

AIDE-MÉMOIRE

Psychogériatrie

Pierre Charazac

AIDE-MÉMOIRE
Psychogériatrie

3^e édition

DUNOD

Avec la collaboration de
M.-C. Gély-Nargeot, S. Raffard et B. Verdon

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2020
(2011 et 2015 pour les éditions précédentes)
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078843-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

À mon épouse et aux miens

Table des matières

Avant-propos à la troisième édition XXI

PREMIÈRE PARTIE

FONDEMENTS

1	Historique et définitions	3
	Historique	3
	<i>De l'Antiquité à l'Ancien Régime, 3 • La Révolution française, 4 • L'essor de la médecine moderne, 4 • L'avènement de la psychogériatrie, 5</i>	
	Définitions	6
	<i>Vieillesse et vieillissement, 6 • La gérontologie, 8 • La gériatrie, 8 • La gérontopsychiatrie, 9 • La psychogériatrie, 10</i>	
	Bibliographie	13
2	Démographie, économie et société	15
	Les phénomènes démographiques	16
	<i>L'espérance de vie, 16 • Le vieillissement démographique, 17 • La structure de la population âgée, 17</i>	
	Le poids économique de la population âgée	19
	<i>Historique, 19 • Le système de retraites, 19 • Le système de santé, 20 • La solidarité familiale, 20 • Le marché des seniors, 21</i>	

Sociétés d'hier et d'aujourd'hui	22
<i>Simone de Beauvoir ou le traitement social du vieillard, 22 • Les marqueurs sociaux de la vieillesse, 23 • L'âgisme, 24</i>	
Prévention et bien vieillir	28
<i>La prévention de la vieillesse, 28 • La prévention des risques, 28 • Le vieillissement réussi, 29</i>	
Bibliographie	31
3 Le corps	33
Le vieillissement corporel	33
<i>À l'échelle de la cellule, 33 • Les organes et les fonctions, 34</i>	
Le schéma corporel	36
<i>Définition, 36 • L'équilibre du sujet âgé, 37 • Les atteintes du schéma corporel d'origine neurologique, 38 • Le schéma corporel du sujet dément, 38</i>	
L'image inconsciente du corps	39
<i>Définition, 39 • Le devenir de l'image du corps, 39</i>	
La sexualité	41
<i>La sexualité d'organe, 41 • La sexualité de fonction, 41 • La sexualité psychique, 42</i>	
Le sommeil	45
<i>Les changements du sommeil normal, 45 • Les troubles du sommeil, 45 • L'activité onirique du vieillard, 47 • Sommeil et démence, 47 • La nuit en institution, 48</i>	
L'approche psychosomatique	49
<i>Définition, 49 • Éléments théoriques, 50 • Clinique, 51</i>	
Bibliographie	53
4 La vie psychique	55
L'approche psychanalytique	55
<i>Topique, 56 • Dynamique, 56 • Économique, 59</i>	
Le narcissisme	60
<i>Narcissisme et identité, 60 • La libido du moi, 61 • Les pathologies du narcissisme, 62</i>	

Les crises de la seconde moitié de la vie	64
<i>Le moi en position critique, 64 • La crise du milieu de la vie et l'illusion d'immortalité, 65 • La crise de la vieillesse et le travail de la perte, 65 • Les crises du grand âge et l'ultime destin du moi, 66</i>	
Bibliographie	69
5 Le vieillissement cognitif	71
Généralités	72
<i>Du cognitif à la cognition, 72 • Cerveau et cognition, 74 • Du vieillissement cérébral au vieillissement cognitif, 76</i>	
L'étude du vieillissement cognitif	78
<i>Difficultés théoriques du vieillissement cognitif, 78 • Difficultés conceptuelles, 79 • Difficultés méthodologiques, 83</i>	
Les modifications cognitives liées au vieillissement normal	85
<i>Attention et ressources de traitement, 85 • La mémoire, 86 • Processus intellectuels et résolution de problème, 89</i>	
La plainte mnésique	92
<i>Fréquence de la plainte mnésique, 92 • Définition de la plainte mnésique, 93 • Classification de la plainte mnésique, 95 • Discussion de l'approche classificatoire, 97 • Les déterminants de la plainte mnésique, 98 • Signification de la plainte mnésique, 99</i>	
Conclusion	100
Bibliographie	102
6 Autonomie et dépendance	105
L'autonomie	105
<i>Définition, 105 • La perte d'autonomie, 106 • Perte d'autonomie, maintien à domicile et entrée en établissement, 108 • Autonomie, maladie d'Alzheimer et démence, 108 • Les buts de l'évaluation, 109 • Variabilité de l'évaluation, 110 • La grille AGGIR, 111 • L'IADL, 113</i>	
La dépendance	114
<i>Trois définitions, 114 • La relation de dépendance dans la maladie d'Alzheimer, 116 • Psychopathologie de la dépendance, 121</i>	
Bibliographie	127

