

# Système de soins communautaires de Fountain House : un modèle pour l'autonomisation des personnes atteintes d'une maladie mentale grave

Jeffrey Aron  
Elizabeth Lion  
Ralph Aquila

Fountain House,  
425 West 47th Street,  
New York, NY 10036, USA

**Résumé.** Depuis 1948, Fountain House, lauréat du prix humanitaire Conrad N. Hilton, permet à des personnes souffrant de troubles mentaux graves de vivre et de s'épanouir dans la société. Fountain House a créé une communauté où des personnes atteintes d'une maladie mentale grave participent activement à leur propre rétablissement. C'est un endroit où des gens – qui autrement seraient marginalisés et isolés – viennent tous les jours pour trouver un but, apprendre, se soutenir les uns les autres, travailler ensemble, créer des relations amicales, se sentir humain. La citoyenneté signifie avoir un rôle, peu importe la taille de celui-ci. Fountain House permet à ses membres d'acquérir les compétences dont ils ont besoin pour obtenir ce rôle et pouvoir contribuer à la société.

Le système de soins communautaires de Fountain House va au-delà des soins de santé intégrés en combinant des interventions médicales, psychiatriques et sociales. Au centre Fountain House Sidney R. Baer Jr, la première maison de santé intégrée aux États-Unis pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, les personnes reçoivent des soins primaires et psychiatriques. Au centre communautaire de Fountain House, les gens participent à des programmes de bien-être fondés sur des données probantes, notamment des activités physiques et de contrôle du poids, des cours d'éducation nutritionnelle, des groupes d'aide au sevrage aux addictions (drogues, tabac). Il résulte de cette approche des relations sociales améliorées, une plus grande observance du traitement, une réduction de la réhospitalisation et des admissions en urgences et, en fin de compte, des vies plus saines et plus longues.

**Mots clés :** Fountain House, rétablissement, autonomisation, psychiatrie, santé mentale, organisation des soins psychiatriques, santé communautaire, citoyenneté, schizophrénie, trouble bipolaire, États-Unis

**Abstract. A Community Care System: a Model for Empowering People with Severe Mental Illness.** Since 1948, Fountain House, recipient of the Conrad N. Hilton Humanitarian Prize, has empowered people with severe mental disorders to live and thrive in society. Fountain House creates a community where people living with serious mental illness are active participants in their own recovery. It is a place where people - who would otherwise be marginalized and alone - come every day to find a purpose; to learn; to support one another; to work together; to build friendships; to feel human. Citizenship means having a role, no matter how small or large that role is. Fountain House enables members to gain the skills they need to assume a role so that they can contribute to society.

Fountain House's Community System of Care goes beyond integrated healthcare by combining medical, psychiatric and social interventions. At Fountain House's Sidney R. Baer, Jr. Center, the first integrated health home in the USA for people living with severe mental disorders, individuals receive primary and psychiatric care. At Fountain House's community center, people participate in evidence-based wellness programs, including: weight management and fitness activities, nutrition classes and substance abuse and smoking cessation groups. The result is enhanced social relationships, increased medication adherence, reduced re-hospitalization and emergency room visits, and ultimately, healthier, longer lives.

**Key words:** Fountain House, rehabilitation, empowerment, psychiatry, mental health, psychiatric care organization, community health, citizenship, schizophrenia, bipolar disorder, United States

**Resumen. Un sistema de atención comunitaria: un modelo para la autonomización de las personas con una enfermedad mental grave.** Desde 1948, Fountain House, laureado con el premio humanitario Conrad N. Hilton permite que unas personas con trastornos mentales graves vivan y se realicen en la sociedad. Fountain House ha creado una comunidad en las que unas personas con una

**Correspondance :** J. Aron  
<jaron@fountainhouse.org>

enfermedad mental grave participan activamente a la propia recuperación. Es un lugar al que cierta gente – que de otro modo se vería marginada y aislada – acude todos los días para encontrar un fin, aprender, apoyarse uno a otros, trabajar juntos, crear relaciones amistosas, sentirse humano. La ciudadanía significa disponer de un papel, poco importa la dimensión del mismo. Fountain House permite que sus miembros adquieran las competencias que necesitan para conseguir ese papel y poder contribuir a la sociedad.

