Ce rapport exprime les vues collectives d'un groupe international d'experts et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
SÉRIE DE RAPPORTS TECHNIQUES

N° 171

**PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE
RELATIFS A LA SÉNESCENCE
ET AUX PERSONNES ÂGÉES**

**Sixième rapport
du Comité d'experts de la Santé mentale**

	Pages
1. Ampleur du problème	4
2. Facteurs qui sont à l'origine des problèmes envisagés . . .	13
3. Protection et promotion de la santé mentale chez les personnes âgées	22
4. Classification et pronostic des maladies mentales de la vieillesse	28
5. Organisation des services de santé mentale destinés aux vieillards	36
6. Thérapeutiques particulières et réadaptation	48
7. Formation du personnel et organisation de la recherche . .	52
8. Résumé des recommandations	53

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

PALAIS DES NATIONS

GENÈVE

1959

COMITÉ D'EXPERTS DE LA SANTÉ MENTALE *

Genève, 1^{er}-6 septembre 1958

Membres :

- D^r E. Braga, précédemment à la Rockefeller Foundation, Rio de Janeiro, Brésil (*Rapporteur*)
- D^r A. Querido, Professeur de Médecine sociale à l'Université d'Amsterdam ; Directeur de la Santé publique et des Hôpitaux de la Ville d'Amsterdam, Amsterdam, Pays-Bas
- D^r A. Repond, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey (Valais), Suisse (*Président*)
- D^r C. A. Roberts, Médecin-Chef de l'Hôpital protestant de Verdun, Montréal, Canada (*Rapporteur*)
- D^r T. Sjögren, Professeur de Psychiatrie, Karolinska Mediko-Kirurgiska Institutet, Stockholm, Suède
- D^r A. V. Snejnevsky, Professeur et Chef du Département de Psychiatrie, Second Institut de Médecine de Moscou, Moscou, URSS

Secrétariat :

- D^r E. E. Krapf, Chef du Service de la Santé mentale, OMS
- D^r J. Peterson, Directeur de la Division de l'Organisation des Services de Santé publique, OMS
- D^r Maria Pfister, Service de la Santé mentale, OMS (*Secrétaire*)
- D^r Martin Roth, Professor of Psychological Medicine, University of Durham, Newcastle upon Tyne, Angleterre (*Consultant*)

* Personne invitée mais n'ayant pu assister à la réunion :

- D^r Tigani El Mahi, Senior Psychiatrist, Ministry of Health Clinic for Nervous Disorders, Khartoum-Nord, Soudan

Ce rapport a paru primitivement sous forme de document photocopie (WHO/MENT/175).

IMPRIMÉ EN SUISSE

PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE RELATIFS À LA SÉNESCENCE ET AUX PERSONNES ÂGÉES

Sixième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale *

Le premier rapport du Comité d'experts de la Santé mentale soulignait la nécessité d'inscrire dans les programmes de santé publique l'obligation de sauvegarder la santé mentale de la collectivité au même titre que sa santé physique.¹ Comme l'a brièvement exposé le deuxième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale,² l'assistance aux personnes âgées constitue l'un des domaines qui offrent le plus aux services de santé publique l'occasion d'appliquer les principes de la santé mentale. Il faut remarquer, d'autre part, que les questions de santé mentale relatives à la sénescence et aux personnes âgées revêtent une urgence croissante dans beaucoup de pays, et c'est pourquoi la présente réunion leur a été entièrement consacrée.

Le vieillissement des populations crée d'ores et déjà une situation nouvelle dans certains pays, tandis que d'autres auront d'ici peu à faire face à la même échéance. En effet, à mesure que les niveaux de vie s'améliorent grâce au progrès médical et social, la proportion des personnes âgées augmente. C'est ainsi que, si le vieillissement d'une population suscite de nouveaux problèmes, il reflète en même temps les progrès accomplis. La majorité des êtres humains voient s'ouvrir devant eux la perspective d'une vie plus longue et plus riche ; du même coup, la société peut compter sur une plus longue période de productivité de la part de ses membres et sur le fonds d'expérience que lui apporte ce nombre grandissant de personnes âgées.

* Au cours de sa vingt-troisième session, le Conseil exécutif a adopté la résolution suivante :

Le Conseil exécutif

1. PREND ACTE du sixième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale sur les problèmes de santé mentale relatifs à la sénescence et aux personnes âgées ;
2. REMERCIE les membres du Comité du travail qu'ils ont accompli ; et
3. AUTORISE la publication du rapport.

(Résolution EB23.R36, *Actes off. Org. mond. Santé*, 1959, 91, 19)

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1950, 9, 7

² *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1951, 31, 35

Toutefois, il reste à exploiter pleinement les possibilités ainsi offertes par l'accroissement de durée de la vie humaine que l'on a enregistré dans de nombreux pays au cours du dernier demi-siècle. Les attitudes sociales, les usages et les systèmes d'éducation n'ont pas évolué parallèlement à la répartition de la population par âge. Cette situation nouvelle implique donc, sur le plan de la santé mentale, un double effort : consolider la santé mentale des intéressés eux-mêmes et rendre la société plus consciente de leurs besoins et de leurs possibilités.

La santé mentale des personnes âgées pose des problèmes complexes, qui ne sont pas ceux de la société dans son ensemble et qui ne ressortissent pas uniquement à la médecine. C'est pourquoi le Comité a jugé nécessaire de situer dans leur contexte démographique, épidémiologique, social et médical les problèmes de santé mentale relatifs à la sénescence et aux personnes âgées avant d'examiner les moyens de protéger et d'améliorer la santé mentale de ces personnes et d'atténuer ou de guérir les maladies mentales dont elles peuvent être atteintes.

Bien que les services sanitaires et sociaux de quelque pays que ce soit n'aient eu jusqu'ici à s'occuper que d'une faible fraction du nombre total des vieillards, ils sont déjà, dans certaines régions, débordés par les exigences croissantes de l'assistance aux personnes âgées. Le Comité a donc examiné spécialement l'organisation des activités de santé mentale dans le cadre d'un programme complet de services gériatriques. Un principe domine la matière : les personnes âgées doivent, dans la mesure du possible, continuer à vivre chez elles. Elles recevront en cas de besoin une assistance à domicile et, lorsque les nécessités du traitement exigent un séjour hors de leur foyer, sa durée doit être réduite au minimum. Les délibérations ont fait ressortir qu'une plus large application de cette politique bénéficierait aux personnes âgées elles-mêmes et soulagerait les services sanitaires et sociaux.

1. AMPLEUR DU PROBLÈME

1.1 Situation démographique

Le présent problème ne peut être compris que s'il est rapporté à l'évolution de la composition par âge des populations. Les préoccupations actuelles datent probablement du rapide accroissement du pourcentage des personnes âgées qui s'est produit dans certains pays européens au début du siècle. Au cours des cent années précédentes, la population de la plupart de ces pays avait enregistré une augmentation rapide. Mais, avec la chute profonde de la natalité qui se produisit au début du siècle dans un grand nombre de pays industrialisés de l'Europe occidentale, un nouveau phénomène fit son apparition. Le pourcentage des personnes âgées monta en flèche et, du fait de l'exode des jeunes vers les villes, les effets sociaux et médi-

caux du vieillissement se firent sentir avec plus d'acuité dans les campagnes.

Les études faites sur l'accroissement des populations montrent que ce phénomène suit un cycle dans lequel on peut distinguer un certain nombre de phases générales. Dans la première phase, une natalité élevée est partiellement compensée par une mortalité élevée. Une grande partie du continent africain, l'Indonésie, l'Iran et certaines parties de l'Amérique du Sud se trouvent probablement aujourd'hui à ce stade de leur développement démographique. La seconde phase s'amorce quand la mortalité commence à baisser tandis que la natalité reste élevée, si bien que la population ne cesse de s'accroître. C'est ce qui se produit actuellement dans un certain nombre de pays d'Asie. D'autres ont probablement déjà atteint la troisième phase, dans laquelle la natalité commence aussi à baisser, tout en restant supérieure à la mortalité, et la population continue à augmenter. Parmi les populations qui en sont à ce stade, on peut citer celles de l'URSS, d'une grande partie de l'Europe orientale et du Japon. Finalement, un faible taux de mortalité fait équilibre à un taux de natalité également faible, et la population est à nouveau stationnaire.

Les pays hautement industrialisés commencent à s'inquiéter de la fraction croissante de la population que représentent les vieillards. Dans aucun d'entre eux, pourtant, la proportion des personnes de 65 ans et plus n'a encore atteint le niveau qu'elle doit atteindre d'après les chiffres de mortalité actuels pour une population stable — niveau qu'il est d'ailleurs peu probable qu'elle atteigne avant quelques dizaines d'années.

On estime souvent que le fardeau économique constitué par les vieillards deviendra rapidement plus lourd dans certains pays. Il est cependant improbable que la proportion des personnes à charge — c'est-à-dire la population inactive, âgée de moins de 15 ans et de 65 ans et plus — subisse des modifications importantes dans les nations « vieilles » avant quelques décennies au moins. De plus, de nombreuses personnes âgées, quoique n'occupant pas un emploi rémunéré, continuent d'être utiles à la société.

En revanche, on peut craindre pour un avenir plus proche qu'une rapide multiplication des maladies mentales et physiques chroniques ne vienne surcharger les services de santé. En effet, le vieillissement de la population tend à augmenter le nombre des invalides physiques et mentaux. On ne serait cependant pas fondé à en conclure que la médecine favorise artificiellement la survie de vieillards qui ne sont plus capables de jouer le moindre rôle utile dans la société. Bien qu'on puisse raisonnablement s'attendre pour plus tard à une élévation du taux d'invalidité dans les pays où les groupes d'âges élevés constituent une proportion croissante de la population, des statistiques suédoises communiquées au Comité donnent à penser que l'accroissement escompté dans ce pays peut avoir été plus que compensé par le progrès social et médical : en fait, la proportion des vieillards invalides a accusé une diminution progressive au cours des trente à quarante dernières années.

En résumé, le Comité a conclu que, si le vieillissement des populations soulève bien certains problèmes sérieux, on a eu tendance à exagérer les dangers qui pourraient en résulter. Lorsqu'on aborde les problèmes suscités par la proportion croissante de personnes âgées dans de nombreuses populations, il ne faut pas oublier que ce vieillissement est un corollaire naturel du progrès social.

1.2 La santé mentale des personnes âgées dans les civilisations en voie de transformation

On entend souvent affirmer que, si dans de nombreux pays les personnes âgées représentent un fardeau de plus en plus lourd pour les hôpitaux et les services sociaux, c'est en grande partie à cause de l'affaiblissement du sens de la famille et de la dislocation de la famille au sens large du terme. Or des enquêtes sociologiques ont montré que cette opinion demandait à être révisée.

En effet, toutes les études sérieuses qui ont été faites dans les pays industrialisés ont surabondamment prouvé la persistance de l'amour filial. La grande majorité des vieillards continuent à entretenir des rapports réguliers avec leurs enfants, leurs proches et leurs amis. Il n'en reste pas moins que l'industrialisation et l'urbanisation favorisent la mobilité sociale et géographique, avec cette conséquence qu'un certain nombre de personnes âgées se trouvent en grande partie privées de contacts humains, surtout dans les grandes villes. La proportion de ces isolés a été diversement estimée à 10-20 % de l'ensemble des vieillards. Il importe cependant de souligner que, même en l'état actuel des choses, la petite fraction (3 à 4 %) de personnes âgées qui sont soignées dans des institutions représente une lourde charge pour les services sanitaires et sociaux de la plupart des pays avancés. Il faut mentionner aussi un groupe marginal, numériquement plus important, de vieillards dont le maintien au sein de la collectivité est précaire et n'est assuré qu'au prix de grands sacrifices de la part de leurs parents ou amis. Si cet équilibre instable venait à être rompu, il en résulterait un fardeau écrasant pour les services sanitaires et sociaux.

L'une des indications les plus frappantes et les plus objectives qu'on possède sur les effets de l'isolement relatif est fournie par les chiffres cités pour l'Angleterre-Pays de Galles dans le rapport du Comité Guillebaud.¹ En comparaison des demandes d'admission de célibataires et surtout de veufs et de veuves, la proportion des personnes mariées âgées de 65 ans et plus qui se trouvent dans l'ensemble des hôpitaux est relativement faible. De fait, dans cette dernière catégorie de personnes, la proportion des hospitalisés n'augmente pas très sensiblement avec l'âge et n'atteint pas

¹ Great Britain, Committee on Enquiry into the Cost of the National Health Service (1956) *Report ...*, London

des niveaux élevés, même au-delà de 75 ans. En Angleterre-Pays de Galles, les deux tiers des lits des hôpitaux généraux et psychiatriques qui sont occupés par des personnes de plus de 65 ans sont pris par des isolés (célibataires, veufs et divorcés). Les célibataires qui représentent 12,6 % de la population âgée de 65 ans et plus, représentent 55,4 % des admissions dans les hôpitaux psychiatriques pour cette classe d'âge. Procurer davantage de contacts humains à ceux qui n'ont ni parents ni amis doit donc être l'un des objectifs prioritaires de toute action préventive en faveur des vieillards dans la collectivité.

Plusieurs des difficultés que doivent affronter les personnes âgées ont leur source dans divers phénomènes sociaux. En effet, dans certains pays industriels, la vieillesse a perdu de son prestige et la jeunesse fait prime. Le sentiment d'isolement des vieillards peut s'en trouver aggravé. Mais surtout, l'évolution sociale que reflètent ces changements a abouti, sans plan préconçu, à constituer des collectivités sans vieillards et d'autres qui ne comptent guère que des vieillards. Il y a des raisons de penser que, dans l'un comme dans l'autre cas, le déséquilibre des âges est nuisible à la vie sociale et à la santé mentale.

On a soutenu que la famille restreinte est la mieux adaptée aux besoins sociaux et économiques de certaines civilisations industrielles, et ce serait là la raison essentielle de l'effritement de la famille à trois générations. On fait observer, par exemple, que le système traditionnel dans lequel le fils prenait la relève du père ne convient plus dans une société qui exige que les jeunes soient libres de suivre les fluctuations du marché du travail sans être entravés par les devoirs et obligations complexes que comporte la famille au sens large. Quel que puisse être le bien-fondé de cette thèse, plusieurs auteurs ont montré que la famille à trois générations est restée très vivante, même en plein cœur des grandes cités, et que le type de rapports humains qu'elle favorise a la préférence d'une aussi grande proportion de jeunes que de vieux. Lorsque les distances à parcourir ne sont pas trop grandes, les générations continuent à remplir les unes envers les autres leurs devoirs traditionnels. Comme les transformations sociales qui font éclater la famille seraient de nature à détruire le principal élément de soutien social dont jouissent encore les personnes âgées, nous devons nous demander s'il est bien prudent de laisser les relations humaines s'adapter spontanément aux circonstances nouvelles sans intervention organisée.

Les vieux ne sont pas seuls à souffrir de l'existence de zones suburbaines et de « communes-dortoirs » presque uniquement peuplées de jeunes : la séparation des parents et des enfants semble aussi avoir des effets préjudiciables sur le mode de vie et la santé mentale des générations montantes. Les jeunes parents peuvent moins facilement participer à la vie sociale et civique ; la femme, en particulier, est souvent empêchée de profiter de l'expérience de sa propre mère. Sa vie quotidienne est assez solitaire, surtout aux heures où le mari travaille et où les enfants sont à l'école.

Certaines observations suggèrent que la fréquence des affections mentales dans ces collectivités est supérieure, surtout chez les ménagères, à celle qui résulterait du simple hasard.

Le Comité est convaincu que la sagesse et l'expérience des vieux représentent, dans les collectivités harmonieusement constituées, un héritage précieux pour les jeunes générations. Les personnes âgées bien équilibrées et bien adaptées sont un élément très utile de la société. Ce n'est donc pas seulement dans leur intérêt, mais aussi dans celui de leurs enfants, qu'il faut s'efforcer de leur assurer une vie digne.

1.2.1 *Pays en voie de développement rapide*

Bien que la population des pays économiquement peu développés soit actuellement très jeune, la baisse de la natalité et le fléchissement de la mortalité dû au recul de nombreuses maladies se traduiront vraisemblablement dans quelques dizaines d'années par une forte augmentation du pourcentage des personnes âgées.

Les difficultés à redouter ne tiennent pas tant à la forme de la pyramide des âges qu'à la pression qui s'exerce quand la proportion des faibles, des infirmes, des personnes à charge, des malades chroniques et des isolés dépasse un certain seuil. C'est dans ce sens que les pays sous-développés auront sans doute à affronter les problèmes de la vieillesse dans un avenir relativement proche. On sait par expérience que l'industrialisation tend à aggraver ces problèmes. Or, étant donné les ressources de la technologie moderne, il est probable que le processus sera accéléré dans les pays sous-développés. Il se peut donc que les complications sociales et psychologiques, notamment celles qui intéressent les personnes âgées, s'y manifestent sous une forme plus aiguë qu'ailleurs, et le Comité estime qu'il faut s'efforcer de les prévenir.

L'urbanisation, qui a pris un rythme si rapide dans les pays d'Asie, a tendance à désagréger la famille élargie traditionnelle. Les migrants qui affluent dans les grandes agglomérations sont pour la plupart des jeunes gens qui doivent s'adapter très rapidement à la vie urbaine, alors qu'ils y sont en général peu préparés. Sans doute maintiendront-ils parfois pendant quelque temps le contact avec leurs familles restées à la campagne, mais l'influence du chef patriarcal, du chef de tribu ou des anciens s'estompe, sans être toujours remplacée par un autre élément régulateur du comportement ; à partir de ce moment, la stabilité de l'échelle des valeurs et des règles de conduite est menacée. D'autre part, cette attraction vers les villes ne laisse plus dans certaines régions rurales que des femmes et des vieillards et y détermine une forte baisse de la productivité.