7	La famille et le couple	129
	La parentalité tardive	130
	<i>Définition, 130 • L'inversion de l'ordre des générations, 131 • La grand-parentalité, 133</i>	
	L'émergence du noyau symbiotique familial	134
	<i>La famille symbiotique, 134 • Le noyau symbiotique familial, 135</i>	
	La séparation du milieu familial	137
	<i>Définition, 137 • Clinique de la séparation, 138 • Le travail de séparation, 141</i>	
	Le vieillissement du couple	143
	<i>Un temps de crise, 143 • Le lien conjugal à l'épreuve de la régression, 145 • L'espace potentiel du couple, 147 • La séparation et le deuil, 149</i>	
	Bibliographie	151
8	Mort, deuil et fin de vie	153
	Anthropologie de la mort	153
	<i>L'histoire de la mort, 154 • L'anthropologie culturelle, 155 • La mort aujourd'hui, 155</i>	
	La fin de vie	156
	<i>Définitions, 156 • Les étapes de la fin de vie, 156 • Le travail de trépas, 157 • L'accompagnement et les droits des personnes en fin de vie, 159 • Aide à mourir, euthanasie et suicide assisté, 161</i>	
	Le deuil et son travail	161
	<i>Définition, 161 • Le travail du deuil, 162</i>	
	Clinique du deuil	164
	<i>Deuil normal et deuil pathologique, 164 • Les étapes cliniques du deuil, 165 • Les deuils pathologiques, 166</i>	
	Les deuils au grand âge	167
	<i>Généralités, 167 • Les particularités du deuil, 168</i>	
	Le deuil dans le couple âgé	168
	<i>Les statistiques, 168 • Les deuils dans la vie du couple, 169 • Le suicide dans le couple, 170 • La prévention, 171</i>	
	Le deuil dans la famille	171
	<i>Les deuils dans l'histoire familiale, 171 • Pré-deuil et deuil anticipé, 172 • L'accompagnement de la famille, 173</i>	

Le deuil dans l'institution gériatrique	174
<i>De l'individuel au collectif, 174 • Les rites et leur fonction, 174</i>	
Bibliographie	176

 DEUXIÈME PARTIE

CLINIQUE

9 La démarche clinique en psychogériatrie	181
Vue d'ensemble	181
<i>La notion de comorbidité, 181 • Le normal et le pathologique, 182 • La subjectivité du clinicien, 182</i>	
Cadre et objectifs de l'entretien clinique	183
<i>Recevoir le patient seul, 183 • Situer l'entretien dans son contexte, 183 • Aigu ou chronique ?, 184 • Les antécédents, 185 • Le milieu de vie, 186</i>	
L'investigation psychogériatrique	186
<i>Les instruments de l'investigation, 187 • La conduite de l'investigation, 191</i>	
L'examen psychologique	195
<i>Complexité du bilan psychologique, 195 • Les épreuves projectives, 196 • Les tests neuropsychologiques, 199</i>	
L'entretien familial et conjugal	200
<i>Les entretiens familiaux, 200 • Le cadre de l'entretien, 201 • La clinique du couple et de la famille, 202</i>	
Bibliographie	203
10 Angoisse, plainte et stress post-traumatique	205
La clinique de l'angoisse	206
<i>Définitions, 206 • Épidémiologie, 206 • Le trouble panique, 207 • Le trouble anxieux généralisé, 208 • Les phobies, 208 • Les troubles obsessionnels compulsifs, 210</i>	
Les troubles anxieux secondaires ou associés	212
<i>Les pathologies organiques sous-jacentes, 212 • Les affections psychiatriques ou neuropsychiatriques, 213 • Médicaments, addiction et sevrage, 214</i>	
Le stress post-traumatique	215
<i>Définition, 215 • Clinique, 216</i>	