El sistema de atención comunitaria de Fontaine House va más allá de la atención sanitaria integrada al combinar intervenciones médicas, psiquiátricas y sociales. En el Centro Fountain House Sidney R. Baer Jr, la primera casa de salud integrada en Estados Unidos para las personas con trastornos mentales graves, las personas reciben cuidados primarios y psiquiátricos. En el Centro comunitario de Fountain House, la gente participa a unos programas de bienestar fundados en unos datos fehacientes, especialmente unas actividades físicas y de control del peso, unas clases de educación nutricional, unos grupos de ayuda al abandono de las adicciones (drogas, tabaco). De resultados de este enfoque hay unas relaciones sociales mejoradas, una mayor observancia del tratamiento, una reducción de la rehospitalización y de las admisiones en urgencias y, finalmente, unas vidas más sanas y más largas.

**Palabras claves:** Fountain House, recuperación, autonomización, psiquiatría, salud mental, organización de la atención psiquiatría, salud comunitaria, ciudadanía, esquizofrenia, trastorno bipolar, Estados Unidos

L'isolement social qui va de pair avec la maladie mentale coupe le plus souvent la personne des possibilités d'enrichissement mutuel inhérentes aux relations humaines. Quiconque fait face à la stigmatisation et la marginalisation dont font l'objet les personnes atteintes d'une maladie mentale grave s'en trouve affaibli. Les personnes atteintes d'une maladie mentale grave ont une voix et une expérience qui doivent être entendues.

L'OMS estime que 450 millions de personnes dans le monde souffrent actuellement de troubles mentaux. Et ce nombre ne tient pas compte des autres personnes impactées par les effets de la maladie mentale – les membres de la famille, les amis, les collègues ou autres groupes d'appartenance. Bien que cela puisse paraître paradoxal pour certains, Fountain House considère ces 450 millions de personnes comme une excellente ressource.

Il existe des programmes basés sur le modèle de Fountain House dans 30 pays à revenus faibles, moyens et élevés. Ils ont tous été initiés par et pour des personnes atteintes d'une maladie mentale en partenariat avec leurs amis, les membres de leur famille et des professionnels. Chacun est adapté à la culture de son pays. Il n'y a pas deux programmes (appelé « *clubhouse* ») qui se ressemblent ou fonctionnent de la même façon, mais ils sont fondés sur les mêmes principes. En Ouganda, un *clubhouse* a commencé sous un arbre. En Inde, un programme hospitalier a été inspiré par ce modèle. En Corée du Sud, un programme Fountain House est géré par une organisation religieuse. L'essence de Fountain House est son humanisme. Il peut être traduit partout.

L'inspiration de Fountain House remonte au XIX<sup>e</sup> siècle, qui a vu l'émergence de modèles fondés sur un principe : si les personnes atteintes d'une maladie mentale grave étaient bien traitées, elles pourraient mener une « bonne » vie.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, des maisons d'accueil (*settlement houses*) se sont développées comme l'une des innovations sociales les plus significatives aux États-Unis d'Amérique.

L'approche de Fountain House a été influencée par ce mouvement des *settlement houses*, axé sur l'autonomisation, la collégialité, et orienté vers le soutien d'une importante population marginalisée – dans ce cas, les immigrants, nouveaux dans le pays – en leur donnant accès aux opportunités économiques, politiques et civiques de la société qu'ils intégraient.

Au milieu des années 1940, sept patients atteints de maladie mentale ont quitté un hôpital psychiatrique public à New York. Pendant qu'ils étaient à l'hôpital, ils avaient formé un groupe d'entraide qui se réunissait dans une « salle du club » de l'hôpital pour se préparer et se soutenir mutuellement afin de réintégrer la société. Après être sortis, ils ont continué à se rencontrer sur les marches de la bibliothèque publique de New York. À l'origine, ils ont appelé leur groupe « *We are not alone* » qui est devenu Fountain House en 1948. Ce petit groupe d'anciens patients a planté la graine pour la création d'un mouvement qui a influencé le monde et montré qu'avec un soutien approprié d'amis, des familles des membres, de professionnels et de philanthropes, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave peuvent se rétablir et faire partie de la société. Ils peuvent aller travailler, occuper un emploi et être productifs.