Des études sur l'urbanisation sont en cours ou en préparation sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies et de l'UNESCO avec la collaboration d'autres institutions spécialisées. Le Comité recommande

que les problèmes de la vieillesse soient envisagés avec soin dans toutes ces études.

L'afflux de migrants non qualifiés dans les villes d'Asie et d'Afrique, avec les complications qui en résultent sous forme d'alcoolisme, de délinquance et d'autres manifestations de déséquilibre social ou mental, d'une part ; l'abandon à la campagne de vieillards appauvris et soudain privés de protection familiale, d'autre part : tels sont les deux aspects d'un même processus social. Les divers problèmes qui se posent à propos des personnes âgées ne sont que des facettes du problème d'ensemble.

1.3 Fréquence des maladies mentales chez les personnes âgées

Des enquêtes ont montré qu'une minorité appréciable de vieillards sont dans l'indigence et l'isolement et souffrent d'infirmités et de maladies mentales plus ou moins graves. L'étendue complète du phénomène n'ayant jamais été mesurée avec précision, on ne peut guère se fonder que sur des impressions. Néanmoins, les taux d'admission dans les hôpitaux psychiatriques et les statistiques des suicides donnent une idée de l'ampleur globale de ce problème de santé mentale et de son évolution. Il semble d'ailleurs probable que ces données représentent seulement la partie visible du phénomène. Les difficultés croissantes que connaissent les hôpitaux psychiatriques depuis quelques années correspondent à une évolution parallèle de la situation des vieillards dans la collectivité. La relation entre l'âge et le risque d'admission dans un hôpital psychiatrique est éloquemment illustrée par quelques statistiques sur les taux des premières admissions qui ont été établies par l'Institut national de Santé mentale des Etats-Unis d'Amérique. Rapportés à 100 000 habitants, ces taux, qui portent sur toutes les formes de maladies mentales, sont les suivants : 2,3 pour les enfants de moins de 15 ans, 76,3 dans le groupe d'âge 25-34 ans, 93,0 dans le groupe d'âge 35-54 ans, et 236,1 dans le groupe d'âge 65 ans et au-dessus.

On a calculé en Suède que, pour une population d'un peu plus de 7 millions d'habitants, il y avait 9000 cas de démence sénile au sens strict (« encéphalopathie sénile »), c'est-à-dire de la maladie mentale la plus grave et la plus invalidante de la vieillesse ; ce sont les cas de cette sorte qui constituent une part importante du résidu permanent de malades chroniques que le va-et-vient annuel des admissions et des sorties laisse dans les hôpitaux psychiatriques.

Dans un grand nombre de pays hautement industrialisés pour lesquels on possède des statistiques, les premières admissions et l'ensemble des admissions de vieillards dans les hôpitaux psychiatriques ont augmenté, au cours des dernières décennies, à un rythme tel qu'il en est résulté de sérieuses difficultés de fonctionnement. Les installations, qui bien souvent ne suffisent même pas à satisfaire aux besoins actuels, se trouvent dangereusement encombrées et immobilisées, d'autant plus que la mortalité

diminue chez les hospitalisés atteint de maladies mentales chroniques. Les raisons de cette montée en flèche des taux d'admission sont imparfaitement connues. Dans beaucoup de cas, l'augmentation est plus rapide que l'accroissement de la proportion des vieillards dans la population générale. Ainsi, aux Etats-Unis d'Amérique, le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus a approximativement quadruplé de 1904 à 1950, mais le nombre des premières admissions de sujets de cette classe d'âge dans les hôpitaux psychiatriques a augmenté de neuf fois. Une des raisons en est probablement à rechercher dans le fait que, le séjour dans un hôpital psychiatrique perdant de son caractère infamant, on hésite moins qu'auparavant à y recourir ; toutefois, ceci ne suffit pas à expliquer l'ordre de grandeur de l'augmentation enregistrée.

Il n'est pas certain que la fréquence des troubles mentaux chez les personnes âgées ait enregistré une augmentation réelle. En Suède, où ont été faites les études statistiques les plus complètes sur les troubles mentaux de la vieillesse, les chiffres montrent sans ambiguïté que la fréquence des psychoses séniles (entendues ici comme une détérioration progressive de la personnalité et de l'intellect associées à une dégénérescence primitive du cerveau) et des affections mentales préséniles n'a subi aucune modification en 25 ans. Il est donc peu vraisemblable que l'augmentation des taux d'admission reflète une évolution parallèle dans la fréquence des maladies considérées. La seule étude du même genre qui ait été faite dans un pays d'Asie, où les taux de mortalité sont relativement élevés, a fait ressortir une fréquence des psychoses séniles comparable à celle de la Suède ; on ne peut donc conclure que, dans les pays très industrialisés, l'évolution des taux d'admission des personnes âgées dans les hôpitaux reflète une « survie médicale » d'individus de médiocre stabilité constitutionnelle qui auraient auparavant été victimes d'une maladie physique ou mentale à un âge moins avancé.

Certaines formes de troubles mentaux — telles que les psychoses affectives,¹ les troubles paranoïdes et les diverses névroses — ne retiennent l'attention chez les vieillards que depuis peu de temps. Il est possible qu'une tendance à hospitaliser plus facilement les individus qui en sont atteints ait contribué à augmenter le nombre des admissions dans les hôpitaux psychiatriques. En effet, les progrès impressionnants réalisés dans le traitement des troubles mentaux et la disparition d'une bonne partie des barrières qui existaient entre l'hôpital psychiatrique et la collectivité ont pu avoir pour résultat de faire hospitaliser un plus grand nombre de ces malades. Des observations faites dans une certaine région de l'Angleterre montrent que l'élargissement de la gamme des troubles psychiatriques (psychoses dépressives et névroses en particulier) justifiant l'hospitalisation d'un vieillard rend compte pour une bonne part de la forte augmentation

¹ Essentiellement, la psychose maniaque dépressive et la mélancolie d'involution.

de la demande de lits d'hôpitaux psychiatriques pour les personnes âgées qui s'est produite au cours des vingt-cinq dernières années.

Dans certains pays, l'admission de vieillards dans les hôpitaux psychiatriques est en général plus fréquente chez les économiquement faibles que dans les milieux plus aisés, et chez les citadins que chez les ruraux. Toutefois, de nouvelles études sont nécessaires sur ce point. Il faudrait en effet établir si ces écarts reflètent des différences dans la fréquence des troubles mentaux ou bien s'ils s'expliquent par les possibilités plus ou moins grandes d'assurer des soins à domicile.

L'ampleur et la rapidité mêmes de l'augmentation des taux d'admissions dans certains pays, ce qu'on sait de la situation sociale des personnes âgées et les faits cités ici conduisent à penser que l'afflux de vieillards dans les hôpitaux psychiatriques n'a pas pour cause principale un accroissement réel de la fréquence des maladies mentales. Cet afflux est sans doute dû avant tout à la disparition progressive d'un état de choses qui permettait de soigner ces personnes à domicile et à l'amélioration des ressources hospitalières, au moment même où l'on a assisté à un vieillissement des populations. Dans certains cas, le traitement hospitalier est indiqué ; il permet souvent le rétablissement de malades qui, il y a vingt-cinq ans, auraient continué à souffrir chez eux sans espoir d'amélioration. Mais il existe aussi des cas où l'hospitalisation, qu'elle soit ou non assortie de formalités judiciaires, ne se justifie pas et peut même être déprimante et nocive.

Comme l'encombrement des hôpitaux psychiatriques par les vieillards procède essentiellement de facteurs sociaux, économiques et administratifs, le Comité estime qu'il serait possible d'y remédier en grande partie. Il semble que des troubles psychiques bénins soient très répandus parmi les personnes âgées. Des enquêtes ont fait ressortir la fréquence de l'apathie, de l'abattement et de la mélancolie. Le contexte dans lequel ces états sont décrits par les observateurs — affliction, isolement ou début d'infirmité — rappelle beaucoup celui qui entoure certaines affections psychotiques motivant l'hospitalisation. C'est peut-être de cette masse de solitaires et de malheureux que viennent en grand nombre les cas de maladies mentales plus sérieuses.

On connaît mal la fréquence des affections mentales de la vieillesse dans les pays économiquement peu évolués. Néanmoins, la seule enquête qui ait été menée à ce sujet en Asie semble indiquer que les vieillards y sont déjà tout aussi vulnérables que dans les pays avancés.

Pour de nombreux pays, on ne possède pratiquement pas de renseignements sur la manière dont les admissions dans les hôpitaux psychiatriques se répartissent entre les différents diagnostics et entre les diverses professions et classes sociales. Les études de populations portant sur ces points sont plus rares encore. Ces renseignements sont pourtant indispensables si l'on veut organiser rationnellement les services de santé mentale destinés aux

vieillards, prendre des mesures préventives efficaces et restreindre le champ des recherches sur l'étiologie et le traitement des troubles mentaux. En effet, il faut que la science éclaire l'action pour épargner des difficultés sérieuses dans un proche avenir à bien des pays.

Le Comité recommande donc que l'OMS insiste avec force auprès des autorités sanitaires nationales sur l'urgente nécessité de rassembler des données statistiques sur les maladies mentales chez les personnes âgées. Mais encore faut-il que les statistiques des différents pays soient comparables entre elles, et, pour cela, que les services compétents des différentes parties du globe se mettent d'accord sur des critères de diagnostic. C'est dire l'importance qui s'attache aux efforts actuellement entrepris par l'OMS pour mettre au point une classification universellement admise des maladies mentales.

1.3.1 *Suicide*

Dans la plupart des pays qui en tiennent la statistique, c'est chez les personnes âgées que les suicides sont proportionnellement le plus nombreux. C'est ainsi que le taux maximum chez les hommes s'observe dans la classe d'âge 70 ans et au-dessus en Belgique, en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Portugal, en Angleterre-Pays de Galles, en Ecosse, aux Etats-Unis (population blanche), en Allemagne, en Australie, en Suisse et en Espagne. Au Canada, aux Etats-Unis (population de couleur), en Norvège et en Suède, les taux maximums se placent dans le groupe d'âge 60-69 ans, et au Danemark dans celui de 65-74 ans. Chez les femmes, la fréquence maximum des suicides s'observe en général approximativement dix années plus tôt que chez les hommes. Dans la plupart des pays susmentionnés, les suicides sont en fait devenus une cause de mortalité générale plus importante que la tuberculose pulmonaire. Bien que dans la plupart de ces pays la mortalité par tuberculose reste élevée chez les vieillards, elle est, au Danemark, inférieure à la mortalité par suicide, à tous les âges, avancés y compris.

De plus, quoique les taux de suicides soient globalement en diminution progressive depuis la fin de la première guerre mondiale, le fléchissement est relativement faible chez les vieillards. Aux Etats-Unis d'Amérique, par exemple, les taux pour la population blanche sont actuellement tombés aux deux tiers environ de ce qu'ils étaient après la première guerre mondiale chez les individus des deux sexes âgés de moins de 40 ans, mais chez les personnes de plus de 60 ans, quelle que soit leur couleur, la diminution a été beaucoup moins marquée. En Angleterre-Pays de Galles, les taux calculés pour les hommes ont baissé dans toutes les classes d'âge, mais dans une mesure moindre entre 60 et 70 ans ; pour les femmes au-dessus de 60 ans, on a enregistré une augmentation qui se poursuit encore. Un phénomène analogue s'observe en Suisse.

Les estimations varient quant à la proportion des suicidés âgés qui étaient atteints d'une forme ou d'une autre de trouble mental, mais certains observateurs ont donné des chiffres allant jusqu'à près de 50 %. Ce serait sous-estimer la fréquence réelle des troubles mentaux dans cette catégorie de sujets que de vouloir en juger d'après leurs antécédents connus. Souvent, les personnes qui se suicident ont non seulement subi le contrecoup de conditions sociales défavorables, mais encore souffert de troubles mentaux ou encore d'un ensemble d'affections psychiatriques et physiques qu'il aurait été possible de guérir ou tout au moins d'atténuer.

Le risque de suicide est dans la plupart des pays, plus grand pour les célibataires, les veufs et les divorcés que pour les personnes mariées ; d'autre part, les vieillards qui se suicident ont tendance à le faire à l'écart.

Dans bon nombre de régions économiquement peu développées, les suicides ne sont pas rares, et, là où des enquêtes ont été faites (on peut citer à cet égard une étude récemment effectuée à Hong Kong), elles ont montré que les principales causes de suicide (chômage, désorganisation sociale résultant de bouleversements politiques, pauvreté et mauvaise santé physique et mentale) sont les mêmes que dans les pays plus avancés. Pour la société chinoise traditionnelle, les rares données disponibles indiqueraient que les suicides étaient les plus fréquents chez les hommes de 40 à 49 ans et chez les femmes de 30 à 39 ans. Cependant, il ressort de l'étude de Hong Kong que les taux maximums s'observent chez les individus d'un âge avancé. Cette évolution correspond à un effacement des mœurs chinoises traditionnelles, qui accordaient une grande importance à la piété filiale et au respect des vieillards, sous l'effet de transformations sociales rapides qui ont tendance à séparer les personnes âgées de leurs anciens soutiens naturels et à miner la vénération dont elles étaient l'objet. Ces observations confirment que, dans les pays sous-développés, les vieillards peuvent être particulièrement touchés par les conséquences des changements sociaux rapides.

2. FACTEURS QUI SONT A L'ORIGINE DES PROBLÈMES ENVISAGÉS

2.1 Facteurs socio-économiques

2.1.1 Situation financière

La pauvreté est l'une des caractéristiques les plus frappantes et les plus constantes du sort des personnes âgées dans tous les pays. Leur condition malheureuse n'est bien souvent qu'une question d'argent. En effet, rares sont les pays où les pensions de retraite suivent l'évolution du coût de la vie, et encore la totalité des vieillards n'en bénéficient-ils pas toujours.

Il leur faut souvent recourir à une forme ou à une autre d'assistance publique, qui suppose l'humiliation d'une constatation officielle d'indigence. D'autre part, même dans certains des pays les plus riches, une petite fraction seulement des personnes âgées bénéficient d'une assurance-maladie. Aussi beaucoup de vieillards vivent-ils dans la hantise de la maladie, qui peut signifier l'arrachement définitif au foyer.

2.1.2 *Retraite*

La politique sociale ne suit les progrès de la science et de la médecine qu'avec un certain retard, et les lois régissant le régime des retraites ont été dépassées dans de nombreux pays par l'évolution récente de la condition physique et mentale des personnes âgées. La proportion de ces personnes qui continuent à occuper un emploi a diminué depuis le début du siècle dans les pays les plus avancés, à une époque même où les circonstances ne cessaient de devenir de plus en plus favorables au travail des personnes âgées et où les progrès rapides de la technique diminuaient l'importance de l'endurance et de la force physique dans l'industrie. On peut dire, en sens inverse, que la diminution du nombre des travailleurs âgés reflète en partie un progrès social, puisque, en acquérant le droit à des pensions de retraite, beaucoup de vieillards ont été libérés de l'obligation de se livrer à un travail pour lequel ils étaient physiquement et mentalement inaptes. Il semble, en effet, qu'un tiers environ des personnes de plus de 65 ans souffrent de maladies chroniques qui réduisent sensiblement leurs capacités physiques.

Il est cependant permis de penser qu'un grand nombre de retraités ont à la fois la capacité et le désir de travailler. Toutefois, lorsqu'il s'agit de décider si une personne donnée devrait ou non être maintenue en activité, il est difficile d'évaluer l'importance relative de son aptitude physique et mentale au travail et de son désir de travailler. D'après une enquête, la proportion des malades était, dans l'échantillon étudié, sensiblement la même chez les retraités que chez les individus de même âge qui continuaient à travailler. On peut estimer, en gros, qu'un tiers environ des retraités, en Grande-Bretagne — et probablement aussi dans d'autres pays où le niveau de vie est analogue —, sont capables et désireux de travailler; certains sont aptes à occuper un emploi normal à plein temps, d'autres ne sont plus en état que de travailler à temps partiel, d'autres encore ne pourraient travailler que dans des emplois protégés. Refuser à ces personnes toute possibilité d'activité constructive ne peut que diminuer leurs chances de s'adapter heureusement à la vieillesse.

Ce n'est sans doute pas entièrement par une attitude d'esprit anachronique que le maintien en activité des personnes âgées est si facilement admis dans les carrières médicales, ecclésiastiques et juridiques et dans le monde des affaires. Ce fait s'explique par l'importance attachée, dans ces

milieux, à l'expérience et à la maturité du jugement. Mais il semble que ces qualités ne sont pas moins précieuses dans l'industrie, et que la présence de travailleurs âgés est en fait un élément de stabilité. Dans certaines branches où les qualités d'exactitude et de jugement sont particulièrement nécessaires, leur rendement paraît même presque aussi bon, sinon meilleur, que celui des travailleurs plus jeunes.

Diverses études ont montré que, si dans certaines sociétés la femme peut continuer de remplir jusqu'à un âge avancé le rôle qu'elle a assumé pendant presque toute son existence, l'homme âgé qui a pris sa retraite perd facilement contact avec ses anciens camarades de travail et doit se cantonner dans sa famille, où, faute de pouvoir s'occuper bien utilement, il est exposé au danger de souffrir dans sa dignité et dans son prestige.

