Gaillard. Organisées par la SPPA, des recommandations thérapeutiques dans différents domaines particulièrement importants pour cette branche sont soit déjà élaborés soit en voie d'élaboration et concernent les troubles comportementaux et psychologiques des démences, les états confusionnels aigus et les troubles affectifs. Peut-être nous trouvons-nous à la veille de la création d'un ouvrage standard national suisse.

En hommage à J. Wertheimer, le premier détenteur de la chaire de PPA à l'Université de Lausanne et pionnier reconnu internationalement en PPA, la SPPA a créé un prix de développement afin de récompenser une fois par année un travail de recherche d'excellence ou encore un projet innovateur en PPA.

La PPA suisse et la mouvance internationale

Dès le départ, la PPA en Suisse a soigné l'échange avec les pionniers dans les pays avoisinants et les organisations internationales. Ainsi convient-il de mentionner

les consensus de Lausanne qui correspondent à des recommandations internationales éditées conjointement par la section de PPA de la World Psychiatry Association (WPA) et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dont le service de Lausanne est le seul centre collaborateur, sur la plan mondial, en PPA. Outre les liens étroits qu'elle entretient au sein de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP), dont elle est membre affilié, et de la Société Suisse de Gérontologie (SSG), dont elle est société sœur, la SPPA est aussi engagée dans d'autres organisations suisses qui œuvrent dans le domaine du grand âge. Une implication active de la SPPA ou de ces membres dans les organisations internationales comme la Société de psychogériatrie de langue française (SPLF), la «European Association of Geriatric Psychiatry» (EAGP) – dont elle est membre corporatif depuis 2013, les sections de PPA de la «European Psychiatric Association» (EPA) et de la «World Psychiatric Association» (WPA), et l'International Psychogeriatric Association (IPA) contribuera à la consolidation de la PPA en tant que branche avec des curricula de formation spécifiques et à terme à une meilleure coordination entre les pays ainsi qu'à l'essor de la discipline encore largement sous-développée dans maintes régions européennes selon le constat du «European Silver Paper» [17] et de l'IPA [18], sans parler de l'état souvent au mieux embryonnaire de la PPA dans beaucoup d'autres pays selon la WPA. L'importance de la santé mentale des personnes âgées est reconnue par l'OMS dont témoigne le récent «World Report on Aging and Health» [19].

La pauvreté s'ajoute comme 3^{ème} déterminant à la double stigmatisation de l'âge avancé et celle de la maladie mentale.

Ainsi la PPA suisse s'intègre dans une mouvance européenne et internationale visant à continuellement améliorer les soins des patients âgés ayant un trouble mental. Bien que la maladie mentale de l'ainé ne représente plus la part la plus sombre de la psychiatrie, une triste réalité il y a un siècle encore aux dires de Kraepelin, la progression de la PPA en Europe varie considérablement entre les pays [20]. Ces différences s'avèrent majeures quant au niveau d'organisation des systèmes de santé publique, à la formation spécifique à tous les niveaux de l'éducation médicale et de soins, au status de la discipline à l'intérieur de la communauté psychiatrique et, plus généralement, médicale, et à l'existence d'unités ou de départements académiques. Un haut niveau de développement de la discipline de tous les domaines précités se trouve dans une partie des nations européennes, mais dans la

majorité des pays une position forte semble absente et le soin des personnes âgées avec troubles mentaux entre les mains des généralistes ou gériatres. Une corrélation apparaît entre la reconnaissance de la PPA comme sous-spécialité de la psychiatrie et la présence d'un curriculum de formation et les soins prodigués par les services spécialisés en PPA. Mais même dans les pays avec un haut niveau de développement dans ce champ spécifique de la médecine, les besoins d'évolution continuent à se faire sentir et doivent être suivis de développements appropriés afin de faire avancer la discipline et d'assurer une formation adéquate [21]. Malgré les vastes différences entre pays européens, le nombre d'unités PPA a clairement augmenté au cours de la dernière décennie et trois-quarts des pays répondants ont une offre de soins ambulatoire. De plus en plus de psychiatres s'impliquent dans le soin de patients déments, mais la collaboration est globalement insatisfaisante. La discrédence entre les besoins des personnes âgées avec une maladie mentale et l'offre de soins reste importante, voire abyssale dans de nombreux pays.