La colonne vertébrale de Fountain House a toujours été le travail, à la fois à l'intérieur et à l'extérieur du *clubhouse*. Dans chaque programme basé sur le modèle de Fountain House à travers le monde, le travail a structuré les activités de la journée des membres, pour établir, maintenir et partager le *clubhouse* avec les autres. Mais le travail n'est pas obligatoire. Le libre-choix joue un rôle très important dans le modèle Fountain House. C'est un outil puissant et intentionnel.

L'organisation du travail au quotidien fonctionne parce que les relations dans le *clubhouse* sont horizontales et non basées sur une hiérarchie professionnelle. Sans cette hiérarchie, et avec la nature volontaire du travail, les membres développent un sentiment d'appartenance et de fierté. Le *clubhouse* est en grande partie créé par le travail de ses membres. Sans cela, le *clubhouse* n'existe pas.

Le besoin d'être nécessaire, de manquer si nous ne nous présentons pas, le besoin de sentir que nous apportons une contribution, c'est ce qui fait que le club fonctionne. Fountain House crée un lieu d'inclusion qui accueille, encourage et implique les membres en tant que participants actifs dans leur propre rétablissement et apporte un sens à leurs vies. La communauté *clubhouse* devient une intervention thérapeutique.

## Une transformation du paradigme clinique : au-delà des soins intégrés

De la même façon que le *clubhouse* dépend entièrement de la participation de ses membres, les soins cliniques peuvent également être réinventés d'une manière qui renforce la citoyenneté, l'identité personnelle et la responsabilité.

Il y a vingt ans, Fountain House a créé la première maison de santé intégrée pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave aux États-Unis. Il s'agit du centre de santé Sidney R. Baer Jr. La pratique de groupe des médecins et psychiatres du centre Baer repose sur une approche en équipe où c'est le membre (ou patient, ou utilisateur) qui décide et qui est situé au centre d'une équipe comprenant également la famille, les amis, les travailleurs sociaux et d'autres relations clés. Les individus sont approchés via une perspective motivationnelle plutôt que diagnostique. Au lieu de simplement tenter de traiter les symptômes, le traitement est organisé autour des objectifs de vie de l'individu.

Le système de santé mentale communautaire actuel manque de pratiques spécialisées axées uniquement sur les personnes atteintes de schizophrénie et de maladies bipolaires [1]. Un tiers des 1300 membres de Fountain House reçoivent des soins primaires et psychiatriques au centre Baer. Les patients du centre Baer ont leurs dossiers psychiatriques et médicaux en un seul endroit.

Le personnel et l'équipe soignante du centre – composé du membre de Fountain House (patient), d'un travailleur social de Fountain House, d'un médecin généraliste du centre Baer et d'un psychiatre – participent à un continuum complet de services de soins primaires et du comportement. Ensemble, ils conçoivent un plan de rétablissement individuel. Le travailleur social, sur la base d'une relation de confiance établie avec le membre de Fountain House, apporte une connaissance approfondie de la personne qui est partagée, avec la permission du patient, avec les médecins. Le médecin, en raison de

ses relations de travail étroites avec le travailleur social, intègre et utilise ces informations dans le traitement de ses patients. [2]

Les interventions sociales se déroulent au *clubhouse* de Fountain House, tandis que des consultations somatiques et psychiatriques ont lieu au centre Baer. De cette façon, les individus sont vus globalement, au-delà de leur seule maladie, et soutenus pour développer leurs forces tout en traitant, de façon simultanée, leur maladie. Les prestataires du centre Baer maintiennent des relations sur le long terme avec les patients. Il a été démontré qu'il s'agissait là d'un facteur clé du succès de la prise en charge des personnes qui vivent et s'épanouissent dans la communauté. Les médecins discutent des événements de la vie des patients et de leurs objectifs en matière d'emploi, d'éducation, de logement, ainsi que de leur santé physique et psychiatrique. L'une des premières questions posées à un patient du centre Baer porte sur ses objectifs de vie, au-delà de la prise en charge de sa maladie [2].