2.1.3 *Isolement*

Certains des autres facteurs socio-économiques qui sont à l'origine de problèmes de santé mentale chez les vieillards ont été mentionnés à la section 1.2 (voir page 6). L'isolement auquel l'industrialisation, l'urbanisation et la création de villes nouvelles condamnent un certain pourcentage de personnes âgées peut intervenir dans l'étiologie des troubles mentaux. Il faut cependant souligner que rien de précis ne prouve que l'isolement en tant que tel soit générateur d'affections mentales ou qu'il influe sur la fréquence effective de telle ou telle forme de maladie mentale dans la vieillesse. Il semble en revanche hors de doute qu'il rend plus vraisemblable l'admission dans les hôpitaux ou autres institutions. Ce fait et la nécessité élémentaire de soulager les souffrances morales des isolés suffisent à justifier qu'on insiste sur l'importance de ce facteur pour la santé mentale des personnes âgées.

2.2 Facteurs psychologiques et psycho-pathologiques

2.2.1 *Facteurs remontant à la jeunesse ou à l'âge mûr*

Les psychanalystes estiment qu'un grand nombre des difficultés psychologiques des vieillards procèdent de frustrations et de conflits affectifs non résolus datant d'une étape antérieure de l'existence. Ils soulignent que le développement de la vie instinctuelle de l'individu, dès les toutes premières années, éclaire ces questions de façon décisive.

L'individu qui, parce qu'il n'a pas réussi à trouver une assiette stable dans son adolescence et à l'âge adulte, a été chroniquement malheureux, a éprouvé des aspirations qu'il n'a pu satisfaire ni sublimer, et a souffert de névrose, risque en général de connaître des difficultés psychologiques dans sa vieillesse. Inversement, les personnes qui ont su s'adapter de façon heureuse et harmonieuse dans leur jeunesse et dans leur âge mûr traverseront le plus souvent les vicissitudes du vieillissement sans ressentir de

troubles affectifs sérieux. En outre, certains faits semblent indiquer que les individus intellectuellement bien doués conservent leurs facultés intactes plus longtemps que les autres.

On connaît très mal les transformations lentes que subissent au cours de la vie la structure de la personnalité, les motivations, les sentiments ainsi que le contrôle et l'expression des émotions. La même incertitude règne sur les rapports qui pourraient exister entre le tempérament d'un individu dans son âge mûr et la santé mentale du même individu dans sa vieillesse. Il y aurait intérêt à mener parallèlement des études « longitudinales » et des études « transversales » appuyées sur des méthodes objectives.

Les modifications endocriniennes, l'apparition des stigmates évidents du vieillissement, l'émancipation des enfants et les facteurs socio-culturels qui restreignent la liberté d'action après la quarantaine font de l'âge mûr une étape cruciale de l'existence dans de nombreux pays. Le départ des enfants crée souvent un grand vide dans l'existence de la femme, qui est en outre exposée à des tensions psychiques dans les sociétés qui accordent une grande importance à la beauté de la jeunesse. De nombreux syndromes (mélancolie involutive, psychoses affectives, états paranoïdes, certains troubles névrotiques et psychosomatiques) qui font leur première apparition à l'âge mûr persistent sous une forme continue ou intermittente jusqu'à la fin de l'existence. Toutefois, les vieillards dont l'inadaptation est en réalité la prolongation d'un état antérieur, ou chez lesquels apparaît une récurrence de tel ou tel trouble déterminé qui s'était déjà manifesté avant la soixantaine, ne représentent qu'une fraction de l'ensemble des personnes âgées atteintes de maladies mentales.

Dans les pays hautement industrialisés, l'âge mûr est donc pour beaucoup de personnes une période de la vie où les pertes et les déceptions commencent à l'emporter sur les acquisitions et les réalisations. On a pu dire que c'est au moment où l'individu prend conscience d'être engagé sur cette pente descendante que commencent à apparaître la mélancolie, le sentiment de frustration, la rigidité et le fléchissement de l'esprit d'initiative qui caractérisent communément la vieillesse.

2.2.2 *Facteurs intervenant à un âge avancé*

Il est généralement admis que, dans les sociétés industrielles où la rapidité et la souplesse font prime, la fréquence de l'inadaptation et des troubles affectifs de la vieillesse est due à l'effet combiné du rétrécissement des possibilités offertes aux personnes âgées, d'une part, et à l'affaiblissement de l'intellect et des facultés d'adaptation, d'autre part. Il ne fait guère de doute que les fonctions mentales supérieures manifestent ordinairement certains changements avec le passage des années. En particulier, les aptitudes intellectuelles générales, la rétention à court terme de notions nouvelles, la mémoire lointaine, l'aptitude à résoudre des problèmes nouveaux

et la pensée créatrice ont tendance à s'affaiblir. Cependant, les tests objectifs font apparaître des différences considérables dans les performances individuelles. D'autre part, on possède peu de données s'appuyant sur des études longitudinales, et certaines de celles qui indiqueraient un fléchissement des aptitudes intellectuelles avec l'âge semblent être influencées par les conditions d'exécution des tests, qui n'ont pas suffisamment tenu compte des différences entre jeunes et vieux quant au niveau d'instruction, aux motivations et à l'endurance physique. Au surplus, on connaît mal les limites entre lesquelles varie l'intensité de ce déclin intellectuel.

Les renseignements que nous possédons sur l'affectivité sont moins précis encore. De nombreux observateurs ont signalé, chez les personnes âgées, une diminution de l'affectivité, une tendance croissante à la rigidité, au conservatisme et à la méfiance, une hypocondrie grandissante ou le refus d'admettre une dégradation pourtant évidente des facultés physiques et mentales, un affaiblissement de la capacité de nouer de nouveaux rapports et de réagir à des stimulus affectifs d'une certaine finesse, et un relâchement des liens avec la réalité par suite d'une tendance de plus en plus forte à se plonger dans le passé et à l'enjoliver. Rien ne prouve cependant qu'il en aille ainsi chez la plupart ou même chez une proportion importante des personnes âgées. En fait, il existe fort peu de données objectives sur la fréquence et la gravité de ces manifestations et sur la manière dont elles varient selon les races et les classes sociales. Nous ne sommes guère mieux renseignés sur leur importance relative dans la genèse de la mauvaise santé physique, du sentiment d'abandon et d'isolement ou des affections cérébrales et, surtout, dans la condition faite aux personnes âgées dans la société considérée. Les résultats d'enquêtes faites à l'aide de tests objectifs sur des groupes de personnes âgées sont nettement contradictoires en ce qui concerne la corrélation entre l'âge et l'inadaptation névrotique : certains auteurs croient discerner une tendance accrue à la névrose, tandis que d'autres concluent à une adaptation satisfaisante. L'accord est plus général sur le fait que les personnes âgées considèrent en général les époques antérieures de leur vie comme plus heureuses.

Ce que les vieillards perdent en vitesse de réaction et en dextérité, ils peuvent le regagner en ténacité, en stabilité et en maturité de jugement, à tel point que, dans certains emplois, leur rendement est comparable à celui des travailleurs plus jeunes. Bien qu'on ne connaisse aucun moyen de renverser la tendance au fléchissement intellectuel qui se produirait avec le passage des années, il s'est constitué une documentation de plus en plus riche sur la manière d'en atténuer ou d'en compenser les effets. La majorité des personnes âgées s'adaptent harmonieusement et sans heurts à la baisse de leurs facultés physiques et intellectuelles, et, bien que la conscience de ce déclin entraîne inévitablement un choc affectif, elle constitue rarement à elle seule une cause de maladie mentale ou même, si les autres circonstances sont favorables, d'inadaptation sérieuse.

Parmi les tensions les plus pénibles auxquelles sont exposés les vieillards, il faut signaler le sentiment d'être moins considérés et utiles et, comme on l'a déjà mentionné plus haut, l'isolement. Indépendamment des facteurs socio-économiques, cet isolement est souvent dû à des deuils, qui rétrécissent de plus en plus le cercle des parents et connaissances, et notamment à la perte du conjoint. Il peut en résulter un chagrin persistant, une dépression et une apathie que l'isolé sera parfois incapable de surmonter sans intervention médicale. Les statistiques montrent d'ailleurs que, dans certains pays, la mortalité est plus forte chez les veufs que parmi les autres personnes du même âge et du même sexe. Un vieillard isolé redoute souvent d'être contraint de quitter son foyer ; il est timide, il a honte de lui-même ou de son logement négligé. Il craint pour son indépendance (qui est trop souvent le seul bien qui lui reste et, donc, d'autant plus précieux). Il est trop faible pour sortir et demander de l'aide. Pour une ou plusieurs de ces raisons, de nombreuses personnes âgées livrées à elles-mêmes n'attirent l'attention sur elles que lorsqu'elles sont tombées dans un état de déchéance lamentable ou qu'elles ont tenté de se suicider.

A des taux de suicides élevés se trouve souvent associé un affaiblissement des liens que créent entre l'individu et ses semblables des croyances, des aspirations et des activités communes. Les suicides semblent moins fréquents chez les personnes qui ont toujours souffert de la pauvreté que chez celles qui y sont tombées après avoir connu l'aisance et la sécurité.

2.3 Facteurs physiques

2.3.1 Facteurs génétiques

Les données les plus précises que nous possédions sur le rôle du fonds originel sont celles qui se rapportent aux facteurs génétiques. Les études sur les jumeaux indiquent que la longévité, l'âge d'apparition de la sénescence et la rapidité de son évolution sont nettement influencés par l'hérédité. De plus, de nombreux faits montrent que, même dans les affections mentales primitives des vieillards, un facteur héréditaire intervient pour une part. Ainsi, la démence sénile est environ vingt fois plus fréquente chez les géniteurs de personnes elles-mêmes atteintes que dans le reste de la population, et environ neuf fois chez les frères et sœurs. Comme, d'autre part, ces parents de malades n'accusent pas une fréquence différente de la moyenne pour les autres psychoses, on doit conclure que l'hérédité intervient pour une part importante dans l'étiologie de la démence sénile. Ce sont des constatations bien nettes de cette nature qui pourraient utilement servir de point de départ à des recherches. Il est à déplorer que les études génétiques soient si peu nombreuses dans ce domaine.

Un facteur génétique semble également intervenir dans les psychoses affectives de la vieillesse et dans l'hypertension, les maladies cérébrovascu-

lares et la psychose artérioscléreuse. Le Comité estime que les facteurs du milieu et les facteurs génétiques devraient toujours être étudiés parallèlement, sous peine de n'obtenir qu'une image incomplète. Le Comité tient à appeler l'attention de l'Organisation mondiale de la Santé sur la nécessité de faire des recherches dans cet important domaine.

2.3.2 *Facteurs de vieillissement prématuré*

Les signes de la sénescence apparaissent souvent d'une manière prématurée dans les collectivités où les individus souffrent dans leur jeunesse d'une carence nutritionnelle prononcée et sont fortement exposés aux maladies infectieuses. La mortalité élevée et la faible espérance de vie qui caractérisent ces populations sont associées à l'apparition précoce de maladies mentales et physiques qui, dans les pays plus avancés, sont plutôt l'apanage de la vieillesse. Il serait urgent d'organiser des études sur ces problèmes.

Depuis quelques années, les auteurs soviétiques témoignent un intérêt croissant au rôle des déficiences métaboliques et endocriniennes dans la sénescence. Les études faites à ce sujet partent des constatations suivantes : vieillissement précoce lié à des états tels que la progérie et le mongolisme, cachexie accompagnant certaines formes de démence présénile, vieillissement prématuré souvent signalé chez les personnes internées dans les anciens camps de concentration allemands, tous phénomènes qui pourraient être dus à des facteurs d'ordre métabolique.

L'attention du Comité a d'autre part été appelée sur le fait que la sénescence semblerait accélérée et la durée de la vie sensiblement raccourcie chez les animaux exposés à de fortes doses de rayonnements ionisants.

2.3.3 *Maladies physiques de l'âge mûr*

Il y aurait lieu d'étudier du point de vue de la santé mentale l'« épidémie » récemment constatée de coronarites, d'hypertension et de cancers des bronches, dont l'effet sur la mortalité des hommes d'âge mûr est considérable. Déjà, dans plusieurs pays, le tiers des hommes de 35 ans sont appelés à mourir avant 65 ans. Le Comité estime qu'il y aurait lieu d'étudier d'une manière approfondie les causes sous-jacentes de ces phénomènes, de même que les conséquences sociales et psychologiques de la fréquence accrue du veuvage.

Certaines formes de maladies mentales du grand âge procèdent de complications de maladies chroniques — affections des voies respiratoires, hypertension et maladies cardio-vasculaires — dont le début se situe à l'âge mûr. D'ailleurs, la proportion des cas de cette origine est sans doute appelée à s'accroître du fait que la létalité de ces affections diminue.

2.3.4 *Infirmités physiques*

Les infirmités physiques, qui restreignent la mobilité des personnes âgées, de même que les déficiences visuelles ou auditives, sont des facteurs qui accroissent l'isolement et, peut-être, par voie de conséquence, la fréquence des troubles mentaux chez les vieillards.

2.3.5 *Accidents*

Dans de nombreux pays, une forte proportion des accidents mortels surviennent chez les personnes âgées ; les principaux sont les chutes, les accidents de la circulation, les brûlures, les intoxications par le gaz d'éclairage ou les médicaments et l'asphyxie. Ce problème demanderait à être étudié bien davantage qu'il ne l'a été jusqu'ici. Une proportion élevée des cas d'intoxication peut être due à la distraction bien connue des vieillards, mais il est à supposer qu'une partie d'entre eux, de même qu'une partie des décès apparemment dus à des causes accidentelles, sont des suicides camouflés ou non reconnus comme tels.

2.3.6 *Facteurs physiques intervenant dans les troubles mentaux spécifiques de la vieillesse*

1) *Dégénérescence cérébrale.* L'étiologie des formes séniles et préséniles de la dégénérescence cérébrale est mal connue. Il a été établi que les facteurs génétiques jouent un rôle important dans ces deux groupes d'affections, mais il est probable que les processus métaboliques et biochimiques associés aux altérations pathologiques du cerveau sont en liaison avec la sénescence elle-même, puisque, de tous les troubles mentaux de la vieillesse, aucun n'entraîne plus rapidement la mort que ceux dont il s'agit ici. En outre, la dégradation intellectuelle associée au vieillissement normal évolue bien souvent par degrés insensibles vers une démence sénile ou présénile. La découverte récente de techniques biochimiques et histologiques pour l'étude du système nerveux central a ouvert ici de nouveaux domaines intéressants à la recherche.

2) *Maladies physiques extra-cérébrales.* Ces maladies jouent rarement un rôle important dans l'évolution de la démence sénile. Elles sont en rapports plus directs avec la psychose artérioscléreuse. L'état critique ou « crise hémodynamique » qui précède souvent l'infarctus du cerveau retient de plus en plus l'attention. Dans une forte proportion d'accidents cérébrovasculaires, on constate une modification parallèle du rythme cardiaque, une insuffisance coronarienne ou un infarctus du myocarde, qui constituent peut-être l'élément initial du processus aboutissant à l'accident vasculaire du cerveau. Ces observations ouvrent des possibilités nouvelles

à la prévention et au traitement de la psychose artérioscléreuse. La phase chronique s'accompagne souvent d'une maladie infectieuse, cardiaque ou rénale qui peut passer inaperçue du fait que le tableau clinique est dominé par les symptômes et les signes cérébraux.

L'hypertension artérielle est un trait commun à la moitié des cas de psychose artérioscléreuse présentant des signes neurologiques focaux. En effet, de même que dans la maladie coronarienne, les lésions ont tendance à être plus étendues lorsque le sujet est hypertendu. Chez les personnes âgées, les symptômes psychiatriques surviennent rarement sous l'effet de la seule élévation de la tension artérielle. Néanmoins, une chute abrupte de la pression sanguine chez les hypertendus est souvent de nature à déclencher un état confusionnel. Des réactions dépressives et paranoïdes prolongées s'étendant sur plusieurs semaines ou même sur plusieurs mois ont été décrites chez les hypertendus, mais on en ignore la fréquence.

Bien qu'elles ne soient jamais négligeables dans aucun des troubles psychiques de la vieillesse, les maladies physiques n'en constituent la cause spécifique que pour le groupe des états délirants ou confusionnels. Cependant, elles jouent aussi un certain rôle dans les psychoses affectives du grand âge. Bien qu'un facteur génétique semble être en principe à l'origine des troubles de ce genre, il y a de bonnes raisons de penser que les personnes atteintes pour la première fois à un âge avancé appartiennent à une classe d'individus relativement robustes et résistants qui ne tombent dans cet état que sous l'effet de tensions relativement fortes. Un déclin marqué de la santé physique constitue une tension de ce genre et joue certainement un rôle étiologique.

2.3.7 *Facteurs physiques et admission à l'hôpital psychiatrique*

Plusieurs études récentes ont montré que les troubles mentaux de la vieillesse sont souvent associés à des maladies physiques ayant leur origine en dehors du système nerveux central. Toutefois, les aspects somatiques de la maladie d'une personne âgée présentant des symptômes psychiatriques passent facilement inaperçus, car les réactions constitutionnelles aiguës sont souvent absentes, les signes physiques ont un caractère vague et diffus et l'anamnèse est difficile à faire. Il y a des raisons de penser que c'est souvent la combinaison de troubles physiques et de troubles mentaux qui détermine l'admission des personnes âgées dans les hôpitaux psychiatriques. Cette mesure n'est pas sans justification, mais il arrive que, pour donner plus de poids à une demande d'hospitalisation dans un établissement surchargé, le médecin de famille ait tendance à faire uniquement état des symptômes mentaux. Or, si l'hôpital ignore les antécédents physiques, qui sont peut-être la clé du problème, le diagnostic risque d'être plus difficile et le traitement retardé ou inefficace.

3. PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

3.1 Mesures socio-économiques

3.1.1 *Systèmes de prestations financières, politique d'emploi et de retraites*

Le Comité estime que la garantie d'une situation économique satisfaisante est une des conditions indispensables de la santé mentale des personnes âgées. Le soutien financier accordé à cet effet doit, chaque fois que possible, comprendre des prestations qui permettent d'assurer des soins convenables.

Il est grand temps d'adopter en matière de retraites une politique qui cadre avec l'évolution récente des conditions de travail et qui tienne compte des progrès de la psychologie. Un régime équilibré devrait faire en sorte que les individus des différentes classes d'âge puissent remplir un rôle et assumer des responsabilités correspondant à leurs aptitudes effectives et virtuelles. Le Comité est d'avis que les régimes de retraites devraient être souples, prévoir une grande latitude en ce qui concerne les limites d'âge et assurer la sécurité économique nécessaire aux personnes âgées. Il serait souhaitable de soumettre toute personne qui approche de l'âge de la retraite à un examen complet et objectif de ses aptitudes physiques et mentales, analogue à un examen d'embauche. Il serait imprudent de laisser chacun être le seul arbitre de son propre sort.

Pour déterminer une limite d'âge, non seulement en l'assouplissant comme il vient d'être dit, mais encore en l'adaptant aux différents types d'activités professionnelles, il faut étudier mieux qu'actuellement la santé et les aptitudes des personnes âgées. Il semble qu'un gros effort soit fait dans ce sens en URSS, où les personnes occupant des postes dangereux et pénibles prennent parfois leur retraite dès l'âge de 50 ans.

On possède un ensemble déjà considérable de données sur les moyens qui permettent d'atténuer et de compenser les déficiences psychologiques des personnes âgées, de telle sorte qu'elles puissent travailler presque aussi utilement que les ouvriers plus jeunes dans de nombreuses industries. Il semble, par exemple, que la fatigue soit davantage liée aux cadences de travail qu'au nombre total d'heures de présence fournies. Des recherches visant à analyser et à évaluer objectivement les déficiences psychologiques et physiologiques des personnes âgées, ainsi que les moyens permettant de les compenser, sont en cours dans plusieurs centres, mais il y aurait lieu de les développer et de les encourager ailleurs.

Les personnes de plus de 65 ans dont les aptitudes physiques sont fortement diminuées par une maladie chronique ont besoin d'être occupées, mais en général il faut les retirer du marché ordinaire du travail.

Le travail à temps partiel représente parfois un moyen utile d'employer les personnes âgées dans les limites de leurs aptitudes et de leur donner une activité constructive et satisfaisante. D'autre part, des services de placement spéciaux convenablement organisés pour conseiller les personnes âgées et pourvoir éventuellement à leur réorientation professionnelle les aideraient à se faire dans la société une place qui leur convienne mieux.

3.1.2 *Assistance juridique*

Les personnes âgées ont souvent quelque peine à remplir leurs déclarations d'impôts, à comprendre les documents officiels, etc. Il en résulte souvent pour elles une certaine angoisse qui pourra leur être épargnée si une assistance juridique était prévue à leur intention.

3.1.3 *Activités sociales*

Il semble que les vieillards supportent mieux la souffrance que les individus plus jeunes, mais qu'en revanche la crainte de devenir impotents est chez eux un important facteur de mauvaise adaptation. En mettant à leur disposition des « aides familiales », on peut faire beaucoup pour apaiser cette crainte, pour leur donner un sentiment d'indépendance et pour les convaincre qu'ils continuent à être capables de se tirer d'affaire malgré des difficultés plus ou moins marquées. Les activités en commun (clubs, etc.) aident également les personnes âgées à préserver leur indépendance. On reviendra plus longuement sur cette question à la section 5.3 (voir page 39).

3.1.4 *Préservation des liens sociaux : adaptation à des conditions nouvelles*

Les structures familiales et les rapports de parenté traditionnels sont incontestablement inadaptés à certaines exigences des sociétés industrielles modernes. Une telle société doit, pour fonctionner efficacement, pouvoir compter sur une libre circulation des populations. D'ailleurs, des types de relations personnelles et de liens sociaux conformes aux structures économiques nouvelles sont en train de s'élaborer partout. Il semblerait néanmoins sage de préserver les avantages de la cohésion sociale. Là où il est impossible de conserver intactes les relations de parenté traditionnelles, il faudra concevoir des moyens nouveaux pour compenser les pertes qui en résulteront sur le plan de la sécurité, du bonheur et de l'affection familiale. Trois principes doivent être observés dans les efforts entrepris à cette fin. Le Comité tient à les souligner ici, bien qu'ils s'appliquent plus particulièrement aux changements qui ont été provoqués par l'industrialisation dans certains pays.

1) Après consultation systématique des intéressés, les plans d'aménagement des collectivités devront tenir compte dans toute la mesure du

possible des desiderata de ceux dont l'existence va être radicalement modifiée lorsqu'ils seront transplantés dans un milieu nouveau pour eux. On peut par exemple maintenir la cohabitation des trois générations grâce au déplacement de groupes sociaux entiers.

2) Lorsqu'il y a lieu de déplacer ainsi des groupes entiers, ce mouvement devrait être organisé dès le début en collaboration étroite avec des experts en santé publique, des sociologues et des spécialistes de la santé mentale. En effet, les problèmes qui se posent en pareil cas ne se ramènent jamais exclusivement à des questions d'économie, d'architecture et de génie civil, car ils mettent en jeu des relations humaines solidement établies et la santé physique et mentale des intéressés.

3) On sait que, pour jouir d'un bien-être mental complet, tout individu a besoin de sentir qu'il appartient à un groupe social dont il partage les aspirations. Aussi faut-il, dans l'organisation des collectivités nouvelles, veiller à ce que l'effort solidaire de leurs membres recrée chez eux ce sentiment d'appartenance et d'utilité.

L'industrialisation rapide à laquelle il faut sans doute s'attendre au cours des prochaines décennies dans les pays sous-développés posera des problèmes très complexes, notamment celui de la santé mentale des personnes âgées, qui a d'ailleurs été peu étudié jusqu'ici dans ces pays. Ils pourront bénéficier de l'expérience des pays hautement industrialisés et éviter ainsi quelques-unes des sérieuses difficultés dont s'accompagne toute révolution industrielle. Les modifications subies par la structure familiale, qui ont condamné à l'isolement un certain nombre de personnes âgées et créé de la sorte un problème majeur de santé publique, sont un héritage de cette époque.

Le Comité appelle donc l'attention sur la nécessité d'étudier le sort des personnes âgées et d'évaluer leurs besoins dans les pays en voie de développement. C'est seulement sur la base d'enquêtes objectives qu'il sera possible de dresser valablement des plans détaillés pour résoudre les difficultés propres à cette catégorie d'individus.

Le spécialiste de la santé mentale est évidemment incapable de résoudre à lui seul les divers problèmes de cet ordre auxquels ont à faire face les régions peu développées. Néanmoins, il peut souvent, par ses observations, préciser les pressions qui, se faisant sentir avec le plus d'acuité, retentissent le plus fortement sur le psychisme des intéressés, et qui s'exercent parfois sur des points où elles échappent aux experts d'autres disciplines. Il peut en outre collaborer très utilement à l'élaboration des mesures ayant pour objet de faire participer activement la population à la lutte contre la maladie et la criminalité et à l'amélioration du niveau de vie. L'expérience montre que, lorsque la population se cantonne dans un rôle purement passif, l'éducation, les conseils et même l'aide économique qu'elle reçoit n'ont

bien souvent que des effets superficiels et éphémères. Il y a donc intérêt à s'assurer le concours du spécialiste de la santé mentale chaque fois qu'on envisage un ensemble important de mesures pour aménager des collectivités ou rendre moins pénibles les souffrances engendrées par l'évolution des pays sous-développés.

3.1.5 *Logement*

La question du logement des personnes âgées ayant été traitée en détail lors d'une réunion récemment convoquée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe (voir section 3.2 ci-dessous), on se bornera ici à quelques observations.

L'expérience semble indiquer que la cohabitation des vieillards avec leurs enfants ne donne pas toujours des résultats heureux. D'autre part, il paraît plus pénible et plus démoralisant encore pour les personnes âgées de résider loin de leur cadre de vie accoutumé et de l'animation dont elles avaient l'habitude d'être entourées. Les vieillards, surtout s'ils ont toujours vécu en milieu urbain, ne doivent pas être coupés du reste de la collectivité : il est préférable qu'ils habitent près des centres où la population se rassemble pour les activités de la vie courante, les solennités et les distractions, près des magasins, des églises et des lieux d'amusement. Une bonne formule consiste à installer leurs logements parmi les habitations familiales pour éviter la constitution de colonies de vieillards. Il faut cependant tenir compte alors des déficiences physiques des vieillards, de la difficulté qu'ils éprouvent à se déplacer seuls et notamment à monter les escaliers, de leur mémoire faiblissante et des dangers qui en résultent.

3.2 Mesures de santé publique

Le Comité a évoqué la réunion organisée par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe à Oslo en juillet-août 1958, au cours de laquelle ont été examinés les problèmes de santé publique que pose le vieillissement des populations.

Il tient à souligner l'importance des mesures de santé publique destinées à protéger et à améliorer la santé mentale des vieillards. Les facteurs physiques à considérer ont déjà été mentionnés. Des mesures de prévention, de dépistage précoce et de traitement actif des affections chroniques des voies respiratoires, de l'hypertension et des maladies cardio-vasculaires auraient sans doute également des effets favorables sur certains troubles mentaux de la vieillesse. Il en va de même de la fourniture d'appareils destinés à augmenter la mobilité ou à compenser les déficiences sensorielles. On pourrait citer de nombreux autres exemples des importantes améliorations qu'on peut attendre de mesures de santé publique.

A cet égard, le Comité désire souligner en particulier une considération qui se rattache à la nécessité de la coordination. Les difficultés qu'éprouvent les services de santé mentale à propos des vieillards procèdent pour une bonne part de la multiplicité des instances qui s'occupent de la protection, du traitement, de la réadaptation et de la surveillance post-thérapeutique d'une seule et même personne âgée. Quand les organismes administratifs sont en place, l'intégration est plus facile à recommander qu'à réaliser. Il est donc hautement souhaitable de prévoir dès l'origine une autorité unique chargée de fournir un ensemble complet de services. Aussi le Comité recommande-t-il vivement qu'un seul organisme de santé publique soit chargé d'organiser, d'animer, de diriger et de développer les services préventifs et curatifs et s'efforce d'établir d'emblée des rapports étroits avec les praticiens. Cette recommandation s'adresse particulièrement aux nations qui ne possèdent encore qu'une expérience administrative assez limitée.

L'organisation des services de gériatrie est traitée à la section 5 (voir page 36).

3.3 Apprendre à vieillir

3.3.1 Attitude de la société

La vieillesse est une étape de la vie, ni meilleure ni pire que les autres, mais avec ses caractéristiques, sa valeur et ses possibilités d'épanouissement propres. Ce principe doit être à la base de tous les efforts de promotion de la santé mentale des personnes âgées et inspirer les programmes ayant pour objet de préparer les individus à la vieillesse.

Il faut prévoir une action de longue haleine pour faire comprendre à la société les causes et les effets véritables du vieillissement de la population, les possibilités qu'offre la vieillesse et les valeurs qu'elle représente, de même que l'utilité sociale propre à cet âge, que son expérience qualifie notamment pour les rôles de conseillers et de mentors. On arrivera peut-être ainsi à atténuer l'appréhension que la perspective de vieillir cause à beaucoup de personnes d'âge mûr dans de nombreuses sociétés.

Dans les pays où le plein emploi est réalisé, la concurrence entre travailleurs jeunes et travailleurs âgés est sans objet ; la contribution des uns et des autres peut être pleinement utilisée. A cet égard, il serait intéressant d'envisager l'opportunité d'encourager les mouvements syndicaux à prendre conscience des problèmes propres aux travailleurs vieillissants, et du rôle que joue le travail dans la protection de la santé mentale.

3.3.2 L'individu qui vieillit

A tout âge, l'équilibre mental doit être envisagé par rapport au travail, au cercle des parents et amis et aux activités culturelles. Les difficultés

affectives qui surgissent pendant la dernière partie de la vie semblent résulter entre autres d'un déséquilibre dans le degré de réussite de l'adaptation dans ces trois secteurs. Pour l'individu qui a cessé de travailler et dont la famille se disperse, les activités culturelles sont souvent la principale source de satisfaction qui lui reste, mais, d'une part, beaucoup de vieillards ne possèdent pas les moyens nécessaires et, d'autre part, il est rare qu'on réussisse à s'intéresser dans la vieillesse à une occupation culturelle, à un violon d'Ingres ou à des activités sociales si l'on n'a pas déjà commencé à une époque antérieure. C'est donc à un âge moins avancé que l'éducation et la préparation générale à la vieillesse prennent toute leur importance. Le Comité considère qu'il est essentiel pour la santé mentale des personnes âgées que l'existence tout entière soit un épanouissement des facultés et des possibilités de chacun. La probabilité accrue de mener une vie longue et active ouvre tout un monde de possibilités nouvelles, mais encore faut-il, pour que ces années supplémentaires soient une source de satisfactions et non de frustrations, les remplir d'activités constructives. Cependant, le travail et l'occupation des vieillards ne doivent pas être considérés comme une fin en soi : cette activité doit avoir un sens. Dans les sociétés qui n'accordent pas une importance exagérée aux attributs de la jeunesse, les qualités de pondération de la vieillesse pourraient contribuer à enrichir la culture tout entière.

Ici, les problèmes que pose la retraite pour les personnes âgées viennent se fondre dans le problème nouveau et beaucoup plus vaste des loisirs qui apparaît avec l'automatisation. Cette question doit d'ailleurs être examinée par un groupe d'étude des problèmes de santé mentale que pose l'automatisation, qui se réunira en novembre 1958. L'éducation moderne n'est pas encore adaptée à un monde dans lequel les « plus de cinquante ans » pèseront numériquement autant que les « moins de vingt ans », et l'effort d'alignement à entreprendre ne devra pas tenir compte exclusivement des problèmes des personnes âgées.

Il pourrait être très utile de dresser un bilan psychologique et physique complet de l'individu quelques années avant qu'il atteigne l'âge de la retraite, puis de le conseiller et de l'orienter, ou de le réorienter s'il y a lieu, vers un nouvel emploi en prévision de cette échéance. Dans la même perspective, les mesures tendant à créer de nouveaux pôles d'intérêt et à encourager la participation aux activités sociales et civiques sont des éléments essentiels de la lutte contre la solitude, l'ennui et le sentiment de la futilité de l'existence. Différentes institutions qui s'intéressent aux problèmes du vieillissement — et même, dans certains pays, les universités — organisent des cours pour aider les personnes âgées à trouver de nouvelles sources de satisfactions. Il est souhaitable de commencer cette action bien avant l'âge de la retraite car, plus tard, elle semble perdre beaucoup de son efficacité.

4. CLASSIFICATION ET PRONOSTIC DES MALADIES MENTALES DE LA VIEILLESSE

4.1 Classification

Le Comité suggère de classer les maladies mentales de la vieillesse selon les grandes catégories indiquées ci-après.

4.1.1 *Psychoses affectives*

Sous cette rubrique peuvent être groupées toutes les formes de maladies dont le tableau clinique est dominé par des symptômes dépressifs ou maniaques. A tous les âges, les états dépressifs sont beaucoup plus fréquents que les états maniaques. Si l'on excepte la fréquence relativement plus grande des symptômes hypocondriaques, des manifestations paranoïdes bénignes et d'une certaine obnubilation transitoire de la conscience, la symptomatologie des psychoses affectives est essentiellement la même chez les personnes âgées que chez les sujets plus jeunes. Les premières crises de psychose dépressive, surtout chez les hommes, doivent être analysées avec un soin particulier pour rechercher une éventuelle maladie somatique qui aurait pu intervenir dans l'étiologie de la psychose et qui serait alors susceptible d'influencer son évolution et son issue. Dans environ la moitié des cas qui surviennent chez des personnes âgées, il y a eu des épisodes antérieurs à l'âge de 60 ans. Quant aux états dépressifs réactionnels, si l'on entend par là des maladies consécutives à un choc affectif ou d'ordre social, ils sont naturellement très fréquents à un âge avancé. Ils sont en revanche relativement rares, si le terme est pris dans son sens très courant de maladie névrotique entièrement imputable à des difficultés affectives et subissant des fluctuations qui reflètent l'évolution des pressions extérieures auxquelles le sujet est exposé. L'hospitalisation définitive ne s'impose que très rarement ; au moins 70 % des sujets atteints d'une affection dépressive peuvent réintégrer leur foyer avant une année.

4.1.2 *Paraphrénies*

Ces états sont caractérisés par un système délirant bien organisé, associé à des hallucinations auditives et, plus rarement, visuelles, la personnalité et l'intelligence du sujet étant par ailleurs bien conservées. Des manifestations généralement considérées comme caractéristiques de la schizophrénie (hallucinations sans confusion, une certaine incongruité affective, troubles de la volition sous forme de sentiments de passivité, croyance hallucinatoire à l'intervention d'une influence extérieure agissant sur les fonctions psychiques et physiques, légers troubles de l'intelligence) ne sont pas exceptionnelles. Environ 30 à 40 % des malades présentent des

défauts visuels ou auditifs graves. Une forte proportion d'entre eux sont atteints pour la première fois après l'âge de 60 ans, mais bon nombre de cas qui ne sont médicalement reconnus qu'à un âge avancé ont une origine qui remonte à une dizaine d'années ou davantage. La grande majorité de ces sujets sont des femmes, dont beaucoup de célibataires. Il ne fait guère de doute que les recherches futures amèneront à distinguer plusieurs catégories à l'intérieur de ce groupe.