Psychopathologie de l'angoisse	219
<i>L'angoisse signal de danger, 219 • L'angoisse automatique, 219 • L'angoisse de mort, 220</i>	
La plainte et son écoute	221
<i>L'analyse de la plainte, 222 • La réponse à la plainte, 223</i>	
Bibliographie	224
11 Les états névrotiques et les troubles du caractère	225
La notion de névrose en gériatrie	226
<i>La conception psychanalytique des névroses, 226 • Une adaptation nécessaire, 227</i>	
La clinique des états névrotiques tardifs	227
<i>Généralités, 227 • Prise en charge, 232</i>	
Les troubles du caractère	233
<i>Définition, 233 • L'âge et le caractère, 233 • Les caractères pathologiques, 235 • La relation soignante, 236</i>	
Bibliographie	237
12 Troubles de l'humeur, dépression et suicide	239
Épidémiologie	240
Les dynamiques psychiques de la dépression	240
<i>L'affect dépressif normal et pathologique, 240 • Les sens de la dépression, 242</i>	
Les particularités cliniques des dépressions de la vieillesse	244
<i>L'humeur dépressive, 244 • Le ralentissement psychomoteur, 244 • Le syndrome somatique de la dépression, 245 • L'anxiété, 245</i>	
Le diagnostic des dépressions	246
<i>Les critères de l'épisode dépressif sévère ou majeur, 246 • La mélancolie, 249 • Les états maniaques, 250</i>	
La comorbidité de la dépression	252
<i>Les pathologies somatiques associées, 253 • Dépression et troubles cognitifs, 253</i>	
Le suicide	254
<i>Épidémiologie, 254 • Les facteurs de risque, 255 • Prévention, 256</i>	

L'abord thérapeutique des dépressions	259
<i>Le traitement de la dépression, 259 • La psychothérapie, 260 •</i>	
<i>L'hospitalisation, 261</i>	
Bibliographie	262
13 Les états psychotiques	263
Clinique des états psychotiques tardifs	263
<i>La classification des symptômes psychotiques, 264 • Le délire, 264 • Les hallucinations, 266 • Les troubles de l'humeur et du comportement, 267</i>	
Les psychoses à début tardif	267
<i>Un débat nosographique ancien, 267 • La psychose hallucinatoire chronique, 268 • La schizophrénie tardive, 269 • La paraphrénie, 269 • La paranoïa tardive, 270 • La psychose maniaco-dépressive, 270</i>	
Les délires symptomatiques	270
<i>Le délire onirique de la confusion, 270 • Les troubles aigus de l'humeur, 270 • La maladie d'Alzheimer, 271</i>	
Les délires non psychotiques	271
<i>Définition, 271 • Clinique, 271</i>	
La conception psychanalytique des délires tardifs	275
<i>Rappel sur la genèse du moi et du monde extérieur, 275 • La perte du contact avec le monde menace l'identité, 276 • Le réinvestissement d'un monde transformé par le délire, 277 • La démarche clinique, 278</i>	
Le vieillissement des psychotiques	278
<i>Épidémiologie, 278 • L'évolution du processus psychotique, 279 • Les comorbidités, 280 • Le devenir du psychotique vieillissant, 281</i>	
Bibliographie	283
14 Troubles du comportement et addictions	285
Le comportement normal et pathologique	286
<i>Définitions, 286 • L'involution du comportement au grand âge, 286 • Le comportement a valeur de communication, 287 • Le symptôme est un mode d'adaptation, 287 • Le rôle du milieu, 288</i>	
L'agitation	289
<i>Les causes, 290 • Conduite à tenir devant l'agitation, 292</i>	

L'agressivité et la violence	292
<i>Définition clinique, 292 • Psychopathologie, 293 • Les facteurs individuels et environnementaux, 294 • Prise en charge, 295</i>	
Le cri	295
<i>L'analyse du cri, 296 • La typologie du cri, 296 • La recherche de l'objet, 297 • Le cri résiste au traitement mais pas à la relation, 298</i>	
La fugue	299
<i>Définition, 299 • Formes cliniques, 299</i>	
La déambulation	301
<i>Définition, 301 • La déambulation du sujet dément, 301 • Sécurité et contention, 302</i>	
Le syndrome de Diogène	303
<i>Définition, 303 • Clinique, 304 • Psychopathologie, 305 • Prise en charge, 305</i>	
Les comportements délinquants et criminels	306
<i>Les vols et les escroqueries, 306 • Les coups et blessures et les homicides, 306 • Le cas particulier des homicides-suicides, 307 • Les comportements pervers, 308 • La délinquance sexuelle, 308</i>	
L'addiction	308
<i>Définitions, 308 • Psychopathologie, 309</i>	
L'alcoolisme	310
<i>Définitions, 310 • Épidémiologie, 310 • Dépistage, 310 • Trois types de buveurs âgés, 311 • Les complications physiques, 312 • Les complications psychiatriques, 312 • Le sevrage, 312</i>	
L'addiction aux benzodiazépines	313
<i>Clinique de l'addiction, 314 • Clinique du sevrage, 314 • Conduite du sevrage, 314</i>	
Bibliographie	315
15 La maladie d'Alzheimer et l'état démentiel	317
La maladie d'Alzheimer	318
<i>Définition, 318 • Épidémiologie, 318 • Les symptômes, 319 • L'histoire de la maladie, 320 • Les outils d'évaluation de la gravité de la maladie, 322 • Le diagnostic, 322</i>	