Quelques difficultés et défis

La double stigmatisation

Deux raisons principales expliquent la discrédence entre les besoins des malades mentaux âgés et l'offre de soins. Il s'agit de la présence de professionnels de la santé mentale en nombre suffisant et les attitudes sociales envers l'âge avancé en général et envers la maladie mentale des aînés en particulier. Cette dernière catégorie de personnes porte le sigle de la double stigmatisation, celle contre l'âge avancé et celle contre la maladie mentale. Cette stigmatisation avec sa discrimination et les attitudes négatives envers les malades mentaux âgés contribue au moins en partie à la difficulté d'accès aux soins, à la pauvre qualité du traitement, à la marginalisation des âgés dans le système de soins, à la faible reconnaissance des professionnels ou service de cette branche, au problème de recrutement de bons professionnels, au financement insuffisant au niveau à la fois local et national et l'inadéquation du remboursement pour le traitement [22]. A noter que l'on peut aussi parler de triple stigmatisation lorsque la pauvreté s'ajoute comme 3^{ème} déterminant à la double stigmatisation de l'âge avancé et celle de la maladie mentale. C'est un problème majeur dont l'OMS a reconnu l'ampleur et l'importance [23]. Au phénomène de la stigmatisation de la personne âgée souffrant d'une maladie mentale s'ajoute celle des psychiatres et des autres soignants en psychiatrie, des institutions psychiatriques et des traitements psy-

chiatriques. Le patient lui-même a peur de la stigmatisation ce qui rehausse le seuil de sa prise en soins par les services psychiatriques [24].

Pénurie de professionnels

En dehors de l'évolution démographique et les besoins croissants en terme de soins psychiatriques de la personne âgée, nous nous trouverons confrontés en PPA à des problèmes tels que la pénurie médicale en Suisse, la pénurie de soignants non médecins, la pression professionnelle migratoire ainsi qu'une bureaucratie galopante et une couverture financière insuffisante pour la prise en soins adéquate de patients multi-morbides en situation de soins complexes. Malgré ceci, un des enjeux de la PPA à l'avenir sera celui de maintenir, voire d'accroître les exigences de la formation et les compétences des représentants de cette spécialité qui devront être à l'aise en psychothérapie comme en neuroscience clinique. La PPA restera une branche carrefour et devra continuer à mener son combat identitaire qui se situe dans le champ de tension entre la psychiatrie générale, la gériatrie, la neurologie, la gérontologie et la psychologie.

La question identitaire

Afin d'éclaircir le point de la question identitaire, considérons un instant, à titre d'exemple, le carrefour entre la psychiatrie adulte générale et la PPA. S'il est peu contesté que la PPA fait partie de la psychiatrie adulte, qui est donc sa branche-mère, la spécificité de la PPA est souvent mise en doute par les psychiatres généralistes. La question de l'utilité de la prise en charge des patients âgés avec une pathologie psychiatrique dans des unités séparées de celles conçues pour les adultes plus jeunes est souvent débattue, par exemple dans le cas de la tendance au démantèlement des services hospitaliers de PPA en Angleterre [25]. Les résultats de la prise en charge des personnes âgées dans des services généraux («ageless», «age-inclusive», «age-blind») étaient moins bons en comparaison aux services de PPA [26, 27] ce qui reflète l'évidence historique que les soins s'amélioraient dans les situations où les psychiatres gériatriques qui défendaient leurs patients étaient entendus [28]. Égalité par rapport à l'âge («age-equality») est la devise que les psychiatres gériatriques défendent ce qui est très différent de l'attitude mettant en avant la cécité devant l'âge («age-blind») qui dilue les différences et réintroduit ou rehausse la discrimination tant que la stigmatisation et la négativité envers les personnes âgées avec un trouble mental persistent. Les décisions ne devraient pas être idéologiques mais basées sur de solides études qui sont encore insuffisantes en nombre. De nouveaux

modèles basés sur des critères autres que l'âge chronologique seulement (types de pathologies, notamment cognitifs, polymorbidité, complexité, problématiques liées à l'âge, compétences diagnostiques et thérapeutiques) sont envisageables et méritent investigation et discussion [29].