4.1.3 *Etats confusionnels ou délirants*

Le tableau est dominé par des phénomènes délirants : obnubilation fluctuante de la conscience, amnésie de fixation accompagnée de fabulation, hallucinations visuelles et auditives, manifestations de terreur et de confusion, variations rapides du niveau de la perception consciente, idées paranoïdes instables et floues. Les états délirants subaigus avec réémergence intermittente de la conscience et de la lucidité sont particulièrement fréquents chez les vieillards. Il arrive souvent que les seuls symptômes de début soient la lenteur, l'apathie, la pauvreté des associations d'idées et la fatigabilité.

Il est important d'identifier ce tableau clinique de type délirant car, chez les personnes âgées, il indique un trouble aigu et relativement récent du fonctionnement cérébral, souvent dû à une maladie précise justiciable d'un traitement. Bien qu'une maladie cérébrale progressive, résultant par exemple d'un gliome, puisse provoquer un état délirant, elle est assez rarement en cause chez les personnes âgées. Quant à la démence sénile et à la psychose artérioscléreuse, elles ne se manifestent pas sous cette forme, à moins qu'il y ait eu un accident cérébrovasculaire antérieur ou un processus non équivoque de démence évoluant depuis un certain temps. Ainsi, un état confusionnel ou délirant d'installation récente se produisant chez un vieillard sans antécédents mentaux sera souvent imputable à un trouble aigu du métabolisme et constituera rarement le signe initial d'un processus dégénératif cérébral.

Les détails du tableau clinique sont déterminés par la cause spécifique de l'état délirant. Les causes principales rencontrées chez les vieillards sont les suivantes : défaillance cardiaque, maladie chronique des voies respiratoires souvent accompagnée d'insuffisance cardiaque, infection aiguë des voies respiratoires, interventions chirurgicales (notamment sur l'appareil génito-urinaire et sur l'œil), déshydratation et troubles de l'équilibre des électrolytes, anémies, tumeurs malignes, alcoolisme, carences vitaminiques et nutritionnelles. Parmi les facteurs qui échappent très facilement à l'attention, il faut signaler les effets d'une baisse soudaine de la tension artérielle par suite d'un infarctus indolore du myocarde, la « pneumonie silencieuse » des vieillards, une lente hypertrophie de la prostate et la tuberculose pulmonaire — toutes maladies qui, bien qu'en régression chez les jeunes,

sont d'une fréquence croissante parmi les personnes âgées dans beaucoup de pays. Les troubles nutritionnels communément observés chez les vieillards proviennent souvent de ce qu'ils sont apathiques, déprimés et débilités et se contentent facilement d'un régime alimentaire insuffisant, monotone et pauvre en protéines, en légumes ou en fruits.

Des états délirants peuvent succéder à un choc affectif, et la mortalité après admission à l'hôpital paraît élevée dans les cas de ce genre, comme d'ailleurs dans l'ensemble du groupe considéré. Le mécanisme de ces décès rapides, survenant après un changement brusque de situation ou après une commotion affective, ou encore à la suite d'une chute, est mal connu.

Une maladie physique foudroyante altère parfois le tableau clinique à tel point que les fluctuations de la conscience passent inaperçues ; le malade peut devenir complètement inaccessible et, souvent, il est déjà moribond quand il entre à l'hôpital. Un diagnostic de dégénérescence cérébrale irréversible est une erreur fréquente en pareil cas. L'anamnèse révélera en général que la maladie datait seulement de quelques semaines ou au plus de quelques mois, et l'on sait que la démence sénile ou la psychose artérioscléreuse vraies ont sans exception une plus longue durée, en général de plusieurs années, quand elles se manifestent sous cette forme. C'est dire que tous les sujets qui présentent des symptômes de troubles cérébraux relativement récents doivent être soumis à un examen physique particulièrement attentif. Environ la moitié d'entre eux peuvent être renvoyés chez eux dans les deux mois qui suivent leur hospitalisation ; les autres succombent en général à une maladie cardiaque, cardio-respiratoire ou uro-génitale dont l'état confusionnel constitue une complication grave.

4.1.4 Démence sénile¹

La démence sénile se caractérise essentiellement par un fléchissement lent et progressif de l'intelligence et de la personnalité, qui apparaît insidieusement entre les âges de 65 ans et de 75 ans environ. La mémoire, le jugement, la maîtrise de soi et les habitudes subissent une détérioration graduelle. Dans la phase initiale, le malade peut se présenter comme une caricature de lui-même, avec une rigidité et un égocentrisme renforcés. A la période d'état, le monde extérieur cesse peu à peu d'être une source d'expériences nouvelles, ses sollicitations n'évoquent que des réponses du type le plus automatique et, à la période terminale, même ces réactions tendent à disparaître. Des études expérimentales faites en URSS semblent indiquer que ce processus est associé à une inaptitude grandissante à

¹ Egalement désignée par les expressions suivantes : *dementia senilis*, psychose sénile, démence sénile primitive, encéphalopathie sénile ; « presbyophrénie » est un terme généralement réservé à une variante clinique particulière.

acquérir et à consolider de nouveaux réflexes conditionnels et même, plus tard, à reproduire les réflexes antérieurement acquis. On sait maintenant que les plaques argyrophiles et les modifications neurofibrillaires observées dans la démence sénile ne sont pas spécifiques de cette psychose.

Il est à noter que, lorsqu'on observe une démence sénile, la maladie dure en général déjà depuis trois à cinq ans, de sorte qu'il est relativement rare de pouvoir en étudier les phases initiales. La majorité des cas aboutissent à une issue fatale dans les cinq à huit années qui suivent le début de la maladie.

Chez un certain pourcentage de malades, les manifestations de la démence sénile se confondent avec celles de la psychose artérioscléreuse. L'importance de ce chevauchement varie suivant les études, mais la plupart des auteurs s'accordent à dire que les deux affections sont relativement indépendantes cliniquement et pathologiquement.

4.1.5 *Psychose artérioscléreuse*

C'est une forme de démence progressive associée à une maladie cérébrovasculaire. Les signes neurologiques de l'infarctus cérébral sont présents dans la moitié des cas environ, et l'hypertension est relativement fréquente. Le tableau clinique général se caractérise par une évolution fluctuante comportant souvent des épisodes délirants passagers et des périodes de lucidité mentale relative ; la personnalité et le sens critique sont bien préservés, le malade marque une tendance à l'incontinence affective et certains sujets présentent tous les signes d'une paralysie pseudobulbaire. Les pertes de conscience, avec ou sans crises épileptiformes, sont relativement fréquentes. Cependant, dans certains cas présentant des signes objectifs d'affection cérébrovasculaire, la maladie suit un cours progressif et irréversible. Environ 30 à 40 % des sujets manifestent des symptômes dépressifs, qui présentent en général un caractère bénin, intermittent, fragmentaire et, souvent, superficiel, et sont rarement observés avant que la maladie cérébrale ne se soit révélée par des symptômes ou des signes organiques univoques. Ils ne compliquent donc guère le diagnostic.

L'hypertension artérielle tend à être assez courante dans ce groupe d'états, et certains faits suggèrent que l'on pourrait établir un diagnostic différentiel entre les troubles dus essentiellement à des modifications artérioscléreuses des vaisseaux cérébraux, et d'autres où le facteur prédominant est à chercher dans l'association de troubles circulatoires à l'hypertension artérielle.

Une crise ou une série de crises transitoires de cécité unilatérale, d'hémi-parésie ou d'autres signes focaux dénotent en général une thrombose de l'artère carotide interne. Cette forme de maladie cérébrovasculaire mérite une mention spéciale, car elle a fait l'objet de quelques tentatives de traitement.

4.1.6 *Démences préséniles primitives*

Ces affections — maladie de Pick, maladie d'Alzheimer (que certains rattachent à la démence sénile), maladie de Jakob-Creutzfeldt, chorée de Huntington, démence présénile simple, etc. — sont relativement rares (chacune avec ses particularités diagnostiques propres sur lesquelles nous n'avons pas à nous étendre ici) ; elles sont caractérisées par une sénilité précoce et commencent en général avant l'âge de 60 ans.

4.1.7 *Démences préséniles et séniles secondaires*

La détérioration des facultés intellectuelles et de la personnalité ne provient pas toujours d'une dégénérescence des cellules ou des vaisseaux sanguins du cerveau, mais peut être secondaire à un processus morbide spécifique ou à une intoxication : myxœdème, anémie pernicieuse, urémie, certaines formes de tumeur maligne cérébrale, déficience nutritionnelle prolongée et intense, syphilis nerveuse ou alcoolisme chronique. La démence est rarement avancée quand on observe le cas pour la première fois, et des fluctuations marquées de l'état mental avec épisodes délirants sont fréquentes dans ce groupe d'affections. On rencontre donc, dans des proportions variant selon la nature et le rythme d'évolution de la maladie primaire, une association de traits empruntés à des syndromes cérébraux organiques, aigus ou chroniques. Le tableau est souvent très semblable à celui de la psychose artérioscléreuse, mais, d'une part, on ne retrouve pas, comme dans cette dernière, une série d'accidents cérébrovasculaires suivis d'altérations psychiques et, d'autre part, on peut dégager les traits caractéristiques de la maladie primaire.

4.1.8 *Alcoolisme*

Les rapports entre l'alcoolisme et les psychoses de la vieillesse sont encore mal connus. Sans doute est-il notoire qu'une partie des alcooliques chroniques aboutissent à la démence évolutive ; sans doute aussi certains observateurs ont-ils l'impression que les régions où l'alcoolisme est répandu sont également celles où le vieillissement prématuré et la démence sénile sont particulièrement fréquents. Cependant, on ne possède pas assez de données précises sur cet important problème, qui mériterait incontestablement une étude approfondie.

4.1.9 *Névroses*

Très rares sont les vieillards chez qui une névrose apparaît ou s'installe solidement sans s'être manifestée précédemment ; d'après les quelques études qui ont été faites à ce sujet, la fréquence des cas nouveaux accuse une diminution sensible à partir de la quarantième année. Il faut cependant

ajouter qu'aucune étude statistique d'envergure n'a été faite et que nous sommes donc très mal renseignés sur l'ensemble du problème.

Par conséquent, les névroses observées chez les vieillards se rencontrent en général parmi des individus qui avaient déjà une personnalité mal adaptée et sont souvent une recrudescence d'un trouble qui s'était manifesté pour la première fois bien avant la sénescence.

On peut définir un certain nombre de types principaux de réactions :

1) *Réactions dépressives* — à des deuils, à la maladie, à la solitude, à l'insécurité ou au regret de ne pas avoir mieux rempli son existence. Ce sont des états variables qui peuvent se modifier sous l'effet de changements de situation ou d'ambiance.

2) *Hypocondrie* — axée notamment sur le tractus gastro-intestinal et qui procède en général d'une tendance très ancienne à se préoccuper d'une manière excessive de ses fonctions organiques et à se faire son propre médecin.

3) *Réactions paranoïdes* — chez des individus hypersensibles et soupçonneux. Ces réactions peuvent se traduire par des états transitoires d'excitation ou des comportements explosifs.

4) *Etats d'angoisse* — s'accompagnant de tension, d'insomnie, d'appréhension constante, de tachycardie, de diarrhée ou d'autres symptômes viscéraux. Parfois d'origine organique, ces troubles peuvent refléter aussi une psychose affective endogène. Le diagnostic ne doit donc être posé qu'après un examen très approfondi. Une exploitation hystérique de symptômes de tension n'est pas rare chez les sujets prédisposés. Il est cependant exceptionnel que l'hystérie de conversion apparaisse pour la première fois à un âge avancé. Ce phénomène reconnaît en général comme origine une maladie organique ou une psychose.

5) *Aberrations du comportement sexuel* — fréquentes dans la sénescence, mais, malgré la conduite grossièrement imprudente et désordonnée qu'on observe souvent en pareil cas, ces accidents ne sont pas nécessairement associés à un affaiblissement intellectuel ou à des signes manifestes d'atteinte cérébrale. Quand cette dernière explication semble devoir être retenue, la démence en est généralement à son stade initial. Les délits les plus fréquents sont l'exhibitionnisme, les attouchements et les agressions sexuelles, souvent dirigés contre des enfants. Les modes d'assouvissement adultes sont rares. Malgré le rôle incontestablement joué par certains facteurs (absence d'occasions de rapports sexuels ou d'extériorisation normale), le phénomène est une exception à la tendance générale à une diminution progressive des taux de délinquance observée dans la plupart des pays chez les personnes ayant dépassé l'âge mûr.

* * *

La classification des maladies mentales de la vieillesse donnée ci-dessus n'a peut-être qu'un caractère général et appellera sans doute des regroupements et des subdivisions. Le Comité estime néanmoins que les entités qui y sont définies peuvent utilement servir de base de travail aux cliniciens et aux chercheurs.

4.2 Diagnostic différentiel et pronostic

L'expérience récente montre que les maladies mentales des vieillards sont guérissables dans une proportion élevée et que, si l'intervention médicale est suffisamment précoce, une réadaptation sociale est possible. Plusieurs facteurs expliquent sans doute qu'on admette désormais le caractère bénin d'un grand nombre de ces cas. Tout d'abord, à mesure que les maladies mentales et l'admission dans les hôpitaux psychiatriques perdaient leur caractère infamant, la variété des troubles mentaux soumis à un traitement a considérablement augmenté. En deuxième lieu, les progrès récents de la psychiatrie ont rendu possible la guérison d'un grand nombre de vieillards malades qui, auparavant, entraient à l'hôpital psychiatrique pour ne plus en ressortir. Enfin, il y a quelques dizaines d'années encore, les personnes atteintes d'une maladie mentale dans leur jeunesse ou leur âge mûr étaient assez facilement dirigées sur les services pour malades chroniques, mais, aujourd'hui, elles ont plus de chances d'être renvoyées au bout d'un certain temps chez elles, quitte à être réhospitalisées en cas de rechute à un âge avancé.

Partant de l'hypothèse que ses troubles étaient une simple manifestation de déchéance sénile, on plaçait souvent le vieillard malade dans un service réservé à ses pareils ou dans une annexe pour chroniques, où un traitement était rarement tenté et où régnait une atmosphère de profond désespoir. Cette politique exerçait sur les malades un effet qui venait confirmer l'idée de l'inutilité de tout diagnostic chez les vieillards et conduisait à penser qu'il valait mieux réserver les possibilités de traitement aux sujets plus jeunes à qui elles pouvaient apporter des résultats.

Il est impossible d'exprimer en chiffres universellement valables la proportion des vieillards admis dans les hôpitaux psychiatriques pour des raisons autres qu'une affection organique du cerveau, car ce taux dépend des circonstances locales. En Angleterre-Galles, il se situerait, d'après les études qui ont été faites, entre 40 et 50 % des admissions ; la moitié environ seraient des premières admissions. La plupart de ces cas sont atteints de psychose dépressive, mais il en est aussi qui présentent des symptômes paranoïdes et des états confusionnels et délirants, associés à une maladie physique aiguë dans une forte proportion des cas. Il est important d'établir le plus rapidement possible le diagnostic différentiel entre les cas de ce genre et les troubles mentaux organiques, c'est-à-dire résultant de lésions dégénératives ou vasculaires du cerveau.

La fréquence des états confusionnels augmente à mesure que décroît la mortalité due à toute une série d'affections chroniques (bronchite chronique, tuberculose, diabète, épilepsie, certaines formes d'hypertension, etc.) ; en effet, une plus forte proportion des personnes atteintes de ces maladies survivent jusqu'à un âge avancé, où elles sont exposées à des épisodes confusionnels. Les états délirants, notamment en cas de maladies infectieuses ou cardiaques ou après une opération, prennent souvent une forme aiguë fulgurante, et certains sujets paraissent inaccessibles et moribonds. On voit donc une fois de plus combien il est dangereux de conclure à une maladie cérébrale avancée sur la base de données incomplètes. Comme nous l'avons déjà dit, ce diagnostic est suspect si les troubles ne remontent qu'à quelques semaines ou à quelques mois. Pour ce qui est des états paranoïdes, les anomalies sensorielles, les hallucinations bizarres, l'exaltation et les actes antisociaux peuvent suggérer un pronostic très sombre. Cependant, si on les traitait, la plupart des psychoses dépressives et une partie des états confusionnels et paranoïdes pourraient rétrocéder suffisamment pour autoriser la sortie. En fait, lorsqu'il existe des possibilités matérielles de traitement prolongé sans hospitalisation complète, seule une toute petite minorité des malades en question a besoin de demeurer dans un hôpital psychiatrique actif plus de douze à dix-huit mois en tout.

Les statistiques utilisant le nombre d'admissions dans les hôpitaux pour mesurer la fréquence relative des différents types de troubles mentaux de la vieillesse semblent varier considérablement selon les pays, et il y a là un point à élucider. Ces écarts sont peut-être dus uniquement à des différences dans les services assurés pour les diverses catégories ou à l'absence d'uniformité des critères diagnostiques. Mais il se peut aussi qu'un nombre excessif de cas soient attribués à des affections organiques du cerveau. Si telle est bien la raison, il n'est pas exclu que des possibilités de guérison ou d'amélioration restent inexploitées. Il semble bien, en effet, que le pronostic soit souvent beaucoup plus favorable qu'il ne résulte des descriptions anciennes des maladies mentales de la vieillesse.

