

Jean-Claude Monfort

# LA PSYCHOGÉRIATRIE

*Septième édition mise à jour  
14<sup>e</sup> mille*

*Que  
sais-je?*

## À lire également en *Que sais-je ?*

COLLECTION FONDÉE PAR PAUL ANGOULVENT

Gaston Pineau, Jean-Louis Le Grand, *Les Histoires de vie*, n° 2760.

Michel Godfryd, *Les Maladies mentales de l'adulte*, n° 2886.

Benoît Verdon, *Le Vieillissement psychique*, n° 3981.

Chantal Hausser-Hauw, *La Maladie de Parkinson*, n° 4100.

Jean-Jacques Hauw, *La Maladie d'Alzheimer*, n° 4121.

Anne-Laure Buffet, *L'Emprise*, n° 4236.

Ce livre ne peut être reproduit ni utilisé à des fins  
d'entraînement de systèmes d'intelligence artificielle.

La fouille de textes et de données est interdite  
conformément à l'article 4(3) de la Directive (UE) 2019/790.

ISBN 978-2-7154-3979-5

ISSN 0768-0066

Dépôt légal – 1<sup>re</sup> édition : 1998  
7<sup>e</sup> édition mise à jour : 2026, mai

© *Que sais-je ?*/Presses Universitaires de France, 2026  
5, allée de la 2<sup>e</sup> DB, 75015 Paris

*À Mireille Rasle, secrétaire hospitalière,  
c'est elle qui a suggéré l'écriture de ce « Que sais-je ? ».*  
*À Simone Boucheron, voisine et amie âgée de plus de 85 ans,  
c'est elle qui a contribué à mettre le texte à la portée du lecteur.*  
*À Colette Guedeney, psychanalyste,  
pour ses apports sur le vieillissement réussi.*  
*À Francine Amalberti, directrice d'EHPAD  
et Véronique Villemur, médecin coordonnatrice d'EHPAD,  
pour leurs apports sur les EHPAD.*  
*À Isabelle Péan, coordonnatrice d'un DAC,  
pour ses apports sur le maintien à domicile.*  
*À Anne-Marie Lezy, gériatre, chef de service, responsable de pôle,  
avec laquelle nous organisons un diplôme de psychogériatrie.*

# Introduction

L'avance en âge ne protège pas de la souffrance psychologique, c'est même l'inverse. Plus on avance en âge, plus la vulnérabilité psychique augmente, plus le risque de décompensation psychiatrique est élevé. Anéanti, il reste toutefois possible d'avoir l'espoir d'être rétabli.

## I. – Psychogériatrie : une définition globale

La psychogériatrie est une approche plurielle associant métiers et disciplines. Elle a pour objet de comprendre et d'accompagner les personnes âgées qui souffrent de difficultés psychologiques ou d'un trouble psychiatrique caractérisé, qu'elles aient ou non une polypathologie somatique et un état démentiel associés. La psychogériatrie accompagne les personnes anéanties sur le chemin du rétablissement, vers une vie pleine et l'espoir d'une mort sereine.

## II. – La progression du nombre de personnes concernées

1. **Les données démographiques** montrent que le nombre de personnes âgées augmente chaque année. La courbe des moins de 20 ans vient de croiser celle des plus de 60 ans dont le pourcentage est maintenant de 30 %. Le pourcentage de personnes dépendantes devrait augmenter de 1 % chaque année jusqu'en 2040.

2. **Les personnes âgées en besoin de psychogériatrie.** Après l'âge de 85 ans, 20 % des personnes âgées ont les critères du vieillissement réussi ; 30 % ont un état démentiel

avec ou sans souffrance psychique associée. Les 50 % restants ont une avance en âge faite de souffrances psychologiques multiples avec parfois une décompensation ou l'éclosion d'un trouble psychiatrique. Après l'âge de 85 ans, c'est donc près de 80 % des personnes âgées qui auraient besoin d'une approche multidisciplinaire pour assurer le maintien à domicile et éviter l'arrivée aux urgences dans une situation de crise entraînant le plus souvent un accueil (« placement ») en institution. L'écart entre les besoins qui augmentent et les budgets qui diminuent accroît la pénibilité du travail des équipes qui progressent comme des ambulances sur ce champ de bataille. La psychogériatrie est un sport de combat (Christian Derouesné<sup>\*1</sup>, 2006).

