

HISTOIRE DES MALADES D'ALZHEIMER ENTRE HOSPICES ET ASILES

Le traitement institutionnel des malades Alzheimer depuis le début du XX^e siècle

Une population ballottée entre établissements inadaptés

Christophe CAPUANO

Maître de conférences (HDR) Université Lumière Lyon2/LARHRA

Résumé

Notre contribution interroge le traitement institutionnel des malades Alzheimer et analyse les transferts entre deux types d'institutions inadaptées tout au long du XX^e siècle : les hospices et les asiles d'aliénés. Ces deux institutions se renvoient en effet cette population considérée comme indésirable et non considérée dans sa spécificité puisque les malades d'Alzheimer ne sont pas diagnostiqués tels quels mais relèvent de la catégorie de déments séniles, voire d'aliénés. Cet article relate donc une succession d'échecs à traiter ces malades d'Alzheimer, tantôt relégués dans leurs hospices, tantôt placés dans des colonies familiales ou abandonnés dans des asiles psychiatriques jusqu'à la fin du siècle. Il faudra la mise en place d'infrastructures alternatives et surtout un nouveau regard porté sur cette population pour que des solutions spécifiques soient proposées.

Mots-clés : malades d'Alzheimer, démence sénile, aliénés, asiles, hospices de vieux

Abstract

The institutional treatment of Alzheimer's patients since the beginning of the 20th century: a population tossed around between unsuitable institutions

My contribution examines the institutional treatment of Alzheimer's patients and analyses the transfers between two types of unsuitable institutions throughout the 20th century: hospices and asylums for the insane. These two institutions indeed refer to each other this population considered as undesirable and not considered in its specificity since Alzheimer's patients are not diagnosed as such but belong to the category of senile dementia, or even insane people. This article therefore relates a succession of failures to treat these Alzheimer's patients, who were sometimes relegated to their hospices, sometimes placed in family colonies or abandoned in psychiatric asylums until the end of the century. Alternative infrastructures will have to be put in place and, above all, a new look at this population will be needed if specific solutions are to be proposed.

Keywords: Alzheimer patients, senile dementia, alienated asylum, old people's home

En 1977, le premier Centre d'animation naturel tiré d'occupations utiles (Cantou) ouvre ses portes à Rueil-Malmaison, en banlieue parisienne, à l'initiative de Georges Caussanel. Ce dernier, directeur d'une maison de retraite entend occuper par diverses activités des personnes âgées démentes et les mêler avec d'autres moins désorientées pour stimuler les premières et tenter de préserver leur autonomie. Cette expérience pionnière, dans le dernier tiers du XX^e siècle, d'un dispositif institutionnel spécifique pour ce type de population révèle en creux l'absence d'accompagnement aux malades d'Alzheimer qui a longtemps persisté. Cette question reste encore très peu traitée par l'historiographie¹ et notre étude, loin d'être exhaustive, entend modestement contribuer à ce chantier en construction. Nous nous intéresserons en particulier au traitement institutionnel des malades Alzheimer et sur les transferts entre deux types d'institutions inadaptées tout au long du XX^e siècle : les hospices et les asiles d'aliénés. Ces deux institutions se renvoient cette population considérée comme indésirable et non considérée dans sa spécificité. En effet, les malades d'Alzheimer ne sont pas diagnostiqués tels quels mais relèvent de la catégorie de déments séniles, voire d'aliénés, ce qui contribue à les invisibiliser dans les institutions. Les travaux d'Alzheimer ne sont alors que l'un des éléments de réflexion sur la démence sénile², cette catégorie englobante qui recouvre la diminution des facultés intellectuelles liée à l'âge et reste très prégnante tout au long du XX^e siècle. Cette démence reste étroitement associée à la sénilité, bien que des sujets plus jeunes puissent être concernés (ils sont alors qualifiés de « déments pré-séniles »)³.

Les hospices, des espaces de relégation pour des populations démentes ?