Le centre Baer est en mesure de mettre l'accent sur les objectifs de vie des patients et sur le rétablissement complet, à la fois d'un point de vue médical, psychiatrique et social, en raison de ses liens et de sa communication avec Fountain House. Un exemple de service de soutien complémentaire offert par Fountain House aux patients du centre Baer est le nombre des activités proposées tous les jours au centre de bien-être The Peter B. et Adam Lewis au *clubhouse*. Ce centre sensibilise à une culture de la santé dans laquelle les membres s'engagent, sans frais financiers, à pratiquer des activités physiques, nutritionnelles ou d'éducation à la santé. Pour une population n'ayant, pour la plupart d'entre elle, pas les moyens de s'offrir un abonnement à un club de remise en forme, le centre de bien-être propose l'accès à des équipements ultramodernes, à activités jogging en groupe ou des cours de cuisine. Les membres de Fountain House s'encouragent et se motivent mutuellement pour perdre du poids, manger plus sainement, réduire le stress grâce au yoga et la méditation, arrêter de fumer, rester sobres et améliorer leur bien-être général [3].

Le *clubhouse* avec le centre Baer et les logements avec des services de soutien est ce que Fountain House appelle un **système de soins communautaire**. C'est le modèle que Fountain House croit nécessaire et efficace pour améliorer la vie des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Une étude récemment publiée par le laboratoire NYU Health Evaluation and Analytics (HEAL) démontre que les membres de Fountain House réduisent de 21 % le coût total de leurs soins [4]. Des recherches supplémentaires ont montré que le taux de réhospitalisation des patients du centre de Baer est de 10 %, tandis que les taux de réhospitalisation des personnes atteintes de schizophrénie dans la population générale atteignent jusqu'à 50 % [5]. Lorsque les patients du centre Baer se rendent à l'hôpital, la durée de leur séjour est réduite de 50 % [5]. Les patients du centre Baer

utilisent 20 % moins les services à coûts élevés tels que l'hospitalisation d'urgence ou les soins hospitaliers [6].

En plus de traiter efficacement les symptômes primaires de la maladie mentale, le « système de soins communautaires complet » de Fountain House aborde et corrige d'autres facteurs qui nuisent à la santé des personnes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire, dont : 1) une santé physique dégradée ; 2) les réactions secondaires au diagnostic ; 3) les incapacités sociales ; 4) le risque élevé de récurrence ; 5) l'accroissement des difficultés d'accès aux traitements ; 6) la réduction des hospitalisations et l'absence d'un modèle médical pour les soins ambulatoires ; et 7) le coût élevé des soins hospitaliers et en urgence. La spirale descendante de la maladie mentale grave non traitée, qui comprend la toxicomanie, l'emprisonnement, l'hospitalisation de longue durée, les familles brisées, le chômage, le sans-abrisme et le suicide, peut être déclenchée par l'un ou l'autre de ces facteurs :

1) *Déclin de la santé physique* : en plus des troubles mentaux chroniques, les personnes atteintes de maladies mentales graves souffrent de maladies physiques chroniques, telles que l'obésité, les maladies cardiaques ou le diabète, à des taux bien plus élevés que la population générale. De plus, la maladie mentale grave compromet également les taux de guérison de ces maladies chroniques, aggravant encore ce problème croissant. Selon l'Organisation mondiale de la santé, les personnes atteintes d'une maladie mentale grave meurent en moyenne 10 à 20 ans plus tôt que la population générale [7].