Les autres affections cérébrales évoluant vers la démence	325
<i>Les autres affections dégénératives, 325 • Les démences non dégénératives, 327</i>	
La conscience de la maladie	327
<i>La conscience de soi, 328 • La conscience des troubles dans la MA, 329 • L'anosognosie, 329 • Le déni, 330</i>	
L'état démentiel	333
<i>Historique, 333 • La définition neurologique de la démence, 334 • La conception psychopathologique de la démence, 336</i>	
La prise en charge du malade	339
<i>Les principes, 343 • Les traitements, 341 • Le déroulement de la prise en charge, 343 • La relation soignante, 344</i>	
Bibliographie	347
16 Maladie grave, douleur, chute et glissement	349
L'adaptation à une maladie grave	349
<i>Définition, 349 • Le traumatisme psychique de la maladie, 350 • L'adaptation à la maladie, 351</i>	
Les cancers	352
<i>Épidémiologie, 352 • L'oncogériatrie, 353 • L'adaptation à la maladie, 353</i>	
La douleur	354
<i>Définition et particularités, 354 • Origine, 356 • Évaluation, 357 • Le patient dément douloureux, 358 • Prise en charge, 359</i>	
La chute	360
<i>Un événement fréquent, redouté et complexe, 360 • L'analyse de la chute, 361 • Conséquences à court et moyen terme, 362 • Une conséquence à long terme. Le syndrome post-chute, 363 • Les dynamiques psychiques de la chute, 363</i>	
Le syndrome de glissement	368
<i>Définition, 368 • Tableau clinique, 368 • Psychopathologie, 370</i>	
Bibliographie	371

TROISIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

17	Le soin, le soignant et l'équipe soignante	375
	Le soin	375
	<i>Généralités, 375 • Les principes du soin en gériatrie, 378 • Le « care-cure », 380</i>	
	Le soignant	382
	<i>Les rapports de l'aide et du soin, 382 • La psychologie du soignant en gériatrie, 388</i>	
	L'équipe soignante	391
	<i>Une équipe pluridisciplinaire, 391 • La vie de groupe de l'équipe, 392 • L'équipe au travail, 394 • L'analyse de la pratique, 395</i>	
	Bibliographie	396
18	Le domicile	397
	La vie à domicile	397
	<i>Les sens du domicile, 397 • Des fonctions identiques au moi-peau, 398 • Bénéfices et limites du maintien à domicile, 401 • Psychopathologie du maintien à domicile, 402</i>	
	Les soins à domicile	405
	<i>Définition, 405 • Les visites à domicile (VAD), 406 • L'hospitalisation à domicile (HAD), 408 • Le départ du domicile, 409</i>	
	Bibliographie	410
19	L'hospitalisation	411
	Les indications de l'hospitalisation	412
	<i>Le patient âgé aux urgences psychiatriques, 413 • L'hospitalisation en établissement psychiatrique, 413</i>	
	L'angoisse de l'hospitalisation	415
	<i>La régression, 415 • Un monde étranger et familial, 415 • L'atteinte de l'image du corps, 415 • L'angoisse de mort, 417</i>	
	L'accueil	417
	<i>Objectifs, 417 • La relation soignante, 418</i>	
	Le séjour	419
	<i>Objectifs, 419 • La relation soignante, 421</i>	

La sortie	422
<i>Objectifs</i> , 422 • <i>La relation soignante</i> , 424	
Les complications de l'hospitalisation	425
<i>Le syndrome de fragilité</i> , 425 • <i>Le syndrome de glissement</i> , 425 • <i>Les transferts intempestifs</i> , 425 • <i>La perte d'autonomie</i> , 426	
Le retour à domicile	426
<i>La dépression du retour à domicile</i> , 426 • <i>L'échec du retour à domicile</i> , 426	
• <i>L'échec du retour en établissement</i> , 426	
La décision de placement	427
<i>Les représentations du placement</i> , 428 • <i>Les facteurs de la décision</i> , 428 •	
<i>Le traumatisme du placement</i> , 429	
Bibliographie	430
20 L'institution gériatrique	431
Définition	432
Historique	432
<i>De l'hospice aux sections de cure médicale</i> , 432 • <i>L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)</i> , 434	
L'espace, le temps et les rythmes de l'institution	435
<i>Le dedans et le dehors</i> , 436 • <i>L'occupation de l'espace</i> , 436 • <i>Les unités Alzheimer</i> , 437 • <i>L'espace étranger ou familial</i> , 437 • <i>La répétition</i> , 438 •	
<i>Les rythmes du soin</i> , 438 • <i>Les rites institués</i> , 439	
L'intégration des résidents	439
<i>La régression</i> , 439 • <i>Les crises d'intégration</i> , 440 • <i>La vie de groupe</i> , 441 •	
<i>Les couples en établissement</i> , 442	
L'analyse institutionnelle	442
<i>Définition</i> , 442 • <i>La violence de l'imaginaire institutionnel</i> , 443 •	
<i>L'investissement libidinal de la vie institutionnelle</i> , 444 • <i>Le contre-transfert institutionnel</i> , 445 • <i>Les crises institutionnelles</i> , 446	
La psychothérapie institutionnelle	448
<i>Définition</i> , 448 • <i>Les instruments institutionnels</i> , 448 • <i>Le rôle des cadres</i> , 449 • <i>Le rôle du médecin coordonnateur</i> , 449 • <i>Le rôle du psychologue</i> , 451	
Bibliographie	454