La prise de l'anamnèse et l'examen sont de la plus haute importance dans le cas d'un vieillard atteint de troubles mentaux. L'apathie, l'inertie, l'appauvrissement des fonctions psychiques et l'abattement feront souvent penser à une démence installée de longue date. La raréfaction des contacts sociaux et la faiblesse physique entraînent une négligence de tenue qui renforce l'impression de déchéance sénile avancée, alors qu'il peut s'agir d'un état curable. Les vieillards répugnent quelquefois à parler de leurs propres affaires, quand ils ne se cantonnent pas dans un mutisme complet, et bien souvent ils sont sans proches ni amis pour se faire leurs interprètes. Seuls un examen attentif et une observation prolongée permettront alors de poser un diagnostic.

Même dans certaines psychoses organiques, la phase aiguë et l'exaltation du début peuvent s'apaiser, soit complètement (états confusionnels), soit

en laissant subsister un reliquat de dégradation sénile (troubles dégénératifs cérébraux). Dans les deux cas, il arrive souvent que le malade soit parfaitement en état de retourner vivre dans sa famille ou, du moins, d'aller s'installer dans un home d'accueil.

Dans le cas des névroses vraies, le pronostic dépend de plusieurs facteurs : adaptabilité du malade, durée et gravité de la névrose (plutôt qu'âge du sujet), degré d'accoutumance à la maladie. Le pronostic semble plus favorable si le malade a bénéficié pendant longtemps d'une bonne adaptation sociale et sexuelle.

5. ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE DESTINÉS AUX VIEILLARDS

5.1 Considérations générales

Comme l'exposé qui précède l'aura montré, les maladies mentales des vieillards posent un problème d'une ampleur si grande et si rapidement croissante qu'il serait vain d'espérer le résoudre par une augmentation du nombre des lits d'hôpital, même si l'on ne tient compte que de la petite fraction des personnes âgées qui deviennent infirmes, tombent malades ou vivent à la frontière de la maladie et de la santé. D'ailleurs, n'y aurait-il pas pénurie de lits, il resterait de beaucoup préférable, dans l'intérêt des vieillards, de les soigner chez eux, sauf en cas de maladie ou d'infirmité sérieuse. Il est donc à la fois économique et humain d'éviter une rupture de contact avec le milieu et, si l'hospitalisation devient nécessaire, de traiter le malade rapidement et de le renvoyer chez lui avant que ses attaches n'aient été définitivement coupées. Il apparaît de plus en plus nettement que le milieu humain est un important facteur de santé mentale et que le déracinement peut, à longue échéance, être aussi nuisible à la réintégration sociale que la maladie elle-même. La seule solution possible est donc de développer considérablement les services nécessaires pour soigner les vieillards sans les hospitaliser.

Un autre facteur essentiel est, comme on l'a montré à la section 3.2 (page 25), la coordination des activités. Un ensemble coordonné de services doit être organisé de telle sorte qu'il puisse procéder dès le départ à une évaluation et à une étude complète des cas qui lui sont soumis, et qu'il ait ensuite les moyens soit d'assurer aux intéressés l'assistance sociale et ménagère ou le traitement hospitalier dont ils ont besoin pour recouvrer leur santé ou se réadapter sans perdre le contact avec leur milieu, soit de les placer dans l'institution la plus indiquée.

Les modalités d'application varieront suivant les pays. Dans la plupart des cas, néanmoins, c'est l'autorité principale chargée de l'organisation des services de santé qui sera le mieux placée pour constituer et faire fonctionner cet ensemble complet et coordonné de services destinés aux personnes

âgées. Suivant les circonstances locales, l'autorité de santé publique pourra pourvoir par ses propres moyens au fonctionnement de tout le système, ou bien se contenter d'encourager, de coordonner et de compléter l'action d'un certain nombre d'organismes publics ou privés qui s'occupent déjà des vieillards. En tout état de cause, l'autorité sanitaire compétente aura pour tâche principale de veiller à ce que les services constituent un tout cohérent.

Le rouage que le Comité considère comme essentiel serait constitué par un centre d'orientation gériatrique fonctionnant en liaison avec un hôpital général ou psychiatrique, ou peut-être avec un centre sanitaire public, et réunissant dans les mêmes locaux un service de consultations externes et un hôpital de jour. Ce centre devrait être en mesure de fournir tous les renseignements nécessaires sur les diverses possibilités d'assistance aux personnes âgées qui existent dans sa circonscription.

Lorsqu'un cas se présente à un stade relativement précoce, une enquête menée par le centre d'orientation avec l'aide de travailleurs sociaux peut suffire à préciser la situation et à indiquer la conduite à tenir. C'est en examinant le problème au domicile de l'intéressé qu'on réussira le mieux à décider si, à un stade donné, il est préférable de laisser le malade chez lui en lui assurant une aide à domicile ou de l'envoyer dans une institution. Une partie des malades pourront recevoir dans les consultations externes ou à l'hôpital de jour les soins dont ils ont besoin ; mais il faudra dans bien des cas prévoir des mesures complémentaires — assistance à domicile, fréquentation d'un club pour personnes âgées, etc. — pour les aider à surmonter leurs difficultés physiques, psychologiques et sociales. Il arrive souvent, à l'heure actuelle, que les services médicaux et sociaux ne soient alertés que lorsqu'une accumulation de difficultés a déclenché une crise. Il faut alors généralement une mise en observation à l'hôpital pour démêler les éléments de ce qui est devenu un problème médical, psychologique et social d'une certaine complexité. Les conclusions ainsi dégagées permettront, en liaison avec le centre d'orientation, de fixer la conduite à tenir. Les solutions possibles sont les suivantes :

- a) renvoyer le malade chez lui, où il sera suivi par le centre d'orientation qui se tiendra en contact étroit avec le médecin de famille ;
- b) renvoyer le malade chez lui en lui fournissant une assistance à domicile dont les détails seront exposés plus loin ;
- c) le diriger sur un hôpital ou une annexe pour séjours de longue durée afin d'y compléter le traitement et la réadaptation ;
- d) le placer dans un home d'accueil ;
- e) le placer dans un hôpital psychiatrique.

Le service public de santé mentale doit avoir un ensemble diversifié de moyens d'action : outre l'hôpital psychiatrique, les consultations externes

de psychiatrie, les hôpitaux de jour et les annexes pour séjours de longue durée ou de courte durée, il lui faut, d'une part, un système complet d'assistance à domicile (aides familiales, assistantes sociales, infirmières visiteuses, infirmières, psychiatres consultants) et, d'autre part, des clubs récréatifs, des ateliers protégés et d'autres locaux d'accueil où règne une atmosphère chaude et familiale.

Les rattachements administratifs de ces divers rouages essentiels varieront beaucoup suivant les pays et même suivant les différentes régions d'un même pays.

5.2 Le « centre d'orientation »

5.2.1 *Objet*

Les vieillards eux-mêmes, leurs proches, les médecins, les travailleurs sociaux et, d'une façon générale, tous ceux qui ont à s'occuper des personnes âgées devraient être libres de consulter le centre d'orientation et d'en utiliser les services. Le centre doit être en mesure de donner des conseils d'ordre social et juridique, d'enquêter sur les conditions sociales dans lesquelles vit le vieillard, de fournir des services d'assistance à domicile et d'étudier l'état physique et mental de l'intéressé.

5.2.2 *Emplacement*

L'emplacement du centre sera fixé en fonction des circonstances locales, mais le centre devra pouvoir recourir à tous les moyens diagnostiques et thérapeutiques d'un bon hôpital général.

5.2.3 *Direction*

Cette institution centrale de coordination et de consultation doit être placée sous la direction d'un médecin. Chez ce directeur, la spécialisation médicale ou psychiatrique ne suffit pas ; il doit encore posséder des qualités d'administrateur, avoir la volonté de servir et porter un intérêt actif aux problèmes de la vieillesse. Le personnel comprendra des médecins spécialisés et des psychiatres, qui donneront des consultations au centre même et à domicile, ainsi qu'un certain nombre de travailleurs sociaux.

5.2.4 *Fonctions*

Le centre doit être prêt à aider les personnes âgées à résoudre tous les problèmes qui se posent à elles. Des difficultés d'ordre juridique, familial ou financier ou des problèmes de logement peuvent en effet précipiter les premiers symptômes de fléchissement du ressort psychique, alors que des mesures sociales suffiraient peut-être à arrêter l'évolution.

5.2.5 Dépistage

Le centre doit-il faire du dépistage ou attendre que les cas se présentent ? On peut hésiter sur ce point ; la réponse dépendra pour beaucoup de l'état de développement des services de gériatrie et de santé mentale dans la région.

L'impression d'embrigadement que pourraient donner un enregistrement systématique et des visites non sollicitées risquerait fort de rendre le système impopulaire dans presque tous les pays. De plus, s'il procédait à un dépistage actif avant de s'être consolidé, le centre risquerait d'être écrasé dès le début sous la besogne. Le Comité recommande donc que, dans la période de démarrage, le centre d'orientation et de consultation évite d'aller au-devant des problèmes.

Il n'est guère de pays où les moyens actuels permettent en pratique d'envisager un examen médical périodique des vieillards à titre de mesure préventive générale. Aussi est-ce en général le médecin de famille qui dirigera le malade sur le centre d'orientation. Dans d'autres cas, ce seront les centres d'hébergement de vieillards bien portants, les organisations de prévoyance sociale, les services de bienfaisance, les œuvres privées, les organisations ecclésiastiques, etc. On peut d'autre part tenir pour certain que les tribunaux et la police seront tôt ou tard amenés à faire appel au centre.

On aura très souvent besoin de toutes les ressources d'un hôpital moderne ; le centre devra donc être en liaison avec un service hospitalier convenablement équipé auquel il pourra avoir recours (voir section 5.4, page 41).

5.3 Services à domicile et autres services sociaux

En particulier dans les régions où les liens familiaux sont restés solides, un grand nombre de vieillards — et notamment une certaine proportion des malades — peuvent rester chez eux moyennant une assistance à domicile. Cette solution a en outre l'avantage de contribuer à empêcher la dislocation de la famille. Divers services sont nécessaires pour aider les vieillards à conserver leur place dans leur milieu normal ; il va sans dire qu'ils peuvent également être mis à profit en faveur des sujets qui quittent l'hôpital après une période d'observation. On peut en donner la liste suivante.

1) *Visites à domicile.* Les visites à domicile peuvent apporter aux vieillards un peu de cette chaleur humaine dont ils ont tant besoin, maintenir leurs liens avec la collectivité et leur enlever l'impression d'être indésirables. A la faveur de ces contacts amicaux, il est souvent possible, au bout d'un certain temps, d'amener un vieillard solitaire à prendre part à des activités sociales, à fréquenter un club ou à s'intéresser à une organisation religieuse

ou autre. D'autre part, les visites à domicile permettent de découvrir certaines difficultés (diminution de la motilité, affaiblissement de la vue ou de l'ouïe) qui cèdent parfois à des correctifs très simples et de signaler, souvent à leur début, d'éventuelles infirmités mentales ou physiques.

a) Les visites faites par l'infirmière de la santé publique, outre qu'elles remédient comme il vient d'être dit à l'isolement des vieillards, servent à assurer la liaison avec le médecin et aident à empêcher l'aggravation de l'incapacité physique ou des troubles psychiques. En outre, des soins de pédicurie peuvent éviter l'immobilisation dans un lit ou dans un fauteuil.

b) Quelques visites hebdomadaires effectuées par une aide ménagère venant se charger des gros travaux sont d'un secours inappréciable pour les vieillards. D'autre part, il ne manque parfois à ces derniers que d'être secondés dans de menues tâches (commissions, raccommodages de vêtements, soins de coiffure, etc.) pour pouvoir conserver une existence indépendante.

2) Les *services de repas à domicile* présentent le double avantage de garantir un régime alimentaire raisonnablement équilibré et, s'ils sont assurés par un personnel qui s'intéresse fraternellement et sincèrement aux personnes âgées, de venir renforcer à leur tour les contacts entre les vieillards et le monde extérieur.

3) Des arrangements pour le *transport* des vieillards à l'hôpital, au dispensaire, à des clubs, à l'église ou chez des amis sont très utiles. Un système de blanchissage rapide et des services mobiles de physiothérapie seront aussi très appréciés.

4) *Clubs pour personnes âgées*. Des réunions familiales dans des salles où les vieillards puissent se livrer à leur passe-temps favori et à des activités créatrices favorisent les contacts amicaux entre contemporains. Les clubs organisés à cet effet ont connu un immense succès partout où ils ont été créés. Entre autres choses, ils peuvent, soit directement, soit à la faveur des renseignements qui leur sont communiqués par leurs membres, aider à découvrir les vieillards isolés ou mal soignés qui ont besoin d'aide ou qu'une infirmité empêche de venir aux réunions.

5) *Renseignements sur les services disponibles*. Une œuvre privée de Grande-Bretagne a récemment publié un rapport d'où il ressort que beaucoup de vieillards confinés chez eux connaissent de grandes difficultés alors que des secours sont proches. En effet, des services très complets d'assistance aux personnes âgées existent dans beaucoup de pays ; mais encore faut-il que les intéressés sachent où s'adresser. Le centre d'orientation mentionné plus haut semblerait l'organisme le mieux placé pour renseigner les vieillards et les personnes qui s'en occupent sur toutes les ressources auxquelles ils peuvent faire appel, et pour les mettre rapidement en contact

avec les services compétents. Il pourrait aussi faire une étude d'ensemble sur ces services et signaler les lacunes et les chevauchements éventuels.

6) *Œuvres privées et personnel bénévole.* Les services assurés par tel ou tel organisme public peuvent être utilement complétés par ceux d'œuvres privées, qui sont particulièrement bien placées pour déceler les lacunes et pour les combler en étroite collaboration avec les autorités sanitaires. Il convient d'encourager les particuliers à se grouper spontanément pour porter secours à ceux de leurs concitoyens qui en ont besoin.

5.4 Service hospitalier de gériatrie ou centre pour séjours de courte durée

Un centre relativement petit doté de toutes les ressources hospitalières nécessaires et n'imposant aucune formalité légale d'admission, donc susceptible d'être créé indépendamment de l'hôpital psychiatrique, suffit à traiter les problèmes psychiatriques et gérontologiques les plus sérieux de la grande majorité des vieillards d'une collectivité numériquement importante. C'est ainsi qu'à Amsterdam un service de ce genre comptant au total 200 lits dessert de façon satisfaisante une population d'environ un million d'habitants. Ce sont les circonstances locales qui diront si le service considéré ne doit s'occuper que des cas psychiatriques ou bien si son intervention doit s'étendre aussi aux problèmes gérontologiques ordinaires. La deuxième solution, qui s'est révélée satisfaisante dans un centre pour séjours de courte durée, se traduirait par des économies considérables lorsque le service de gériatrie reste à créer ; elle présente en outre l'immense avantage de mettre à la disposition des vieillards les ressources conjuguées de la psychiatrie et de la médecine générale.

Quoi qu'il en soit, il est indispensable de prévoir, dans un service hospitalier de ce genre, des locaux séparés pour les vieillards agités et pour les vieillards tranquilles. La formule la plus rationnelle est de placer cet établissement sous la direction administrative et à proximité matérielle d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique, suivant les nécessités locales. Le service doit être étroitement associé au centre d'orientation et, si possible, avoir le même directeur ; situé au sein de la collectivité, il doit avoir aisément accès à tous les laboratoires et services auxiliaires qu'exige la médecine moderne. Une collaboration étroite doit y régner entre la médecine somatique et la psychiatrie, et les deux spécialistes principaux de ces disciplines devraient, lorsqu'il s'agit d'un service mixte, se partager la responsabilité de son fonctionnement. Dans certains pays, la tendance est de confier à un administrateur de la santé publique les fonctions de direction administrative.

Le centre procédera à un examen diagnostique et étiologique approfondi ; la majorité des malades pourront être traités et rendus à une vie active. Le Comité tient en effet à souligner ici qu'il n'y a absolument aucune raison

valable de diriger immédiatement vers un home d'accueil un vieillard atteint d'une affection physique ou psychiatrique. Cette mesure ne saurait être prise qu'après une investigation médicale complète ; l'expérience prouve en effet qu'un diagnostic provisoire de dégénérescence sénile s'avère souvent faux à l'examen clinique. Pour évaluer l'urgence relative de l'hospitalisation, il est très utile d'organiser un échange de vues entre le médecin, le psychiatre, l'infirmière de la santé publique, l'infirmière visiteuse, etc. et l'omnipraticien.

Y a-t-il intérêt à prévoir des services hospitaliers spéciaux de gériatrie avec leurs salles et leurs installations annexes ? Etant donné l'importance grandissante que prennent les problèmes de la sénescence dans l'ensemble de la pratique médicale et psychiatrique, il pourrait sembler au premier abord artificiel de créer de tels services autonomes. Cependant, la situation particulière des personnes âgées donne naissance à des besoins spéciaux auxquels les services médicaux et psychiatriques actuels ne peuvent pas toujours faire face. D'autre part, pour faire œuvre utile en gériatrie, le médecin et le psychiatre doivent porter un intérêt profond aux aspects sociologiques de la maladie. Enfin, tout le monde n'envisage pas avec sympathie et intérêt les problèmes médicaux et psychologiques des vieillards.