2) *Symptômes négatifs* : les réactions secondaires causées par le fait de vivre avec une maladie chronique hautement stigmatisée prennent la forme d'une faible estime de soi, d'une perception de soi et de ses capacités dévaluée, d'anxiété, de sensibilité, de vulnérabilité et d'une propension à s'isoler. Habituellement, ces symptômes négatifs perdurent longtemps après la disparition des premiers symptômes de la maladie. Les chercheurs constatent que souvent ces symptômes négatifs produisent plus de problèmes dans l'adhésion aux soins et le traitement des personnes atteintes de maladie mentale que les symptômes primaires réels de la maladie [8].

3) *Défis sociaux* : la stigmatisation, la discrimination, la pauvreté et l'inégalité d'accès aux droits sociaux ne sont que quelques exemples des handicaps sociaux que subissent les personnes atteintes de maladie mentale. Les conséquences de ces derniers peuvent être constatées dans les statistiques suivantes : le taux de chômage de cette population est de 85 % [9]. Les personnes atteintes d'une maladie mentale constituent l'une des plus importantes populations souffrant d'un handicap au niveau fédéral aux États-Unis. Les étudiants atteints de maladie mentale ont un taux de décrochage de 77 % dans l'enseignement supérieur. Quarante pour cent des sans-abri et 25 % des personnes incarcérées sont atteintes de maladie mentale [10, 11].

4) *Incidence élevée de la rechute* : les rechutes compliquent davantage la santé et le bien-être des personnes atteintes de maladie mentale. Les taux de rechute chez les personnes atteintes de trouble bipolaire atteignent 40 % la première année et près de 75 % après cinq ans. 80 % des personnes atteintes de schizophrénie qui cessent de prendre des médicaments après un épisode aigu rechutent dans l'année et 60 % de toutes les rechutes sont dues à la perte de l'observance du traitement au fil du temps. Lorsque les rechutes se produisent fréquemment, les personnes peuvent devenir réfractaires ou résistantes, prendre plus de temps pour revenir à leur état initial et peuvent avoir besoin de plus de médicaments. Les symptômes peuvent également devenir plus persistants et les déficiences plus graves, ce qui rend la guérison de plus en plus difficile [12].

5) *Les lacunes actuelles en matière de traitement* : plus des deux tiers des personnes atteintes de maladie mentale aux États-Unis ne reçoivent aucun traitement [13]. Typiquement, les attitudes qui dissuadent les personnes de se faire soigner incluent : la peur d'être étiqueté comme souffrant d'une maladie mentale et de subir une discrimination dans le logement, l'emploi et les relations sociales ; la peur de l'hospitalisation ; et la croyance qu'ils ne peuvent pas obtenir d'aide. Cependant, selon la majorité des résultats, le coût du traitement est le facteur dissuasif le plus répandu dans la recherche de soins.

6) *Suppression des hospitalisations et absence d'un modèle médical pour les soins ambulatoires* : les restrictions budgétaires réduisent considérablement les soins aux patients hospitalisés. Une personne atteinte d'une maladie mentale grave est trois fois plus susceptible de se retrouver en prison que dans un établissement psychiatrique. Des études montrent également que les soins hospitaliers sans suivi ne sont pas efficaces : 30 à 60 % des patients sortis de l'hôpital uniquement avec un traitement antipsychotique ne se présentent pas à leur premier rendez-vous ambulatoire et 50 % des patients ne suivent pas les traitements antipsychotiques traditionnels un an après leur sortie de l'hôpital [14]. Même à la lumière de l'absence croissante de soins aux patients hospitalisés, il n'existe pas de lignes directrices concernant les pratiques à long terme pour les soins ambulatoires aux personnes atteintes d'une maladie mentale grave [15].

7) *Coût élevé du modèle actuel de soins de santé mentale* : les coûts économiques du modèle actuel de soins en santé mentale sont considérables et constituent un réel fardeau. Comme l'a noté l'American Psychological Association, le coût direct du traitement de la maladie mentale s'élève à plus de 90 milliards de dollars par an. Les calculs qui incluent les coûts indirects tels que le coût de l'emploi perdu ou de la baisse de productivité, les maladies non traitées, les soins en urgence et les programmes de protection sociale, portent l'impact économique total à plus de 270 milliards de dollars par an [6].