21	L'aidant et sa guidance	455
	Le milieu de vie du patient âgé	455
	<i>La confrontation à la maladie chronique, 456 • Les renoncements et les deuils, 457</i>	
	La relation d'aide	459
	<i>Définition, 459 • Les sources pulsionnelles de la relation d'aide, 460 • Une relation exposée aux traumatismes, 460 • Le fantasme d'omnipotence, 461 • La sécurité de la relation, 463</i>	
	La guidance des aidants	465
	<i>Définition, 465 • Principes de la guidance, 465 • Place de la guidance par rapport aux autres interventions, 467 • La position du tiers, 468 • L'éthique de la guidance, 470</i>	
	Bibliographie	472
22	Médicaments et thérapies spécialisées	473
	Les médicaments	474
	<i>La relation du sujet âgé avec le médicament, 474 • Les médicaments du corps, 475 • Les médicaments psychotropes, 476 • Les neuroleptiques et les antipsychotiques, 478 • Les antidépresseurs, 480 • Les thymorégulateurs, 484 • Les anxiolytiques, 485 • Les psychotropes dans la maladie d'Alzheimer et les syndromes démentiels, 487</i>	
	Les thérapies spécialisées	488
	<i>Principes généraux, 489 • L'orthophonie, 490 • La kinésithérapie, 491 • La psychomotricité, 493 • La neuropsychologie, 494 • L'ergothérapie, 495</i>	
	Bibliographie	497
23	Les psychothérapies	499
	Définitions	499
	<i>La psychothérapie, 499 • L'action psychothérapique, 500 • La technique psychothérapique, 500 • Le champ de la psychothérapie, 500</i>	
	Problèmes généraux	501
	<i>Le cadre de la psychothérapie, 501 • Le transfert, 502 • Le contre-transfert, 502 • L'écoute du patient, 503 • Les symptômes cognitifs, 504 • La place du corps, 504 • Le travail de trépas, 505 • La terminaison, 506</i>	

Les psychothérapies individuelles	506
<i>La psychothérapie analytique, 506 • Les thérapies cognitivo-comportementales, 508</i>	
Les psychothérapies de groupe	511
<i>Généralités, 511 • Les groupes de parole, 512 • Les groupes à médiation, 512 • Les groupes de familles ou de conjoints, 512</i>	
Les psychothérapies du couple et de la famille	513
<i>La thérapie familiale, 513 • Les entretiens familiaux, 513 • La famille face à la maladie d'Alzheimer, 514 • Le travail avec le couple, 515</i>	
La psychothérapie institutionnelle	515
<i>Définition, 515 • L'actualité de la psychothérapie institutionnelle, 516 • Les réunions entre soignants et résidents, 516 • L'animation institutionnelle, 516 • Les unités de soin Alzheimer, 517</i>	
Bibliographie	519
24 Droits, éthique et protection de la personne	521
Les droits de la personne	521
<i>Les droits fondamentaux du patient, 522 • Le droit à l'accès au système de santé, 522 • Le droit à l'information sur sa santé, 522 • Le droit d'exprimer sa volonté, 523 • Le droit de se plaindre, 523 • La Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante, 524</i>	
Maltraitance et bienfaisance	524
<i>Définitions, 524 • Les types de maltraitance, 524 • La maltraitance envers les soignants, 526 • Le couple bienfaisance - maltraitance, 526 • La distinction entre maltraitance et perversion, 528 • L'abord des auteurs de maltraitance, 528</i>	
La protection de la personne	530
<i>Historique, 530 • Modalités, 531 • Dynamiques, 532 • L'appréciation de la capacité du sujet âgé d'exprimer sa volonté, 535</i>	
L'éthique	537
<i>Définition, 537 • Les principes éthiques, 537 • Le débat éthique, 538 • Le recueil du consentement, 539 • La contention physique, 540 • Les refus de soin, 541 • L'éthique de la fin de vie, 544</i>	
L'éthique des soins dans la maladie d'Alzheimer	546
<i>Au stade de la prise en charge à domicile, 546 • Au stade de la prise en charge institutionnelle, 548 • La fin de vie des patients déments, 549</i>	