Dans les hospices, cette population paraît d'abord comme encombrante et fait l'objet de pratiques ségrégatives. Lors de leur entrée dans les établissements, les personnes âgées ne doivent avoir, pour être admises, ni maladie ou handicap mental ; elles ne contractent alors la maladie que dans un second temps et sont classées alors comme « démentes », « séniles » ou « aliénées », en raison de leurs facultés intellectuelles diminuées mais elles restent dans l'établissement. Comme l'a montré en effet

¹ Derrien M. Soigner les incurables ? L'expérience des colonies familiales et la réforme de l'assistance aux aliénés en France (1892-1939). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2020, 67, 1 : 24-43; Derrien M, Rossignieux-Méheust M. L'État social à l'épreuve des personnes âgées atteintes de troubles mentaux, Une expérience de réadaptation pendant les années 1950. *20&21, Revue d'histoire*, 2020, 145 : 19-33. Rossignieux-Méheust, M., *Vies d'hospice. Vivre, vieillir et mourir en institution au XIX^e siècle*, Paris, Champ Vallon, 2018. À paraître un ouvrage de ces deux auteurs au Seuil.

² La démence sénile est l'approche médicale privilégiée et quasi exclusive pour aborder le vieillissement en psychiatrie jusqu'au milieu du XX^e siècle. Définie comme terme médical en 1785 par Philippe Pinel, la démence est précisée au début du XIX^e siècle par Étienne Esquirol qui distingue « démence aigüe » et « démence sénile ». Dans les années 1870, le psychiatre allemand Richard von Krafft-Ebing souligne le caractère traitable de la première et le caractère inéluctable de la deuxième démence.

³ Les travaux du neurologue allemand Aloïs Alzheimer sur la *Contribution à l'anatomie pathologique des troubles mentaux de la vieillesse*, (Francfort, 26^{ème} réunion des Aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, 1899) constituent l'une des références pour alimenter les travaux sur la démence sénile, mais c'est loin d'être la seule. Quant aux travaux sur la « maladie d'Alzheimer » proprement dite, ils ont peu d'effets sur le traitement des malades. Il en est ainsi de la publication écrite de la présentation qu'Alzheimer réalise le 4 novembre 1906, lors de la 37^{ème} Conférence des psychiatres allemands à Tübingen. Il y décrit pour la première fois la « maladie particulière du cortex cérébral » de sa patiente Auguste D. Il en est de même en 1911, lorsqu'Alzheimer publie un article plus complet sur l'interprétation de ses observations.

Mathilde Rossigneux-Méheust, dans sa thèse à partir des cas des Ménages, de Sainte-Perrine, de Bicêtre et de la Salpêtrière, nombreux sont les individus à mourir au motif de « sénilité », de « démence sénile », de « démence », de « gâtisme sénile », de « débilité » et de « débilité sénile ». Ces établissements d'hébergement ne sont d'ailleurs en aucun cas des lieux de soins. Les personnes séniles sont néanmoins placées dans des espaces à part à l'intérieur des hospices, comme dans les établissements gérés par l'Assistance publique de Paris, avec des dispositifs semi-carcéraux ou des salles d'isolement destinées à enfermer les déviants. L'administration de l'Assistance publique a pourtant rappelé dans une circulaire de 1867 que la séquestration de vieillards des hospices atteints de troubles momentanés est une mesure d'une gravité extrême qui ne peut être employée que dans les cas d'une nécessité absolue. S'il faut éviter les séquestrations prématurées ou insuffisamment motivées, le choix de mettre à l'écart ces malades ou de les isoler spatialement des autres, reste fréquent.