## Avantages du nouveau système de soins communautaires complet de Fountain House

Les avantages supplémentaires d'un « système de soins communautaires complet » sont :

- La détection précoce et la prévention des maladies chroniques et autres problèmes somatiques, en accordant une attention particulière au syndrome métabolique [16] ;

- Le regroupement et la coordination de services médicaux et psychiatriques [17] ;

- La conception collaborative par les membres, le personnel des centres et les professionnels de soins, de plans de rétablissement et de traitement individualisés et personnalisés [18] ;

- Une meilleure compréhension du bénéfice à prendre soin de soi, l'amélioration de l'estime de soi et de la qualité de vie grâce à la participation active des membres à leur processus de rétablissement, tant au centre que dans les programmes de bien-être communautaires de Fountain House [3] ;

- L'amélioration des interactions sociales et des relations ;

- La satisfaction accrue des membres à l'égard des traitements et des services de soins de santé ;

- L'implication rapide et efficace des membres lors de maladies soudaines et continuité de la prise en charge grâce à des dossiers médicaux électroniques entièrement intégrés contenant des informations renseignées par les personnels soignants des milieux psychiatriques et médicaux [5] ;

- La création d'un nouveau modèle de pratiques pouvant être facilement dupliqué par les psychiatres communautaires et les médecins généralistes [19].

## Conclusion

Créer une communauté – ou un système de soins communautaires dans ce cas – nécessite un partenariat. Un partenariat avec le gouvernement, les philanthropes, les médecins, les employeurs, les écoles, les propriétaires. Ce n'est qu'en travaillant ensemble que nous pourrions permettre aux personnes ayant une maladie mentale grave d'atteindre la pleine citoyenneté. Les partenariats et les contacts sociaux sont le moyen le plus puissant que nous connaissons pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination [20].

En 2014, Fountain House a établi un partenariat avec l'Organisation mondiale de la santé pour faire face à la crise de la surmortalité chez les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Des lignes directrices et des pratiques exemplaires sont ainsi en cours d'élaboration pour informer les professionnels de santé sur la façon d'améliorer la qualité et la durée de vie de personnes atteintes d'une maladie mentale grave partout dans le monde.

Un document d'orientation [21], également créé grâce à ce partenariat, traite des soins de santé pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Dans ce document, trois facteurs sont identifiés comme contribuant à la surmortalité des personnes atteintes d'une maladie mentale grave : facteurs individuels ; facteurs du système de santé ; facteurs sociaux. L'une des recommandations introductives est particulièrement pertinente pour promouvoir à la fois la citoyenneté et la santé des personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Elle stipule que les décideurs doivent « promouvoir la participation des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans les processus de prise de décision sur les questions les concernant (par exemple : la politique, la loi, la réforme des services) ».

Alors que le monde cherche des solutions à la crise économique et humanitaire liée à la maladie mentale, les personnes atteintes de ces maladies doivent être considérées comme faisant partie de la solution et comme une ressource pour leur propre rétablissement et celui des autres.