Bibliographie	550
<i>Annexe</i>	551
Glossaire des termes psychanalytiques	551
Revue, ouvrages et enseignements	553
<i>Ouvrages et textes de base, 553 • Revues, 555 • Enseignements, 556</i>	
Tests et échelles	556
<i>Douleur, 556 • Comportement, 557 • Dépression, 557 • Risque suicidaire, 557 • Sociétés savantes, associations et fondations, 558</i>	
Liste des vignettes cliniques	558
Liste des encadrés	559
<i>Index</i>	563

Avant-propos à la troisième édition

Depuis la précédente édition de cet aide-mémoire, la littérature psychogériatrique s'est enrichie, et des lois ou des recommandations ont été adoptées sur des questions aussi essentielles que l'annonce du diagnostic de la maladie d'Alzheimer ou le cadre éthique de la fin de vie. Ce que le travail clinique, les interventions institutionnelles et les échanges professionnels m'ont entre-temps appris méritait aussi d'être intégré à cet ouvrage.

Ces révisions et ces développements concernent surtout le soin et la particularité qu'il possède, en gériatrie comme en pédiatrie, de s'adresser autant à l'environnement du patient qu'à sa propre personne, en premier lieu ses aidants ou l'institution dans laquelle il vit. L'alerte nationale lancée par les équipes travaillant en Ehpad et le transfert dans ces établissements d'un nombre croissant de patients psychiatriques constituent à cet égard deux nouveautés majeures qui relancent la réflexion sur les binômes du traitement et du soin, des protocoles et de la relation, de la technique et de l'humain, et sur les moyens d'améliorer leur intégration. Restaurer la notion d'assistance me paraît à cet égard d'autant plus nécessaire qu'en rapprochant l'expérience des soignants de celle des aidants, elle éclaire les impasses dans lesquelles les conduisent parfois leurs rapports.

Le maintien du découpage de cet ouvrage en trois parties ne doit pas faire perdre de vue le lien qui les unit. La psychogériatrie n'est ni une matière fondamentale ni une discipline de laboratoire, elle tire l'essentiel de ses connaissances de la clinique de la relation soignante. C'est en ce sens qu'elle se distingue de la gérontologie, de la gériatrie et de la

gérontopsychiatrie, comme un domaine de la psychologie médicale qui leur est à chacune nécessaire. Elle a notamment vocation de les éclairer sur la fonction soignante et les effets contre-soignants des institutions gériatriques, deux questions qui méritent une place particulière dans cette nouvelle édition car elles sont aussi cruciales pour l'avenir de la psychogériatrie que pour celui de ces établissements.

Afin de ne pas augmenter le volume de cet ouvrage, je me suis efforcé d'en condenser les parties les plus documentées, souhaitant qu'il n'en mérite que mieux ainsi son titre d'aide-mémoire. Je remercie les équipes dont le travail et l'implication personnelle ne cessent depuis des années de m'apprendre ce qu'est le soin, mes confrères gériatres pour leur confiance et leur collaboration, Madame Catoni, éditrice à l'origine de cet ouvrage, et mon épouse qui a accepté de faire une place à cette révision dans la vie que nous partageons depuis près de cinquante ans.

Pierre Charazac

Première partie

FONDEMENTS

1	Historique et définitions	3
2	Démographie, économie et société	15
3	Le corps	33
4	La vie psychique	55
5	Le vieillissement cognitif	71
6	Autonomie et dépendance	105
7	La famille et le couple	129
8	Mort, deuil et fin de vie	153

1

HISTORIQUE ET DÉFINITIONS

S I LA GÉRIATRIE est jeune dans son histoire, elle possède une préhistoire qui s'est déployée durant plusieurs siècles sous l'égide de l'assistance aux indigents, aux infirmes et aux vieillards, une mission qui appartient encore à ses institutions actuelles.

Historique

◆ De l'Antiquité à l'Ancien Régime

L'approche de la vieillesse s'est d'abord faite à travers deux questions : le sort du vieillard, parfois envié et idéalisé mais plus souvent plaint et redouté, quand le théâtre ne s'en moquait pas à travers le personnage du géronte avare et lubrique ; et la recherche de la fontaine de Jouvence permettant de rester jeune et en bonne santé le plus longtemps possible.