On voit le maintien de cette relégation tout au long du XX^e siècle, liée à la catégorisation des corps, moins sur des critères médicaux que selon leur gestion pragmatique par les responsables d'établissement ; ainsi les malades d'Alzheimer sont classés dans la catégorie des demi-fous ou à troubles mentaux, ils posent problème moins pour ces troubles que pour leurs manifestations corporelles dérangementes pour les autres. Des relégations ont aussi pour origine les plaintes des autres pensionnaires contre des individus « tombés dans l'enfance » ou aliénés. Des vieillards demandent alors leur mise à l'écart de leurs congénères car ils troublent leur sommeil, parfois parce que la personne devient dangereuse et frappe les pensionnaires. Les discours ne sont pas plus tolérants dans la seconde moitié du siècle comme le montre l'exemple de l'Hospice du Perron, dans la région lyonnaise. Les vieillards valides et infirmes en 1958 veulent donner un écho médiatique à leur mécontentement en s'adressant au périodique *Les Allobroges* afin qu'il relaie leurs plaintes :

Dans certains dortoirs, des pensionnaires n'auraient pas toute leur lucidité. Cet état de fait nuirait à la tranquillité des lieux. Les vieillards et les infirmes revendiquent une tranquillité qu'ils ont bien méritée et demandent que ces pensionnaires soient logés à part⁴.

Hospices ou asiles d'aliénés ? Des transferts entre institutions au tournant du XX^e siècle

Si les transferts entre institutions restent minoritaires au XIX^e siècle, les asiles d'aliénés reçoivent néanmoins de nombreuses personnes âgées atteintes de démence sénile, dont une partie entre directement sans transiter par un autre établissement. Cette situation est vivement critiquée par les psychiatres qui veulent se débarrasser de ce type de population âgée, dépendante et considérée comme incurable. Dans son rapport sur le projet d'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, le sénateur Paul Strauss ne manque pas de dénoncer le problème :

Depuis longtemps les médecins et les administrateurs signalent la présence de nombreux déments séniles, dont la place est à l'hospice. Les médecins des asiles de la Seine attribuent l'encombrement de ces établissements à la présence de déments inoffensifs, chroniques et séniles, paralytique, MM les docteurs Marie et Toulouse proposent d'éliminer par le régime familial. Il n'est pas excessif d'évaluer au dixième la proportion de ces incurables qui prennent dûment la place des aliénés curables dans les asiles de traitement de l'aliénation mentale du département de la Seine. En dehors des aliénés qui peuvent bénéficier du

⁴ *Les Allobroges*, 19 juin 1958. Cf Florence Duret. La prise en charge de la vieillesse à l'établissement du Perron, XX^e- début XX^e siècles. Mémoire de Master1, Sciences humaines et sociales, Université de Grenoble, 2014-2015 : 134-135.

placement familial, il en est un certain nombre qui, faute d'admission dans un hospice, doit être encore maintenu dans les asiles ou jetés à la rue⁵.

Les déments séniles (en majorité des femmes) représentent à eux seuls en 1907, 8,7 % de la population internée (70 658 aliénés). Avec la loi d'assistance du 14 juillet 1905, les psychiatres sont invités à vider les asiles psychiatriques de ces personnes placées pour cause de sénilité. Une première circulaire de mars 1906 issue du ministère de l'Intérieur demande aux préfets qu'ils s'assurent du transfert de ce type de vieillard vers les hospices « afin de leur garantir une vieillesse plus paisible que celle qui leur aurait été réservée à l'asile d'aliénés ». Elle est suivie d'une seconde en mars 1910 :

Naguère, il arrivait que des vieillards fussent maintenus dans un asile d'aliénés bien qu'ils n'eussent besoin ni de la surveillance, ni de soins spéciaux qui ne peuvent être donnés dans ces établissements ; ils étaient conservés là par la commisération, parce qu'ils étaient sans famille, sans ressources, parce que leur état de sénilité les mettait dans l'impossibilité de gagner leur vie par le travail et qu'il paraissait ainsi inhumain de les faire sortir de l'asile pour les laisser sans subsistance le long des routes⁶.

Dans les deux cas, les circulaires insistent sur des principes d'humanité pour inciter à ces transferts. Or les hospices font également face une hausse régulière des demandes que les dispositifs de la loi de 1905, tournés vers les prestations à domicile, ne parviennent pas à réduire⁷. Par conséquent, loin de diminuer la part de la population atteinte de démence sénile dans les asiles, celle-ci augmente même dans les années qui suivent la loi de 1905 (de 8,7 à 9,2 % de 1907 à 1910, soit environ 9 000 individus).