La gériatrie et la médecine des maladies chroniques sont les parentes pauvres de la médecine générale et n'occupent qu'une place restreinte dans les programmes d'études médicales de la plupart des pays. Or, les difficultés de personnel auxquelles on se heurte en cette matière ne pourront être écartées que si ces disciplines acquièrent le prestige professionnel qu'elles méritent. Le Comité estime donc qu'en l'état actuel des choses l'existence de services de gériatrie autonomes avec leurs salles et leurs consultations externes, d'hôpitaux de jour et, dans certains cas, de laboratoires de recherche, contribuerait à donner à cet important secteur en voie de développement rapide le lustre dont il a grandement besoin, attirerait vers ce champ d'activité des hommes et des femmes de valeur et catalyserait l'activité gériatrique des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques. Il est toutefois possible qu'à un stade ultérieur l'intégration de ces services dans les hôpitaux généraux et psychiatriques devienne nécessaire.

5.5 L'hôpital de jour

Même quand elles reçoivent toute l'aide possible, certaines personnes âgées ne peuvent continuer à mener une existence indépendante. C'est souvent parce que leurs enfants ou leurs proches travaillent au-dehors toute la journée ; dans ce cas, si le vieillard est infirme ou sujet aux fugues ou qu'il a des absences, il est dangereux de le laisser livré à lui-même. L'immense avantage de l'hôpital de jour est d'éviter la rupture de contact avec la famille, qui, très souvent, ne demande pas mieux que de continuer à s'occuper du parent âgé à condition d'être libérée de cette obligation pendant la plus grande partie de la journée. Ce système permet d'assurer

de manière satisfaisante toute une série de traitements, aussi bien psychiatriques que physiques. Il fonctionne d'une manière relativement économique, il exige peu de personnel infirmier et il peut accueillir un nombre élevé de personnes dans des locaux relativement restreints. S'il est situé à proximité du service hospitalier de gériatrie ou, éventuellement, du centre d'orientation, certaines installations — par exemple celles d'ergothérapie et de réadaptation — peuvent être utilisées en commun. Des expériences récentes semblent indiquer que les hôpitaux de jour pourraient soulager considérablement les hôpitaux psychiatriques, et il y aurait intérêt à poursuivre ces essais.

5.6 L'hôpital pour séjours de longue durée

L'hôpital pour séjours de longue durée s'adresse aux malades qui n'ont plus besoin de tous les services fournis par l'hôpital général mais dont l'état exige néanmoins un traitement, des soins infirmiers et des mesures de réadaptation s'étendant sur une période prolongée. Cet établissement n'a pas à être aussi perfectionné qu'un hôpital général complet, mais son personnel doit comprendre des spécialistes pleinement qualifiés et, surtout, il doit pouvoir faire appel facilement aux services de l'hôpital psychiatrique et de l'hôpital général et y envoyer des malades. En effet, le système ne peut donner de bons résultats que s'il s'établit une véritable osmose entre ces deux éléments importants : l'hôpital général et l'hôpital pour séjours de longue durée. La fonction essentielle de ce deuxième type d'établissement est la réadaptation tant psychologique que physique ; dans le cas particulier des malades mentaux, la thérapie sociale et occupationnelle, la psychothérapie et éventuellement la physiothérapie seront donc nécessairement à la base du traitement assuré dans cet établissement. Toute une série de troubles mentaux et physiques sont justiciables de l'action conjuguée des centres pour séjours de courte durée et des hôpitaux pour séjours de longue durée. Les hémiplésiques peuvent, moyennant un traitement approprié, recouvrer leur mobilité. Les déprimés et les confus peuvent être graduellement remis en mesure de réintégrer la société. Quant aux cas plus réfractaires et plus agités, l'admission dans un hôpital psychiatrique s'impose. Il en sera question plus loin.

Il découle de ce qui précède qu'il n'y a pas lieu de prévoir des catégories distinctes d'hôpitaux pour séjours de longue durée suivant qu'on a affaire à des maladies somatiques ou à des maladies mentales. Il peut cependant être nécessaire de prévoir des salles séparées dans le même établissement et des méthodes de réadaptation différentes.

5.7 Homes d'accueil

Au bout d'un certain temps, une partie des malades traités dans le centre pour séjours de courte durée ou dans l'annexe pour séjours de

longue durée, quoique hors d'état de rentrer chez eux pour diverses raisons, peuvent être transférés dans un home d'accueil. Il y a actuellement deux types principaux de homes de ce genre :

1) Ceux qui assurent les soins infirmiers essentiels aux malades cloués au lit ou dans un fauteuil. Dans ces « maisons de santé », comme on les appelle dans certains pays, les soins médicaux sont fournis par le médecin de famille.

2) Ceux qui n'accueillent que des personnes capables de se déplacer.

L'absence de termes universellement admis pour désigner ces deux catégories distinctes d'établissements a entraîné certaines confusions. Il serait utile que l'OMS s'efforce d'uniformiser la terminologie en cette matière.

Ces homes doivent avoir une atmosphère agréable et familiale. Si possible, les vieillards qui s'y installent devraient être autorisés à amener avec eux une partie de leur mobilier et des effets auxquels ils sont particulièrement attachés. La réglementation devrait se limiter au strict minimum. Pour combattre la tendance à l'apathie, il faut prévoir des salles de séjour et des possibilités de thérapie occupationnelle, qui encouragent les pensionnaires à quitter leur lit.

5.8 L'hôpital psychiatrique

Si beaucoup de cas peuvent être convenablement traités dans un établissement pour séjours de courte durée doté de lits à leur intention (c'est notamment ce qui se produit lorsqu'il existe un centre de traitement de longue durée pour la réadaptation), l'admission dans un hôpital psychiatrique s'impose pour certains sujets. Ce sont notamment les mélancoliques à comportement suicidaire, les sujets atteints de psychoses paranoïdes d'assez longue durée, les confus ou les déments qui présentent des épisodes d'agitation extrême difficiles à maîtriser rapidement. D'autre part, un certain nombre de psychoses constitutionnelles répondent rapidement au traitement, mais des rechutes répétées se produisent assez vite malgré de nouvelles interventions thérapeutiques. La réintégration sociale de ces malades demande donc un effort prolongé pour lequel l'atmosphère et les ressources d'un hôpital psychiatrique moderne sont particulièrement utiles.

Si l'on s'organise de façon à diriger une forte proportion des cas aigus sur des services extérieurs à l'hôpital psychiatrique, il faut éviter que celui-ci ne devienne une sorte d'asile pour incurables. C'est évidemment là une difficulté qui se présente à propos de tous les malades mentaux, à mesure que les hôpitaux généraux sont davantage amenés à assurer des traitements psychiatriques. Une solution possible consiste à faire participer le personnel de l'hôpital psychiatrique aux travaux des services annexes, mais ces questions font partie d'un ensemble plus vaste qu'il est impossible d'aborder ici.

Dans certains pays, une forte proportion des vieillards sont admis dans les hôpitaux psychiatriques en vertu d'une décision de placement obligatoire prise dans telles ou telles formes. La raison en est souvent que beaucoup de personnes âgées sont incapables de procéder elles-mêmes et spontanément aux formalités nécessaires à leur admission. Le Comité estime cependant que le placement des personnes âgées dans les hôpitaux psychiatriques devrait autant que possible se faire sans formalités officielles, le recours à la contrainte ne devenant nécessaire que dans des cas exceptionnels.

5.9 Post-cure

Le malade doit être suivi après le traitement. Ces contacts, assurés par un travailleur sanitaire ou social, constitueront un élément essentiel du programme de post-cure qui aura été dressé en étroite collaboration avec le médecin de famille. On ne s'étendra pas ici sur les détails de cette technique ; il suffira de dire que, lorsqu'une personne âgée a manifesté des symptômes appelant l'intervention du centre d'orientation, le maintien de contacts réguliers contribue souvent puissamment à la retenir sur la pente de l'incapacité, de l'isolement et de l'infirmité. Une post-cure méthodiquement organisée aide à éviter que les malades ne retombent dans les conditions sociales qui ont favorisé leur effondrement ; elle donne l'occasion de les encourager à surmonter leur isolement en participant à des activités sociales, en s'inscrivant à des clubs de vieillards, en adhérant à des associations religieuses ou, dans le cas des personnes particulièrement douées et encore assez énergiques, en venant en aide à d'autres vieillards ; enfin, elle permet de dépister les rechutes sans délai.

5.10 Locaux et personnel

5.10.1 Locaux

Le nombre des lits d'hôpital et des places à prévoir dans les divers types de homes et d'institutions pour personnes âgées dépendra de multiples facteurs, dont les principaux sont les suivants : importance numérique relative et situation socio-économique des vieillards ; facilités spéciales de logement mises à leur disposition ; proportion des femmes qui travaillent en dehors de chez elles et, d'une façon générale, possibilité pour les vieillards d'être soignés en famille. D'autre part, les divers éléments du système sont interdépendants. Un nombre déterminé de lits d'hôpital, qui peut être suffisant si les transferts entre hôpitaux et homes d'accueil s'effectuent facilement, risque de se révéler nettement trop faible si une mauvaise coordination gêne l'acheminement des personnes âgées vers les types d'établissements qui conviennent le mieux à leur état. Il n'est donc pas possible de fixer des critères universellement valables concernant la capacité des hôpitaux et des homes d'accueil pour personnes âgées.

Sans perdre de vue cette restriction, le Comité a décidé de citer un exemple de service complet de gériatrie organisé à l'échelle d'une ville industrielle d'environ un million d'habitants. Ce service, qui a été conçu pour la ville d'Amsterdam, est en cours d'établissement. Le dixième environ de la population d'Amsterdam est âgée de plus de 65 ans. De ces 100 000 vieillards, on estime qu'environ 5000 seront incapables de mener une existence entièrement indépendante dans leurs familles ou chez eux et auront donc besoin d'aide sous une forme ou sous une autre. On a prévu un centre gériatrique pour séjours de courte durée disposant de 200 lits. La durée moyenne du séjour est évaluée à une trentaine de jours et l'on compte que 25 % environ des malades qui y seront examinés exigeront un long traitement et des mesures de réadaptation ; 425 lits sont prévus dans la ville à cet effet.

Le nombre de lits pour malades chroniques âgés paraît donc, à première vue, sensiblement plus faible qu'en Angleterre-Galles, par exemple, où les lits réservés aux malades chroniques sont au nombre de 1,27 pour 1000 habitants et sont occupés à raison de 83 % par des personnes âgées de 65 ans et plus ; il y a ainsi un peu plus de 1000 lits pour personnes âgées par million d'habitants ; il faut encore y ajouter, pour chaque million d'habitants, plus de 1000 lits d'hôpitaux psychiatriques occupés par des personnes âgées de 65 ans et plus (49 690 lits pour 44 667 000 habitants). L'écart s'explique probablement par le fait qu'Amsterdam envisage de créer un grand nombre de maisons de santé et de homes d'accueil capables d'assurer des soins infirmiers : on va construire 30 à 40 établissements de ce genre, qui pourront recevoir chacun une centaine de pensionnaires. Il est probable que ces établissements accueilleront de nombreux vieillards appartenant à la catégorie de ceux qui, dans d'autres pays, sont actuellement confiés d'une manière permanente aux hôpitaux pour malades chroniques.

La formule du home d'accueil assurant certains soins médicaux et psychiatriques a de nombreux partisans dans plusieurs pays, et son application devient une nécessité urgente en raison du nombre croissant de demandes d'admission qu'on enregistre. Le plan d'Amsterdam apporte une solution à ce problème et vise en outre à soulager les hôpitaux psychiatriques. On estime en effet que, grâce aux autres facilités qui ont été prévues, il suffira de réserver — pour une population d'un million d'habitants — 100 lits dans les hôpitaux psychiatriques aux personnes âgées de 65 ans et plus. En Angleterre-Galles, environ 1000 lits par million d'habitants sont affectés à cette classe d'âge ; mais il faut ajouter que la plupart sont occupés par des malades chroniques qui ont vieilli à l'hôpital psychiatrique.

Outre les établissements mentionnés plus haut, le plan d'Amsterdam prévoit des homes ordinaires pour une certaine proportion des personnes âgées, alors qu'en Angleterre-Galles 2 à 2,5 % seulement des vieillards sont ainsi logés.

On voit l'ampleur considérable du plan d'Amsterdam. Mais, dans beaucoup de pays, le nombre des vieillards à loger de la sorte est tout aussi grand, et il semble probable qu'un beaucoup plus gros effort devra être consenti dans l'avenir immédiat, même si l'on améliore les services de soins à domicile.

L'importance relative accordée aux diverses catégories de homes d'accueil, avec ou sans soins infirmiers, variera suivant les circonstances et les besoins. Cependant, quel que soit le système adopté, il faut veiller à ce que les personnes âgées ne soient pas les victimes d'une excessive rigidité administrative. Dans la mesure du possible, les soins médicaux courants doivent être fournis au foyer ou dans l'établissement qui en tient lieu. Les vieillards doivent pouvoir passer sans difficulté d'un type d'institution à un autre suivant les exigences de leur santé, mais on ne doit pas les envoyer dans le monde étranger qu'est l'hôpital général ou psychiatrique pour s'y faire soigner d'une maladie mineure ou pour y mourir.

5.10.2 *Personnel*

Le service pour séjours de courte durée et le service de traitement réadaptatif prolongé ont besoin d'un personnel médical sensiblement analogue à celui d'un service d'hôpital général de dimensions équivalentes. Le Comité estime indispensable qu'ils puissent appeler en consultation du personnel médical et chirurgical s'ils ont une vocation principalement psychiatrique, et inversement. En ce qui concerne le personnel infirmier, le service pour séjours de courte durée a les mêmes exigences qu'un hôpital général. Quant au service pour séjours de longue durée, il pourra se contenter d'un nombre sensiblement inférieur d'infirmières ; en revanche, il lui faudra un personnel important pour la physiothérapie et la thérapie occupationnelle et récréative. Les deux types de service trouveront une grande partie de leur personnel infirmier dans l'hôpital psychiatrique ou dans l'hôpital général avec lequel ils sont en rapports, mais il est douteux qu'ils parviennent à résoudre durablement leurs problèmes de recrutement tant que toutes les infirmières ne seront pas tenues de faire un stage dans des services de gériatrie au cours de leurs études de base. Cette obligation pourrait d'ailleurs faire disparaître l'opinion actuellement trop répandue suivant laquelle soigner des vieillards atteints de maladies mentales serait un travail inférieur à celui des autres services.

La dotation en personnel des homes d'accueil qui hébergent des vieillards infirmes dépendra de la nature des cas traités et de la disposition des lieux (possibilité de loger les pensionnaires au rez-de-chaussée, nombre d'ascenseurs, etc.).

Pour reprendre l'exemple d'Amsterdam, on y prévoit six psychiatres et de 20 à 25 infirmières pour une population d'un million d'habitants ; d'autre part, chacun des médecins est secondé par trois assistants qui s'occupent des problèmes sociaux des personnes âgées.

5.11 Conclusion

Les services mentionnés dans ce chapitre seraient très onéreux pour la collectivité, mais il n'y a pas d'autre moyen d'éviter qu'un grand nombre de vieillards ne finissent leurs jours dans une misère sordide. Toutefois, à la longue, une organisation conforme aux principes modernes de solidarité sociale avec ceux dont la santé mentale est perturbée ou menacée se révélera probablement plus économique en même temps que plus humaine.

Les multiples activités hospitalières et extra-hospitalières dont il a été question doivent être coordonnées. L'autorité sanitaire à laquelle sera confiée cette tâche essentielle variera suivant les pays, mais un mécanisme administratif ne saurait suffire à lui seul à assurer le fonctionnement harmonieux et efficace de l'organisation.

Un système comme celui qui vient d'être décrit ne saurait être mis en place d'un seul coup. Dans les pays où les services sont encore peu développés, la solution la plus rationnelle est de perfectionner ce qui existe et de former le personnel nécessaire pour soigner les vieillards dans leurs familles, plutôt que de commencer par créer des établissements hospitaliers ou parahospitaliers. De nombreux traitements psychiatriques ne nécessitent que des installations relativement simples et peuvent même se dérouler à domicile. Lorsque le programme de construction de locaux est en avance sur la formation du personnel, il se produit souvent un gaspillage d'efforts et d'argent, et les difficultés qui en découlent compromettent les progrès futurs. Le Comité est donc d'avis que le nombre et la qualité du personnel sont plus importants que les questions de briques et de mortier.

6. THÉRAPEUTIQUES PARTICULIÈRES ET RÉADAPTATION

6.1 Psychothérapie

Etant donné que les psychiatres, partout trop peu nombreux, ont jusqu'ici orienté leurs efforts dans d'autres directions, les vieillards ont rarement l'avantage d'être soignés par des personnes qui possèdent les qualités de patience et d'imagination nécessaires et surtout qui s'intéressent de manière profonde et durable aux problèmes des personnes âgées. L'accroissement récent de l'intérêt porté à ces problèmes s'est déjà traduit par une diversité et une intensité plus grandes des traitements, et l'appréciation pessimiste des chances de succès de la psychothérapie chez les vieillards commence à faire place à des vues moins sceptiques. On s'efforce surtout de résoudre au jour le jour les problèmes des malades, de diminuer leur désarroi, de les aider à se rendre utiles, de soutenir leur effort vers l'indépendance et

de les encourager à élargir et à consolider leurs rapports humains. Les traitements psychothérapeutiques plus ambitieux s'attaquant aux facteurs psycho-pathologiques sous-jacents sont rarements indiqués ; néanmoins, chez certains malades choisis avec soin, le traitement psychanalytique peut donner des résultats. Comme on l'a déjà fait observer à la section 4.2 (voir page 34), les obstacles que la rigidité de la vieillesse opposerait à l'efficacité de la psychothérapie ont été surestimés.