Mais malgré les progrès accomplis dans la prise en charge des personnes âgées et malgré la prise de conscience de la réalité épidémiologique du vieillissement, de vieux clichés persistent ou, enfouis momentanément, refont rapidement surface. Ils rappellent à certains égards l'historique de l'évolution de la discipline en Angleterre [28]. Dans les années 50, les personnes âgées n'étaient pas évaluées dans les services hospitaliers pour être d'emblée parquées dans les unités de type long-séjour. Au Crichton Royal Hospital à Dumfries, l'expérience qui consistait à admettre les patients âgés ensemble avec les plus jeunes s'est avérée un échec. Leurs besoins étaient différents de ceux des plus jeunes (présentations cliniques différentes, polymorbidité, pharmacothérapie différente, réhabilitation plus lente) et le personnel ni préparé ni formé. Jusque dans les années 1970, il était considéré que l'admission des personnes âgées dans une unité mixte était trop stressante pour les patients plus jeunes et négative pour le service; le contraire n'était pas envisagé. Les psychiatres gériatriques devaient lutter contre les préjugés des psychiatres généralistes dont certains continuaient à dire que «*psychogeriatrics is a dead end job for which no psychiatrist in his right mind applies*». ² Dans les années 80, les attitudes n'étaient que marginalement améliorées et cette réalité, sous une forme atténuée, persiste jusqu'à nos jours [28].

La spécificité de la PPA est souvent mise en doute par les psychiatres généralistes.

L'existence de services spécialisés en PPA, voire d'une chaîne thérapeutique plus ou moins complète, qui soient en mesure de fournir une formation adéquate du personnel nécessaire fait partie des évidences si l'on veut favoriser une bonne adéquation de la prise en soins des personnes âgées malades mentalement fournie non seulement par les psychiatres gériatriques, mais l'ensemble des professionnels appelés à soigner ces patients [18, 30]. En effet, ce n'est pas le psychiatre gériatrique qui soignera la totalité des patients âgés avec une maladie mentale mais souvent le psychiatre généraliste qui se doit, par conséquent, d'avoir une formation de qualité dans le domaine de la PA.

² Citation dans Hilton, 2015 tiré de l'article de White DMD. What's wrong with psychogeriatrics? Psychiatr Bull 1979; 3:89-90.

La PPA et le tiers

La dyade classique entre le patient et le médecin est la même comme partout ailleurs en médecine. C'est le mode privilégié permettant de traiter les patients individuellement et de manière consensuelle. Cependant, des obstacles peuvent se dresser sur le parcours de l'établissement d'une relation dyadique de confiance entre le patient et le psychiatre. Ils sont de nature variée et certains appartiennent au patient, d'autres au médecin. Contentons-nous d'en citer quelques-uns comme la banalisation, le déni ou l'anosognosie du côté du patient et la double stigmatisation continue du patient par l'âge («ageism») et la maladie mentale du côté des soignants (cf. [23]; cf. aussi ci-dessous sous «Swiss mental health gap»).

La dyade privilégiée entre le soignant et le patient ne peut alors pas s'établir ou elle est fragile et souvent battue en brèche. Une fois établie, l'ouverture de la dyade pour laisser, voire faire entrer un tiers est justifiée à posteriori si le patient le demande ou s'il l'accepte comme conséquence de ses besoins systémiques. C'est une situation récurrente surtout dans le cas de la sous-population des «vieux-vieux» dont la dépendance fonctionnelle les met en position de fragilité qui doit être compensée par la présence et l'intervention des proches aidants. Cette dépendance et fragilité peuvent être de nature variée, par ex. physique, cognitive ou affective, et cette nature co-détermine la propension du patient à souhaiter, à accepter ou, au contraire, à s'opposer à l'ouverture de la dyade. Cette propension détermine donc la possibilité d'établir la dyade et la nature de la dyade. Nous pensons alors au patient avec une pathologie mentale qui ne veut ou ne peut pas accepter de l'aide. Le patient polymorbide et anosognosique présentant une pathologie cognitive avec un syndrome comportemental et psychiatrique est ici un prototype pour qui l'aide donnée ou tentée par le médecin peut s'avérer fort complexe, difficile et parfois frustrante.

Les personnes âgées sont moins souvent traitées, moins souvent bien traitées et moins souvent traitées par des spécialistes.