Les colonies familiales : une solution qui fait long feu pour accueillir les déments séniles ?

À la fin du XIX^e siècle, pour certains médecins des asiles de la Seine, la solution ne peut être trouvée dans le renvoi des « déments séniles curables » vers les hospices ordinaires. C'est la position du docteur Auguste Marie qui décrit ces patients comme des « malades à mentalité profondément et définitivement altérée » devant trouver un lieu de résidence alternatif et non-institutionnel. Il devient le principal promoteur des colonies où les patients sont placés sous « surveillance médicale » de familles nourricières⁸. L'expérience est menée dans le centre de la France, à Dun-sur-Auron (Cher), à partir de 1892 ; puis une annexe est créée pour les hommes Ainay-le-Château (Allier) qui devient une structure autonome en 1900⁹. En 1913, 1 000 malades mentaux sont hébergés dans la colonie de Dun-sur-Auron qui compte 4 000 habitants. Ce sont surtout des personnes âgées de plus de 70 ans qui arrivent dans la commune après un séjour dans l'un des asiles de la Seine. D'autres expériences visent spécifiquement des vieillards des hospices comme celle du docteur Jardet autour de Vichy à partir de 1899. Ce dernier s'inspire du placement de quelque 1 200 vieillards dans les familles d'accueil des plaines de Campine, en Belgique. Néanmoins, cela ne fonctionne pas en France où le prix de pension

⁵ Strauss P. Rapport au Sénat sur la proposition de loi adoptée par la Chambre des députés relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables, n° 43, année 1904.

⁶ Circulaire du ministère de l'intérieur du 6 mars 1910. *Administration du Bulletin-commentaire des lois nouvelles et décrets*, Librairie spéciale des lois nouvelles commentées, 1910.

⁷ Capuano C. *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*. Paris : Presses de Sciences Po, 2018 : 64-65.

⁸ Docteur Auguste Marie. De l'assistance familiale aux aliénés du département de la Seine. *Rapports et mémoires présentés au congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée*. Paris : G. Maurin, 1900 : 92.

⁹ Derrien M. Soigner les incurables ? L'expérience des colonies familiales et la réforme de l'assistance aux aliénés en France (1892-1939). *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, 2020, 67, 1 : 24-43.

proposé aux habitants est trop faible (entre 200 et 300 francs/an) pour être attractif¹⁰. Par ailleurs, le dispositif des colonies familiales ne parvient pas à se généraliser malgré la promotion assurée par Auguste Marie¹¹ et les encouragements au dispositif par le biais d'une circulaire ministérielle (mai 1922). Les populations locales y sont souvent hostiles et les conseils généraux rechignent à proposer des rémunérations suffisamment élevées aux familles d'accueil. Ainay-le-Château et Dun-sur-Auron ne restent finalement que les deux seules colonies familiales encore actives jusqu'à nos jours.

Une question insoluble ? Une nouvelle dynamique des transferts inter-institutionnels au cours des années 1950-1960

Au début des années 1950, « l'encombrement par les séniles » des asiles est toujours dénoncé¹². Si les transferts de patients entre hospices et hôpitaux psychiatriques¹³ – nouvelle dénomination des asiles –, restent limités dans le département de la Seine de 1945 à 1956 (on n'en compte alors qu'une vingtaine), en revanche une expérience inédite est menée en 1956 à l'initiative d'André Thiébaud, secrétaire de la commission de surveillance des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Il organise le déplacement de déments séniles d'hôpitaux psychiatriques vers l'hospice de Villers-Cotterêts afin de les resocialiser au contact des autres pensionnaires. Néanmoins cette « cure de réadaptation » pour ces personnes âgées atteintes de troubles mentaux ne dépasse pas le stade expérimental : elle ne touche que 70 internés et s'achève dès 1963, mais elle témoigne d'une tentative de trouver une solution adaptée à ce type de population¹⁴.