Les besoins alimentaires des malades âgés sont traités ailleurs. Le Comité tient cependant à souligner ici que, dans les cas de dépression, d'apathie ou de démence sénile, les habitudes alimentaires ne doivent pas être négligées. Le simple fait de s'en occuper a souvent la valeur d'une mesure psychothérapeutique.

6.2 Traitement électro-convulsivant

Une forte proportion des psychoses dépressives endogènes répondent au traitement électro-convulsivant. Il faut évidemment penser aux complications, qui sont fréquentes chez les personnes âgées, et faire précéder le traitement d'un examen physique complet. Moyennant ces précautions, l'électrochoc reste pour l'instant la thérapeutique de choix. Il est indiqué dans les cas de paraphrénie et, parfois aussi, bien que de façon plus limitée, dans les réactions de dépression qui accompagnent la psychose artérioscléreuse.

6.3 Substances psychotropes

Un certain nombre de rapports préliminaires sur les effets de quelques médicaments récents dans les cas de maladie dépressive sont favorables. S'ils se confirment, on disposera ainsi, à côté de la thérapie convulsivante, d'une méthode de valeur pour traiter les dépressions chez les vieillards. On peut nettement envisager désormais que l'administration de médicaments (associée à des mesures sociales et psychologiques) finira par devenir le traitement de choix de ces états. Bien que les médicaments en général n'affectent pas l'évolution à long terme de la psychose artérioscléreuse et de la démence sénile, les ataraxiques peuvent servir à réduire certains symptômes ; un grand nombre de malades atteints de dégénérescence sénile, mais sans troubles graves, seront ainsi capables de vivre dans des homes et même, quelquefois, de rester chez eux, soulageant d'autant l'hôpital psychiatrique.

Ces médicaments doivent être administrés sous une surveillance attentive et dans des conditions appropriées à chaque cas d'espèce. Il ne semble pas qu'il y ait lieu de redouter outre mesure l'apparition d'effets secondaires fâcheux chez les personnes âgées. On peut faire ici une mention spéciale

des troubles paraphréniques du grand âge. Avant la découverte des ataraxiques, ceux qui étaient atteints de ces troubles finissaient généralement dans un service d'incurables, mais, plus récemment, quelques succès remarquables ont été enregistrés, et il y aurait intérêt à faire des essais plus étendus. Cette question est traitée de manière approfondie dans le rapport du Groupe OMS d'étude des Ataraxiques et des Hallucinogènes en Psychiatrie.¹

6.4 Reprise des contacts humains

Dans les états confusionnels en particulier, il ne faut pas perdre de vue qu'indépendamment des soins requis par la maladie physique sous-jacente, les malades ont certaines exigences psychologiques spéciales. Ces sujets sont troublés, déroutés et angoissés par les lieux et les visages nouveaux ; il faut donc leur assurer des conditions de vie aussi calmes, aussi stables et aussi régulières que possible. Il est utile de leur affecter des infirmières et des médecins spéciaux auxquels ils puissent s'habituer. Des visites brèves mais fréquentes de parents et d'amis leur sont profitables, ainsi que des efforts constants pour les aider à surmonter leur désarroi. Intelligemment et rationnellement organisés, les soins infirmiers et médicaux contribuent à atténuer l'état d'excitation de ces malades, même s'il n'est pas prouvé qu'ils réduisent la très forte mortalité observée chez eux.

Le succès du traitement dépend dans une certaine mesure de la nature des rapports qui s'établissent entre le malade et le thérapeute. Pour nouer des contacts affectifs efficaces avec un vieillard, il ne suffit pas de posséder une grande compétence professionnelle ; il faut encore avoir les qualités que requiert l'exercice de la psychothérapie (voir section 6.1, page 48).

6.5 Réadaptation

La réadaptation fait toujours intervenir une part de psychothérapie. Elle implique aussi une analyse attentive des circonstances sociales qui entourent le malade, un effort persévérant et durable d'assistance individuelle, une action sur les facteurs extérieurs qui ont contribué au déclenchement de la maladie et la mobilisation des services sociaux qui peuvent aider le malade à reprendre une existence indépendante. Il faut souvent apaiser les craintes et les appréhensions des proches par des explications et des encouragements, faute de quoi leur attitude risque de détruire une grande partie des résultats donnés par le traitement.

Le Comité estime que l'abus des sédatifs dans les cas d'insomnie et d'agitation doit être déploré, non seulement parce que ces médicaments risquent d'engendrer l'accoutumance, mais encore parce qu'ils sapent l'énergie indispensable à la réadaptation active.

¹ *Org. mond. Santé Sér. Rapp. techn.*, 1958, 152

Dans la mesure où les ressources disponibles le permettent, il faut organiser d'avance les activités futures du malade en partant d'un bilan psychologique et professionnel en même temps que psychiatrique et physique. Cet inventaire détaillé permettra de décider si le malade doit prendre sa retraite, continuer à travailler à temps partiel ou occuper un emploi protégé, et si ses facultés et son ressort intellectuels sont suffisants pour qu'un travail et des passe-temps nouveaux soient une source de satisfaction ou, au contraire, risquent plutôt d'aggraver le sentiment pénible de son déclin.

Une des conditions essentielles de la réussite du traitement et de la réadaptation est de prendre, dès le début, des mesures pour qu'une place reste ouverte au malade dans sa famille et dans la société. Chaque fois qu'il y a un espoir de guérison, on conviendra d'emblée, avec les parents et amis du malade, des dispositions nécessaires pour permettre à ce dernier de rester chez lui ou d'y revenir dès que son état se sera suffisamment amélioré. Si le malade doit être placé dans un hôpital, on prendra la précaution de s'assurer sans tarder que ses proches ne considèrent pas ce départ du foyer comme définitif.

On a déjà vu plus haut (page 42) qu'il y a intérêt à organiser au domicile du malade une consultation réunissant le médecin de famille, le psychiatre et le travailleur social. Cette formule présente encore d'autres avantages. En effet, les décisions sur le genre de traitement ultérieur en institution qui peut être nécessaire sont prises de concert par les représentants de toutes les autorités intéressées. De plus, tous ceux qui seront probablement appelés à s'occuper du malade dans les divers séjours qu'il fera à l'hôpital, dans le service pour séjours de longue durée, le home d'accueil, etc., connaissent les données du problème dès le début. L'expérience montre que cette consultation est un bon moyen d'organiser le traitement à long terme de la façon la plus économique.

La collaboration entre les diverses spécialités qui s'occupent du malade âgé est plus facile à réaliser lorsque les hôpitaux généraux, les hôpitaux psychiatriques et les institutions pour malades chroniques entretiennent entre eux des contacts étroits qui assurent en permanence la liaison et les échanges de vues.

6.6 Rôle du médecin de famille

Le Comité estime que la liaison entre le médecin de famille, d'une part, et l'hôpital et les services de santé publique, d'autre part, est de la plus haute importance. Dans bien des pays, le praticien est obligé d'œuvrer tout seul, souvent pendant plusieurs années, jusqu'à ce qu'une crise domestique ou un effondrement subit du malade appelle l'intervention de l'hôpital et des services de santé. Si une coordination efficace est assurée, les renseignements de première main que possède le médecin traitant peuvent

être mieux exploités, les maladies des vieillards peuvent être observées et examinées à un stade précoce de leur évolution, et, réciproquement, les divers services domiciliaires et sociaux qui aident le malade à conserver son autonomie peuvent venir plus tôt et par conséquent plus utilement seconder le médecin de famille. Dans tout système organisé ayant pour objet de développer les soins extra-hospitaliers aux vieillards atteints de troubles psychiatriques, le médecin de famille doit jouer le rôle central.

7. FORMATION DU PERSONNEL ET ORGANISATION DE LA RECHERCHE

7.1 Formation du personnel

La formation donnée au personnel médical et infirmier doit préparer celui-ci à l'effort prolongé, persévérant et difficile qu'exigent le traitement et la réadaptation des personnes âgées, effort auquel doivent participer de nombreuses organisations et catégories de travailleurs.

Les programmes d'études des écoles de médecine et des écoles d'infirmières doivent donc être révisés en fonction des besoins actuels. La formation des médecins et des infirmières devrait comporter obligatoirement un enseignement théorique et un stage pratique en gériatrie et en psychiatrie. Ces deux disciplines sont encore trop souvent considérées comme extérieures à la médecine proprement dite, et c'est là une conception qu'il convient de combattre. La réforme dont il s'agit est devenue particulièrement urgente dans les pays « vieillissants ». Dans l'immédiat, on pourrait obtenir des résultats utiles en organisant des cours de psychiatrie gériatrique à l'usage des praticiens de médecine générale. D'autre part, des cours post-universitaires pour médecins et psychiatres aideraient à éviter, entre la médecine générale et la psychiatrie, toute séparation tranchée, si préjudiciable quand il s'agit de la santé des personnes âgées.

Il serait non moins important de compléter sur ce point la formation du personnel des services de santé publique, des services sociaux, des homes d'accueil et des œuvres privées qui s'occupent des vieillards. Il importe aussi de donner un enseignement sur les problèmes de santé mentale des personnes âgées aux infirmières de la santé publique, aux infirmières visiteuses et aux agents des œuvres privées qui s'occupent des vieillards dans la collectivité. Il ne s'agit évidemment pas de faire de ces personnes des psychiatres, mais de compléter suffisamment leurs connaissances pour qu'elles acquièrent une vision plus large des problèmes considérés et pour qu'elles puissent s'acquitter de leurs fonctions en meilleure connaissance de cause.

7.2 Instituts de recherches gérontologiques

La création d'instituts de recherches accélère le progrès des connaissances, donne un puissant encouragement aux spécialistes du domaine considéré et contribue à la haute qualité de la pratique et des études cliniques dans les disciplines correspondantes. Le Comité recommande donc l'établissement d'instituts de gérontologie. Ces instituts travailleraient la plupart du temps en liaison étroite avec les écoles de médecine et les universités, sans qu'il leur soit d'ailleurs interdit de déborder partiellement de ce cadre. Entre autres tâches importantes, ils feraient des enquêtes sur l'organisation et l'efficacité des services destinés aux personnes âgées, organiseraient des essais pour déterminer les meilleures méthodes de travail et de fonctionnement et mettraient au point, en fonction des ressources des services de santé, des procédés systématiques d'évaluation des besoins.

L'OMS pourrait jouer un rôle très utile en facilitant les contacts internationaux entre ces instituts de recherches.

8. RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

8.1 Organisation des services de gériatrie

Le Comité recommande la création de services intégrés de santé mentale pour les personnes âgées. Ces services, dont le pivot serait constitué par les centres d'orientation, seraient équipés pour protéger préventivement la santé mentale des vieillards et pour traiter les maladies mentales avec ou sans hospitalisation. La coordination intérieure doit être telle que chaque vieillard puisse bénéficier sans délai des interventions de toute nature exigées par son état. Le fonctionnement de ces services sera suffisamment souple pour que les malades puissent passer facilement d'un régime à un autre sans solution de continuité dans les soins. L'organisme le plus qualifié pour assurer cette intégration harmonieuse serait une instance dont la compétence s'étende à la fois aux services préventifs et aux services curatifs.

Les nouveaux services de traitement et de réadaptation rapides devraient posséder les moyens d'examiner, de traiter et de réadapter les vieillards à la fois dans l'ordre physique et dans l'ordre psychiatrique. Leur personnel devrait comprendre des médecins et des psychiatres.

8.2 Formation professionnelle

Les programmes des écoles de médecine et des écoles d'infirmières devraient accorder une plus grande place aux problèmes de la sénescence et de la santé mentale. Il y aurait intérêt, d'autre part, à organiser des

cours d'entretien à l'intention des praticiens de médecine générale, des médecins spécialistes et des psychiatres. En outre, tout le personnel appelé à s'occuper des vieillards en milieu extra-hospitalier devrait recevoir un enseignement sur les problèmes généraux et les problèmes de santé mentale des personnes âgées (voir section 7.1, page 52).

Il faudrait également répandre chez les profanes l'idée que beaucoup de maladies mentales de la vieillesse ne sont pas incurables.

8.3 Mesures socio-économiques

Dans certaines sociétés, un effort est nécessaire pour orienter l'opinion dans le sens d'une plus grande compréhension des problèmes de la sénescence.

Le Comité recommande que l'on encourage les recherches sur les qualités et les faiblesses propres à la vieillesse. Ceci permettrait d'élaborer, en matière de retraite, une politique plus souple et mieux adaptée aux désirs, aux aptitudes et aux besoins des personnes âgées (voir section 3.1.1, page 22).

Le Comité recommande que l'on s'efforce tout spécialement d'instaurer des conditions grâce auxquelles il soit plus facile aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur famille et dans la collectivité. Dans de nombreuses régions, il sera nécessaire, à cet effet, de développer considérablement les services de soins à domicile et les hôpitaux de jour. Par une collaboration appropriée entre les familles des personnes âgées et les services de santé de la collectivité, on pourra éviter le placement permanent en institution d'un grand nombre de vieillards.

Il y aurait lieu d'étudier méthodiquement les incidences d'un développement économique et industriel rapide sur la structure des rapports inter-individuels. Lorsque des modifications sont envisagées, il faudrait prendre l'avis des personnes appelées à être transférées dans un cadre nouveau et tenir compte de leurs besoins affectifs et psychologiques. On s'efforcera dans toute la mesure du possible de donner aux jeunes comme aux vieux des compensations pour les bouleversements introduits dans leur vie par la séparation. Il serait souhaitable d'associer des spécialistes de la santé mentale et de la sociologie à l'établissement des plans des villes et des collectivités nouvelles (voir section 3.1.4, page 24).

Les effets de l'urbanisation sur les personnes âgées doivent faire l'objet de nouvelles études, dans lesquelles il conviendrait de s'inspirer des principes d'hygiène mentale et de consulter des psychiatres et des sociologues.

Etant donné le grand nombre de vieillards isolés qui sont dans la nécessité de se faire hospitaliser et le taux élevé des suicides parmi eux, le Comité recommande que l'on prête une attention toute particulière à leurs problèmes. On s'efforcera systématiquement de dépister les vieillards vivant seuls et de déterminer leurs besoins. On leur donnera l'occasion, s'ils le

désirent, d'avoir certains contacts humains, soit en les visitant régulièrement, soit de toute autre manière, et l'on fournira une aide à domicile aux personnes diminuées ou confinées chez elles.

8.4 Recherches

Le Comité recommande la création d'instituts de gérontologie. L'OMS pourrait servir de centre d'information sur les activités de ces instituts dans les différents pays et organiser des groupes d'étude et des symposiums internationaux (voir section 7.2, page 53).

Le Comité estime que les domaines les plus importants à explorer à l'heure actuelle sont les suivants :

a) Etudes démographiques concernant toutes les formes de maladies mentales de la vieillesse dans les différentes sociétés. C'est seulement ainsi que l'on peut espérer établir si des différences dans le contexte social sont réellement associées à des différences dans le risque d'être atteint d'une maladie mentale à un âge avancé. Ces études fourniraient d'autre part les données de base nécessaires dans chaque pays à l'organisation des services de santé mentale destinés aux vieillards (voir section 1.3, page 9).

b) Etudes détaillées de cas particuliers complétant les enquêtes sociologiques et statistiques. Ces études auraient pour objet de préciser dans quelle mesure exacte l'isolement du vieillard, notamment du célibataire ou du veuf, favorise l'apparition de maladies mentales ou rend impossible son maintien au sein de la collectivité.

c) Enquêtes sur les rapports de la malnutrition et de la mauvaise santé dans le jeune âge avec la sénilité précoce.

d) Etudes sur les facteurs génétiques associés aux différences dans la rapidité du vieillissement et dans l'apparition des maladies mentales.

e) Etudes longitudinales de vies entières. Quoique coûteuses et difficiles à organiser, elles constituent le seul moyen d'obtenir des renseignements valables sur les rapports qui existent entre, d'une part, l'adaptation, l'épanouissement et les satisfactions de la jeunesse et de l'âge mûr et, d'autre part, la réussite plus ou moins heureuse de la vieillesse. A cette fin, on pourrait mettre à profit les études longitudinales qui ont déjà été entreprises, dans certains cas, depuis dix années ou davantage, sur des individus jeunes. Ces investigations sont le complément indispensable des études transversales sur la santé mentale et l'adaptation des personnes âgées.

f) Recherches plus poussées sur les méthodes psychologiques de détermination du vieillissement mental.

g) Développement des recherches sur l'épidémiologie du suicide chez les personnes âgées, parallèlement à des études sur des cas particuliers de suicide et de tentative de suicide (voir section 1.3.1, page 12).

h) Continuation des recherches sur le mode d'action des méthodes pharmacologiques et physiques actuelles de traitement des maladies mentales chez les personnes âgées (voir sections 6.2 et 6.3, page 49).

i) Etudes sur la psychopathologie des maladies mentales chez les personnes âgées, sur les techniques psychothérapeutiques convenant aux vieillards et sur les moyens d'utiliser au mieux les possibilités existantes pour assurer cette forme de traitement (voir section 6.1, page 48).

j) Recherches fondamentales sur le vieillissement du système nerveux central. Ces travaux devraient faire partie intégrante des activités des instituts de gérontologie (voir section 7.2, page 53). C'est peut-être par cette voie que s'obtiendront les plus grands progrès dans la connaissance des maladies mentales de la vieillesse. Il paraît d'autant plus opportun de s'y engager actuellement que l'étude expérimentale du système nerveux central par des méthodes biochimiques, microscopiques, neurophysiologiques et autres s'est récemment perfectionnée de façon très rapide. L'une des principales fonctions des instituts de gérontologie, tels que les envisage le Comité, consisterait précisément à réaliser une fécondation réciproque entre les recherches fondamentales et les études cliniques que ce domaine appelle.