### III. – La diversité des vieillissements

La question souvent posée est celle de l'âge et de la nature du vieillissement : à partir de quel âge est-il possible d'utiliser l'expression « personne âgée » ? À partir de quel âge est-on vieux ? Quels sont les types de vieillissement qui peuvent bénéficier d'une approche psychogériatrique ?

**1. Les personnes âgées n'existent pas.** – Cette formulation paradoxale signifie qu'il n'y a pas d'âge seuil à partir duquel on peut dire d'une personne qu'elle est âgée. Le vieillissement, c'est-à-dire l'avance en âge, commence dès la naissance. Le continuum de la vie à la mort comporte arbitrairement deux seuils. Le seuil de 60-65 ans, fixé par les administrations, correspond à l'âge habituel de la perte de son emploi rémunéré. Le seuil de 80-85 ans, fixé par la chance ou la génétique, correspond à la baisse des cinq sens et aux handicaps qui en découlent. En pratique, on peut être centenaire et ne pas avoir encore franchi ces deux seuils (Michel Allard\*).

---

1. L'astérisque après un nom d'auteur indique que la référence complète se trouve dans la bibliographie en fin d'ouvrage.

2. L'expression « avance en âge » est synonyme de vieillissement. Ces termes désignent deux processus associés, l'usure et la maturation. Installés dès la naissance, ils se poursuivent jusqu'à la mort. La prédominance d'un processus sur l'autre peut donner envie de vieillir ou de tout faire pour l'éviter. Les interactions avec les événements de vie vont amener des instants de malheur et de bonheur. Une certitude, plus on avance en âge, plus l'espérance de vie diminue.

3. Le **vieillissement pathologique** est le plus facile à comprendre et c'est lui qui fait peur. Lors de l'avance en âge, le risque de développer une ou plusieurs maladie(s) augmente. Les plus fréquentes sont les maladies cardiovasculaires, les cancers et les maladies neurologiques comme les états démentiels (baisses cognitives). Le risque de développer une maladie psychiatrique existe aussi : l'avance en âge ne protège pas des troubles psychiatriques.

4. Le **vieillissement normal** sans pathologie repérable est très hétérogène (Karen Ritchie\*). Globalement, les performances cognitives ne baissent pas ; certaines diminuent un peu, car elles mettent en jeu des vitesses de réaction ; d'autres s'améliorent, en particulier celles qui font appel au vocabulaire chez des personnes qui s'entraînent. Les personnes ayant un vieillissement normal n'ont pas obligatoirement un vieillissement réussi (Maryvonne Gognalons-Nicolet\*). Celui-ci reste suffisamment bon pour assurer un goût de la vie qui est éprouvé par l'intéressé et observé par les tiers. Ces personnes, dont le nombre est estimé à 20 % de la population, ont conservé des liens affectifs, familiaux, amicaux et sociaux. Elles gardent des activités manuelles, sportives, intellectuelles, artistiques et culturelles. Elles n'ont pas particulièrement envie que cette avance en âge soit interrompue, mais elles sont prêtes à accepter la mort quand elle viendra. L'angoisse de la mort reste supportable et n'a pas le pouvoir de désorganiser la vie psychique. L'avantage de cette définition du vieillissement réussi est que celui-ci peut être présenté comme un projet de vie.

## IV. – La diversité des souffrances psychiques

L'une des particularités des personnes âgées est l'accumulation des maladies somatiques, neurologiques et psychiatriques. La souffrance psychologique est le résultat mêlé de ces maladies, associé en outre à la souffrance du passé qui revient dans le présent. Il faut y ajouter la souffrance découlant d'un environnement absent, inadéquat, négligent ou maltraitant. L'intérêt d'une approche psychogériatrique est la prise en compte de la personne dans sa globalité associée à la recherche des facteurs de souffrance qui pourraient être réversibles ou dont les conséquences pourraient être atténuées :

**1. Les souffrances psychiques ayant pour origine un trouble psychiatrique ou un trouble de la personnalité.** – Ces troubles sont aussi appelés maladies nerveuses, maladies mentales, troubles de la santé mentale ou troubles fonctionnels pour souligner qu'il n'y a pas de substratum anatomique lésionnel connu (Edmond Chiu\*, David Ames). Le terme « maladie vieillie » est utilisé pour nommer les maladies qui n'ont pas guéri et qui continuent à évoluer avec l'avance en âge. Le terme « maladie d'apparition tardive » (*maladie d'involution*) est utilisé pour désigner les maladies qui font éclosion tardivement après l'âge de 65 ans. Nous avons introduit le terme de « troubles de révélation tardive » pour faire comprendre que des troubles psychiatriques peuvent être présents de manière invisible pendant une grande partie de la vie. Les personnes âgées ayant une maladie psychiatrique, qu'elle soit ancienne ou d'apparition récente, ne bénéficient, sauf exception géographique ponctuelle, d'aucune mesure particulière. La médiatrice de la ville de Paris a reconnu cette réalité et a osé la nommer comme une « véritable situation de déni de soins » (Claire Brisset\*).