Dans le même temps, en province, le sort de ces malades continue de susciter de nombreuses tensions entre établissements. Un rapport du ministère de la Santé publique et de la Population sur l'aide médicale et sociale aux personnes âgées de 1960 souligne :

[...] beaucoup de directeurs et de médecins d'hospice se plaignent de l'envahissement de leur service par des malades mentaux. Certains hôpitaux psychiatriques encombrés n'acceptent un malade que si l'hospice demandeur consent, en contrepartie, à recevoir deux de leurs vieux malades¹⁵.

Cette situation est vivement critiquée puisqu'elle ne fait qu'« encombrer des hospices qui ne disposent ni de personnel qualifié, ni de l'équipement nécessaire pour les soigner ». Le cas de la région lyonnaise illustre bien cette situation. Un jeu de cascade se produit au cours du siècle entre petits et grands hospices d'un côté, services libres du Vinatier¹⁶ de l'autre : la modernisation des hôpitaux/hospices de plusieurs petites villes du Rhône et la suppression de leurs lits d'hospices entraîne le reversement de certains vieillards, considérés comme indésirables car « séniles mentaux »,

¹⁰ Docteur Jardet. Rapport sur l'organisation d'un service de pensionnaires libres placés par les hospices de Vichy chez des nourriciers cultivateurs ou habitants des campagnes. *Rapports et mémoires présentés au congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée*. Paris, 1900 :175-91.

¹¹ Marie A. *La réforme de l'assistance aux aliénés*. Paris : Éditions médicales, 1928.

¹² Bonnafé L, Tronche J, Calvet J. L'hospice de vieillards, instrument de démentiation ? Vers une conception nouvelle de l'organisation gériatrique. *Revue de l'économiste*, 1952, 208 : 1295.

¹³ Selon le recensement de mars 1946, les personnes relevant de la catégorie « démence sénile et psychose d'involution » sont estimées à 3 200 dans les hôpitaux psychiatriques (900 hommes, 2 300 femmes).

¹⁴ Derrien M, Rossigneux-Méheust M. L'État social à l'épreuve..., *op. cit.* 19-33.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Créé en 1876 sous le nom d'asile départemental d'aliénés de Bron, il devient hôpital psychiatrique en 1937.

vers les principaux hospices de la région lyonnaise (Hospices civils de Lyon, Hospice d'Alix, Hospice d'Albigny, Hospice des Charpennes). Or la mise en place et le développement de services libres au sein de l'hôpital psychiatrique du Vinatier après la Seconde Guerre mondiale, constitue un appel d'air pour ces hospices ainsi que pour certains hôpitaux généraux. Ils permettent en effet d'hospitaliser des malades aigus sans les astreindre aux formalités indispensables à un internement au titre de la loi de 1838. Ces établissements en cherchant à se débarrasser à leur tour des vieillards bruyants et indésirables adressent systématiquement ce type de population aux services libres du Vinatier qui se trouvent progressivement submergés par cette population âgée¹⁷. L'hôpital psychiatrique doit, pour désengorger ses services libres, placer en division des internés (après l'obtention d'un certificat d'internement) un certain nombre de ces personnes âgées, déposées en service libre, et qui ne peuvent retourner ni en établissements ni auprès de leur famille¹⁸ – ce qui entraîne une élévation de l'âge dans cette division des internés à partir de 1956¹⁹. Par ailleurs, cette situation conduit le Vinatier à limiter les admissions du service libre et à conclure un accord avec les hôpitaux généraux et les hospices visant à n'admettre les malades âgés qu'après entente préalable. Ces mesures, si elles permettent de ralentir l'augmentation du nombre de personnes âgées dans l'asile, ne résolvent pas le problème de la présence de ces populations âgées avec troubles psychiques dans les hospices et hôpitaux généraux.

Ces problèmes mettent au jour les retards en matière de psychiatrie gériatrique ou gérontologique²⁰. La question se pose particulièrement pour le traitement de la catégorie des malades âgés, psychiquement invalides, souvent impotents, voire grabataires qui exigent des soins physiques. Ils sont considérés comme totalement dépendants, incapables de toute activité et exigent du personnel des qualités particulières. Au Vinatier, cette population complètement dépendante représente 14,5 % du total des malades âgés²¹.