C'est dans ces situations que le tiers – toujours vu du point de vue de la dyade patient-médecin – joue un rôle de plus en plus prépondérant. Le tiers est, bien sûr, d'abord le conjoint ou d'autres membres de la famille confrontés à la rupture de l'équilibre antérieur par l'intrusion de la pathologie neuropsychiatrique. La nécessité d'atteindre un équilibre constamment changeant met tous les proches devant un défi majeur et pousse certains au bord du gouffre. Les proches ont besoin

d'aide concrète et d'un soutien psychologique. Si tous se battent vaillamment et leur présence et leurs interventions sont en général bénéfiques, il y a une proportion croissante qui, dans un mouvement soit justifié (les prises en charge sont malheureusement parfois inadéquates) soit projectif, prennent les médecins et d'autres soignants en cible. L'introduction de la nouvelle loi sur la protection des adultes semble avoir contribué à cette tendance qui n'épargne aucune branche de la médecine mais qui est particulièrement forte en PPA en lien avec la nature de la pathologie mentale de l'âge qui entrave fréquemment la capacité de discernement et d'auto-détermination de nos aînés. L'interférence dans les efforts de soins par ce «tiers», bien que favorable dans la majorité des situations, peut parfois s'avérer néfaste.

En dehors de la famille, d'autres tiers s'introduisent ou s'immiscent dans la dyade privilégiée entre le patient et son médecin. C'est le cas des assureurs dont la pression au quotidien augmente constamment, de la bureaucratie galopante et franchement effrayante, de l'économicisation accélérée de la médecine (et ses répercussions sur la qualité des soins, l'équité dans l'attribution des ressources et dans l'accès aux prestations ainsi que sur la protection des données médicales), de la présence d'instances de contrôle en multiplication rapide et l'interface forensique omniprésente. La présence de nouveaux acteurs à plus-value questionnable, comme par ex. les avocats commis d'office en lien avec les PAFA sont un point de cristallisation de certaines contradictions de notre société mettant au centre le droit à l'autodétermination du sujet ce qui est souvent en contradiction flagrante avec les possibilités réelles de certains de nos malades âgés les plus touchés. La nature de la problématique engendrée par la maladie mentale chez l'aîné propulse la PPA vers le devant de la scène comme point de cristallisation du débat éthique de notre société. Cette cristallisation des contradictions sociétales sera une chance dans certains contextes et une prise en otage du soignant en PPA dans d'autres contextes. Un observatoire de ces évolutions sur le plan suisse semble tout aussi nécessaire que le suivi d'un des aboutissements de nos contradictions sociétales qu'est le suicide assisté. Le suicide chez la personne âgée a la plus grande incidence relative aux autres âges et la proportion du suicide assisté devient de plus en plus importante [31]. Il est donc fort probable qu'un nombre non négligeable de ces suicides assistés concerne des personnes qui ont une pathologie psychiatrique potentiellement traitable, voire guérissable. C'est un des défis de la société actuelle et donc aussi un défi pour la PPA. S'il existe un «mental health gap» mondial, défini par l'OMS comme l'accès fortement limité au traitement

psychiatrique dans les pays en voie de développement économique, il semble exister aussi un certain «Swiss mental health gap» [32], expression se référant à l'observation que les personnes âgées en Suisse, en comparaison aux plus jeunes, sont moins souvent traitées, moins souvent bien traitées et moins souvent traitées par des spécialistes malgré le nombre élevé de pathologies mentales à l'âge avancé.

Conclusions

A l'avenir, les défis – certains menés à bien, certains autres peut-être perdus – ne manqueront pas pour la PPA et encore moins pour la société qui doit réellement commencer à se soucier de l'épidémie de vieillissement et transformer cette épidémie en une opportunité. Le discours ci-dessus centré de par la nature de l'approche en médecine sur ce qui ne va pas ne doit pas faire oublier que de nombreuses personnes vieillissent fort bien et possèdent ou développent des compétences de résilience remarquables jusqu'à des âges

très avancés. Elles restent actives et performantes dans de nombreux domaines ce qui ne peut pas étonner vraiment au vu de l'expérience accumulée tout au long d'une longue vie. Même accompagné de maladies, l'âge avancé et très avancé est souvent associé à une bonne qualité de vie subjective dans différents milieux de vie dépendant de paramètres émotionnels et affectifs plus que cognitifs ou somatiques [33–35]. Les opportunités existent donc si l'on considère la richesse culturelle et le vécu cumulé extraordinaire que nos personnes âgées, malades ou non, peuvent représenter pour notre société. Les problèmes et les défis ne doivent pas pour autant être occultés.

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

La liste complète des références est publiée dans la version en ligne de cet article sur www.sanp.ch.

Correspondance:
Prof. Dr méd.
Armin von Gunten
Département de psychiatrie
du CHUV
Service universitaire de
psychiatrie de l'âge avancé,
Site de Cery
Route du Mont
CH-1008 Prilly-Lausanne
[armin.von-gunten\[at\]
chuv.ch](mailto:armin.von-gunten[at]chuv.ch)