Au Moyen Âge, écrit Gutton (1988), « l'hygiène du vieillard est la *gerontocomia*. C'est un ensemble de conseils, de régimes de santé qui se

ressemblent souvent beaucoup parce que les sources sont Hippocrate, Galien, Avicenne ».

Roger Bacon rédige vers 1236 son *Epistola de retardatione accidentium senectutis*, cependant que la mort inspire de nombreuses dissertations sur l'art de bien mourir.

◆ La Révolution française

Avant que la Convention n'impose le mot *hospice*, les vétérans des campagnes de Louis XIV étaient accueillis dans des établissements préfigurant nos maisons de retraite. Un décret du 28 juin 1793 pose que « le vieillard indigent sera secouru aussitôt que l'âge ne lui permettra plus de trouver dans son travail les ressources suffisantes contre le besoin ».

Le 14 février 1796, une instruction ministérielle crée dans chaque département une maison qui accueillera les vieillards afin de leur épargner les hôpitaux. Pour Gutton, « l'hospice de vieillards était bien né ».

◆ L'essor de la médecine moderne

En France, deux figures dominent les débuts de la gériatrie et de la psychiatrie des sujets âgés : celle d'Esquirol qui, reprenant les observations de Pinel, précise en 1838 le tableau de la démence sénile en l'opposant à l'idiotie ; et celle de Charcot qui publie un peu plus tard les premières études sur les maladies des vieillards de la Salpêtrière.

Les grandes classifications psychiatriques de la fin du XIX^e siècle n'ignorent pas les patients âgés : Kraepelin décrit les mélancolies d'involution et les grandes entités nosographiques sont envisagées selon leur mode de terminaison, la démence vésanique.

Au début du XX^e siècle, le courant médico-social et hygiéniste qui traverse l'ensemble des spécialités médicales se désintéresse du sort des vieillards épargnés par la tuberculose et la syphilis. Il faut attendre l'après-guerre pour que les besoins de la population âgée en matière sanitaire et sociale fassent l'objet d'une politique spécifique, dont l'étape la plus marquante fut en France le rapport de la commission

Laroque en 1961. Au niveau mondial, la même époque voit naître les premières sociétés de gérontologie. Dans notre pays, des physiologistes (F. Bourlière), des internistes (J. Vignalou) et des médecins d'hospice (H. Destrem) font œuvre de précurseurs.

Dans la seconde moitié du xx^e siècle, la majorité des pays développés se dotent d'un système de soin et d'un enseignement gériatrique. La France a longtemps été en retard sur ces deux plans puisque la gériatrie ne figure au rang des spécialités médicales que depuis l'arrêté du 22 septembre 2004.

◆ L'avènement de la psychogériatrie

La psychogériatrie est issue de trois courants principaux : l'essor des structures de soins gériatriques, l'intérêt de certains psychiatres pour les patients âgés et l'approche par la psychologie de la question du vieillissement.

La gériatrie

Dans les années soixante-dix, tandis qu'en France la création de dispositifs spécifiques et l'enseignement de la gériatrie n'en étaient qu'à leur début, à Genève l'équipe du Pr Junod innovait en concevant notamment le modèle de l'équipe gériatrique pluridisciplinaire pilotée par le couple somaticien-psychiatre. C'est aussi là que fut créée la première chaire de gérontopsychiatrie de langue française.

Clément (2010) rappelle que dans ses préconisations, la commission Laroque donnait « une préférence à la formation des gériatres à la psychiatrie plutôt que l'inverse ». En fait, non seulement les gériatres ont adhéré à cette démarche d'intégration, mais il leur a fallu apprendre à assumer eux-mêmes les traitements psychiatriques de leurs patients. Il en est résulté au cours de ces trente dernières années l'émergence d'une culture originale baptisée psychogériatrie.

La psychiatrie

Les sources psychiatriques de la psychogériatrie remontent à l'immédiate après-guerre, avec le changement du regard porté sur l'asile et les symptômes des malades qui y vivent. Les principes de l'analyse institutionnelle

et les techniques de groupe qui en sont issues s'appliquent aujourd'hui dans les établissements gériatriques.

Balier a créé en 1965 le premier centre de traitement de jour pour personnes âgées sur le secteur psychiatrique du 13^e arrondissement de Paris. Avec Dedieu Anglade et Danon Boileau, il appartient à la première génération des psychiatres psychanalystes français qui ont développé la psychothérapie analytique du sujet âgé. D'autres psychiatres de formation analytique (Le Gouès) ou de référence systémique (Maisondieu, Ploton) ont contribué depuis au développement de la psychogériatrie en étudiant la vie psychique du sujet dément, les dynamiques de la famille du patient âgé et la souffrance des soignants en gériatrie.