En matière architecturale, des pistes sont avancées²² en faveur de la création dans chaque « grand centre urbain, d'un établissement particulier conçu, équipé et organisé pour la réhabilitation et le traitement physique et psychique des vieillards malades chroniques ». Pensé en fonction « de la personnalité du vieillard malade », ce type d'établissement doit créer « un climat favorable à la pratique d'une médecine 'récupérative' basée sur sa réhabilitation physique et psychique »²³. Cela implique la disposition de chambres aménagées et meublées en fonction de la situation et de l'état du

¹⁷ La part des personnes âgées de plus de 65 ans traitées dans le service libre de la clinique neuropsychiatrique ouverte en 1945 ne cesse d'augmenter, pour atteindre 25% des 582 personnes traitées.

¹⁸ Certains présentent des troubles psychiques aigus au cours d'une défaillance cardiaque, d'une azotémie passagère, d'un épisode pulmonaire fébrile.

¹⁹ Dans la division des internés du Vinatier, les malades de plus de 60 ans passent de 390 (pour 1413 malades de cette division) en 1948 à 603 en 1954 (1792 malades de cette division au total) avant de se stabiliser vers 625-628 en 1956-58 (sur 1800-1810 malades internés au total). Inspection générale de la Santé et de la Population. Rapport sur l'aide médicale et sociale aux personnes âgées. Annexe 2 : Les maladies mentales et les personnes âgées. *Bulletin d'information du ministère de la Santé publique et de la Population*, 1960, 2 : 55-56.

²⁰ La psychiatrie va seulement diversifier sa nosologie à partir des années 1950. En 1955, le psychiatre anglais Marti Roth publie un article dans lequel il accorde une importance déterminante à la neuropathologie et propose cinq catégories : psychose affective, psychose sénile, paraphrénie, confusion aiguë, psychose artériosclérotique. Roth M. The Natural History of Mental Disorders in Old Age. *The British Journal of Psychiatry*, 1955, 101 (423):281-301; Majerus B. Les personnes âgées en psychiatrie : une perspective historique, [<http://majerus.hypotheses.org/410>].

²¹ Au Vinatier, les malades âgés de plus de 65 ans sont 515 pour 2250 malades au total (25%). Ce pourcentage est proche de celui trouvé dans les hospices psychiatriques de la Seine (27%).

²² Maréchal A, Joris L. *Techniques hospitalières*, avril 1957, 139 : 39.

²³ Inspection générale de la Santé et de la Population, « Rapport sur l'aide médicale et sociale aux personnes âgées », Annexe 2..., *op. cit.* : p.57.

malade et de séjours de longue durée. Une attention particulière doit être accordée à l'ambiance agréable du lieu : « à la désodorisation, à la climatisation, à la psychologie des couleurs, à la lumière – naturelle et artificielle – à l'insonorisation, à l'accès aux terrasses, aux jardins et, enfin, à l'hôtellerie ». Ces projets restent cependant dans les cartons pour des raisons de coûts.

Conclusion

La question du traitement de la démence sénile revient sous une nouvelle forme à partir des années 1970. Beaucoup de personnes âgées sont alors orientées vers des hôpitaux psychiatriques alors que leur pathologie devrait relever de sections de cure ou d'établissements de long séjour. Cette sur-psychiatrie des personnes âgées dépendantes tient moins à des critères médicaux qu'à des considérations financières liées aux contrastes entre les dispositifs. En 1972, la population des hôpitaux psychiatriques est composée de 25,5 % des personnes de plus de 65 ans (14 % pour les hommes et 37 % pour les femmes). On espère alors que la mise en place de la psychiatrie de secteur et la multiplication des traitements ambulatoires entraînent une réduction de cette population internée. Cette évolution tarde cependant à venir, comme le souligne le groupe de travail « Soins aux personnes âgées » en 1980²⁴ : les plus de 65 ans représentent encore près de 25 % de la population hospitalisée en service de psychiatrie pour 13,5 % de la population totale. La principale raison tient aux régimes contrastés dont relèvent les hôpitaux psychiatriques et les autres formes d'hébergement ; les premiers bénéficient d'une couverture totale par l'assurance maladie tandis que les seconds exigent une contribution financière. L'internement en institution psychiatrique paraît donc financièrement plus intéressant pour les familles que le placement en section de cure ou de long séjour, où il faut faire face aux dépenses d'entretien courant et d'hébergement. En cas de séjour psychiatrique, la famille ne supporte au contraire aucun frais d'hébergement et assure même, par le biais d'une mesure de mise sous tutelle, un héritage proportionnel à la durée du séjour.