**Liens d'intérêts** les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

## Références

1. *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Pub n° SMA-03-3832. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, President's New Freedom Commission on Mental Health, 2003. <https://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/toc.html> (consulté le 29-8-2018).
2. Aquila R, Santos G, Malamud TJ, *et al*. The rehabilitation alliance in practice : The clubhouse connection. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1990 ; 23 : 19-23.
3. Doyle A, Lanoil J, Dudek KJ (eds). *Fountain House : Creating Community in Mental Health Practice*. Chichester (West Sussex, New York) : Columbia University Press, 2013.
4. Solis-Roman C, Knickman J: *Project to Evaluate the Impact of Fountain House Programs on Medicaid Utilization and Expenditures*. Health Evaluation and Analytics Lab : New York University, 2016.
5. Document interne, non publié par Fountain House.
6. Zhu B, Ascher-Svanum H, Faries DE, *et al*. Costs of treating patients with schizophrenia who have illness-related crisis events. *BMC Psychiatry* 2008 ; 8 : 72.
7. Liu NH, Daumit GL, Dua T, *et al*. Excess mortality in persons with severe mental disorders : a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017 ; 16 : 30-40.
8. Schizophrenia. National Institute of Mental Health, NIH Publication N° 15-3517. <https://infocenter.nimh.nih.gov/pubstatic/NIH%2015-3517/NIH%2015-3517.pdf> (consulté le 29-8-2018).
9. Perkins R, Rinaldi M R. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems: A decade of rising unemployment. *Psychiatric Bulletin* 2002 ; 26 : 295-8.
10. North CS, Eyrych KM, Pollio DE, *et al*. Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *American Journal of Public Health* 2004 ; 94 : 103-8.
11. Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, *et al*. Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door. *The American Journal of Psychiatry* 2009 ; 166 : 103-9.
12. Andreasen NC, Carpenter Jr. WT, Kane JM, *et al*. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 441-9.

13. Leobel AD, Lieberman JA, Alvir JM, et al. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry* 1992; 149 : 1183-8.
14. Omer S, Priebe S, Giacco D. Continuity across inpatient and outpatient mental health care or specialization of teams ? A systematic review. *European Psychiatry* 2015; 30 : 258-70.
15. Aquila R, Weiden PJ, Emanuel M. Compliance and the Rehabilitation Alliance. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60 : 23-7.
16. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry* 2011; 199 : 441-2.
17. Horvitz Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Affairs* 2006; 25 : 659-69.
18. Hamann J, Cohen R, Leucht S, et al. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007; 68 : 992-7.
19. Lewis C. Nonprofit's 'clubhouse' model effectively treats mental illness, study says. Researchers at NYU's Health Evaluation and Analytics Lab lends credence to Fountain House's approach. *Crain's New York Business* 2017. [crainsnewyork.com/article/20170509/HEALTH\\_CARE/170509876/fountain-houses-clubhouse-model-effectively-treats-mental-illness](http://crainsnewyork.com/article/20170509/HEALTH_CARE/170509876/fountain-houses-clubhouse-model-effectively-treats-mental-illness) (consulté le 29-8-2018).
20. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet* 2016; 387 : 1123-32.
21. *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. World Health Organization 2017.

Offre de soins en Psychiatrie ● ● ●

## Ces psychotiques qui vieillissent

**Comment penser la prise en charge au plan clinique, institutionnel et éthique d'une minorité sociale : celle des psychotiques âgés ? Quelles sont les actions concrètes pour améliorer leur qualité de vie ?**

Georges Jovelet s'appuie sur son **expérience** pour **définir** au plan d'une **clinique psychiatrique** et **anthropologique**, la **catégorie des malades mentaux âgés** et décrire la **réalité** de leur **condition d'existence**.

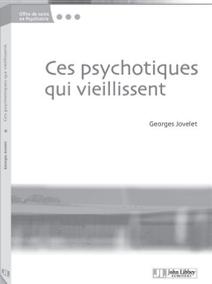
**Qui sont-ils** et quel est leur **destin social** lorsqu'ils séjournent à leur domicile, celui de proches aidants ou en institution ?

L'auteur livre une réflexion en 3 axes :

- L'évolution des missions des Ehpad.
- Les politiques d'articulation des secteurs sanitaires et médicosociaux.
- Les considérations idéologiques, d'engagement variable dans les pratiques.

**L'AUTEUR**  
Georges Jovelet est psychiatre des hôpitaux, chef de service et responsable du pôle psychiatrie du sujet âgé – alcoolologie à l'Établissement public de santé mentale de Prémontre. Il est également membre du Bureau national du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux - SPH et vice-président de la Société de L'Information Psychiatrique.

• Avril 2017 • 208 pages  
• ISBN : 978-2-7420-1465-1  
• 28 €  
• Collection Offre de soins en psychiatrie



 Tous les ouvrages de la collection *Offre de soins en Psychiatrie* sont disponibles sur [www.jle.com](http://www.jle.com)

**En savoir +** 