La psychologie

En France comme à l'étranger, les psychologues ont abordé le sujet âgé selon trois approches successives : celle de l'ancienne psychométrie qui appartient aujourd'hui au champ de la neuropsychologie, celle de la psychologie sociale, dans le prolongement des travaux de Shanas qui explorait dès les années soixante aux États-Unis la quantité et la qualité des relations que les personnes âgées gardaient avec leur famille, et celle de la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique dont les promotrices universitaires furent au siècle dernier Grosclaude, Myslinski et Péruchon.

Trois facteurs concourent à l'essor actuel de la psychologie du sujet âgé : le développement de la neuropsychologie et des centres mémoire, le nombre croissant de clients âgés dans la pratique libérale et les créations de postes de psychologues cliniciens pour répondre au cahier des charges des Ehpad.

Définitions

◆ Vieillesse et vieillissement

La vieillesse

La vieillesse est un état somato-psychique qui se caractérise par sa relativité et son instabilité.

Elle est relative parce qu'elle est difficile à cerner par des critères objectifs :

- sa relativité chronologique lui donne un seuil arbitraire, comme le sont les sous-classes d'âges en lesquelles elle se décompose ;
- sa relativité sociologique l'aligne tantôt sur l'âge de la retraite, tantôt sur l'entrée dans la dépendance ;
- sa relativité individuelle repose sur le sentiment de vieillir, issu notamment du décalage entre les changements du corps et la continuité de la vie psychique.

Elle est instable parce que, comme l'enfance et l'adolescence, elle alterne des états de crise et des réaménagements rappelant la crise d'adolescence et la période de latence. L'autonomie et la dépendance interviennent dans cette instabilité, dont l'issue repose sur la continuité du sentiment d'identité et de l'image du moi.

Le vieillissement

Le vieillissement est un processus résultant de l'interaction de facteurs biologiques, corporels, psychiques et sociaux. Alors que l'on entre dans la vieillesse, on subit le vieillissement en ce sens qu'il est fait de changements des rapports, pour l'essentiel inconscients, entre le moi corporel, le moi psychique et le monde extérieur. Cela n'empêche pas le moi psychique d'avoir des représentations de la vieillesse en général et de son vieillissement en particulier, de réévaluer sa capacité d'agir sur le monde extérieur et de subir ses contraintes sans dommage excessif pour l'amour de soi.

Le vieillissement fait intervenir non seulement des forces différentes mais aussi des causalités de plusieurs ordres qu'il n'est pas toujours facile de rapprocher. Considérer que le vieillissement débute à la naissance n'est pas juste du point de vue de la psychanalyse, pour qui l'inconscient ignore le temps. L'infantile demeuré refoulé peut venir tardivement à la conscience selon des facteurs qui n'ont rien à voir avec l'âge.

Ajoutons que la sénescence désigne à la fois le temps de la vieillesse et le processus de vieillissement tandis que la sénilité s'applique spécifiquement aux pathologies de l'âgé.

◆ La gérontologie

C'est l'étude du vieillissement et de la vieillesse du point de vue de l'ensemble des disciplines qu'ils intéressent. En premier lieu, les sciences du vivant et les sciences de l'humain : biologie cellulaire, génétique, anatomie, physiologie et médecine ; démographie et économie ; psychologie et sociologie ; anthropologie culturelle et religieuse.

Bien d'autres domaines sont concernés, par exemple l'histoire, ce qui fait écrire à Kuntzmann (2004) :

« Tous ceux qui s'intéressent au vieillissement dans ces disciplines ne se considèrent pas forcément comme gérontologues. Cette diversité implique qu'il n'y a pas de gérontologues également engagés dans toutes ces composantes. Il ne saurait y avoir de gérontologue exclusif. »

L'humain est l'unique être vivant dont l'étude du vieillissement requiert l'intégration d'autant de disciplines. Le respect de cette complexité réduit le risque qu'une science impose aux autres son type de causalité. Tout chercheur tend néanmoins à l'aborder avec sa représentation personnelle de la vieillesse réussie.

◆ La gériatrie

Ce mot, créé par Nascher en 1909, désigne le domaine de la médecine consacré à la clinique et au traitement des patients âgés. Il a définitivement supplanté celui de gérontologie clinique.

L'approche pluridisciplinaire

Cette spécialité a la particularité de réunir presque toutes les autres. Encore présentée comme « la médecine interne du troisième et du quatrième âge », elle a l'ambition d'aborder le patient dans sa totalité, en intégrant ses pathologies somatiques, sa psychologie individuelle et ses relations avec son environnement. Elle est par conséquent pluridisciplinaire.

La mission de prévention

C'est dans un esprit de prévention que la gériatrie a développé les notions de vulnérabilité et de fragilité. Elle a aussi le souci d'éradiquer