En 1986, les effets pervers de ces régimes différents sont dénoncés par la commission Tabah évoquant ces placements « dans les hôpitaux psychiatriques [d'] un grand nombre de personnes âgées qui n'ont rien à y faire, pour la seule raison que cette formule d'hébergement est la seule prise en charge à 100 %²⁵ ». La situation ne s'améliore pas au cours des années 1980 et le rapport parlementaire Boulard²⁶ dénonce encore la « sur-psychiatrie » des personnes âgées dépendantes liée à ces dispositifs. On estime alors que sur les 45 000 personnes âgées en psychiatrie, 11 000 relèveraient de placements injustifiés. La solution préconisée consiste à réaliser une discrimination selon l'âge au sein des établissements psychiatriques pour rendre financièrement moins intéressant le placement des personnes âgées : on ponctionnerait les pensions de retraite de ces dernières, totalement prises en charge, pour financer au moins leur entretien courant (pour aligner le régime sur celui des personnes accueillies en section de cure ou de long séjour). La commission Tabah insiste quant à elle davantage sur la mise en place d'infrastructures alternatives à l'institution psychiatrique, plus adaptées aux problèmes des personnes âgées dépendantes et évitant une rupture avec la famille. La solution proposée est inspirée des centres intégrés suédois présentés en 1985 par Michèle Dupé (centres gérés par les municipalités suédoises et offrant à peu près toute la gamme des services d'aide à domicile et

²⁴ Archives nationales, Pierrefitte, 20000359/1. *Les soins aux personnes âgées*, Rapport du groupe de travail « soins aux personnes âgées », Ministère de la santé et de la Sécurité sociale, déc. 1980.

²⁵ Tabah L. *Vieillir solidaires : la solidarité entre les générations face au vieillissement démographique*. Commissariat général au Plan, La Documentation française, 1986 :59. Consulté au Centre de documentation de la Fondation nationale de la Gérontologie (FNG).

²⁶ FNG. Rapport parlementaire d'information sur les personnes âgées dépendantes : Vivre ensemble. Présenté par J-C Boulard, Assemblée nationale, n° 2135, 2^{ème} session ordinaire de 1990-1991 : 21.

d'hébergement²⁷) ; elle consiste en l'utilisation d'appartement d'accueil de petite taille qui aurait l'avantage d'être « plus proche d'une pension de famille qu'une lourde institution ». Les expériences ont en effet montré plusieurs avantages :

dans ces petites unités, des états de pré-démence ou de démence sénile, par exemple, pèsent d'un poids tout différent sur les soignants et les familles que dans les grandes unités. La démence est souvent le résultat d'une coproduction, elle est donc différente selon le lieu de vie²⁸.

L'intérêt de ces structures tient ainsi au fait qu'elles maintiennent le maximum de liens avec la vie familiale et sociale et qu'elles constituent de réelles alternatives à l'hospitalisation en long séjour ou en centre psychiatrique. Cette proposition se traduit par la multiplication de telles structures au cours des années 1990, moins pour prévenir la démence sénile, que pour accueillir les malades atteints d'Alzheimer à un stade encore peu avancé dans des structures enfin adaptées.

²⁷ Dupé M. L'habitat intégré des personnes âgées en Suède : l'expérience de Linköping. Rapport de recherche menée pour le CNESS, 1985.

²⁸ *Ibid.*