**2. Les souffrances psychiques ayant pour origine un état démentiel.** – Il s'agit de maladies caractérisées par une baisse des performances cognitives liées à des lésions

cérébrales avec perte de neurones. Le terme « état » signifie que la baisse des performances cognitives est irréversible. Les personnes âgées ayant une maladie démentielle sont de mieux en mieux identifiées et accompagnées par les mesures du plan Alzheimer (devenu plan maladies neurodégénératives 2025-2030). Un plan qui, hormis exceptions, oublie de mentionner le terme « psychiatrie ».

**3. Les souffrances psychiques ayant pour origine un épisode confusionnel.** – L'une des particularités de la personne âgée est sa vulnérabilité à l'égard des confusions. Le terme de « confusion » signifie que la personne a perdu ses repères, elle est désorientée, elle ne sait plus où elle est, quand elle est, ni parfois qui elle est. Le terme « épisode » est capital, car il signifie que la confusion sera réversible si l'on trouve la ou les cause(s) à l'origine de la confusion.

## V. – La diversité des médecins

**1. Le médecin généraliste.** – C'est le généraliste qui est souvent à la fois le gériatre et le psychiatre, « psychogériatre masqué », il repère et soigne la majorité des souffrances psychiques des personnes âgées. Le taux de burn-out des généralistes est de 44 %. Son épuisement, sa raréfaction et son temps passé excédentaire non rémunéré ont fait de ce professionnel central l'un des maillons faibles de la psychogériatrie.

**2. Le neurologue.** – Il est consulté pour des plaintes mnésiques qui marquent le début d'une baisse des performances cognitives ou qui cachent une souffrance anxiodépressive (François Sella\*, Élisabeth Kruczek). Les personnes âgées ont moins de réticence à consulter un neurologue qu'un psychiatre, mais elles sont parfois déçues lorsqu'elles s'attendaient à avoir un éclairage psychologique et un soutien psychothérapique.

**3. Le gériatre.** – À la suite de Robert Hugonot pour lequel la gériatrie est une branche de la psychiatrie,

nombreux sont les gériatres ayant une approche psychogériatrique. Les gériatres peuvent être consultés à l'hôpital grâce à l'ouverture de consultations de gériatrie et d'hôpitaux de jour. Un petit nombre d'équipes mobiles gériatriques basées à l'hôpital ou créées grâce aux réseaux gériatriques font des visites à domicile et en EHPAD<sup>\*1</sup>. Le ministère vient de réduire aux seuls DES\* l'accès à la spécialité de gériatrie. La conséquence est une baisse du nombre de gériatres. Ainsi la gériatrie pourrait devenir le maillon faible de la psychogériatrie.

**4. Le psychiatre.** – Les psychiatres exerçant auprès des personnes âgées n'étaient jusque-là pas reconnus ; au terme de trente-trois années, leurs soins et leurs démarches ont abouti à l'arrêté ministériel du 21 avril 2017. Depuis cette date, la spécialité de psychiatrie ayant été acquise grâce à un DES, les psychiatres d'adultes peuvent valider une option de psychiatrie de la personne âgée (PPA). Ils peuvent alors exercer cette surspécialisation qui a désormais le même statut que la surspécialisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA). La psychogériatrie vient ainsi de s'enrichir d'un maillon qui manquait. L'arrivée de ces jeunes professionnels devrait être suivie d'une augmentation des appels à leurs compétences. Une fois trouvé ce psychiatre expert, il faudra continuer à faire avec la réticence de la personne âgée qui n'a pas envie de rencontrer celui qui est considéré comme le spécialiste des fous : « Non, je ne suis pas folle. » Le terme « psychogériatre » prononcé avant celui de « psychiatre » est un élément qui devrait continuer de faciliter l'acceptation de la rencontre.

**5. Le psychogériatre.** – C'est un médecin qui a une pratique psychogériatrique. Généralistes, neurologues, gériatres ou psychiatres se retrouvent dans les associations comme la Société francophone de psychogériatrie et de psychiatrie de

---

1. L'astérisque après un mot indique que ce mot est défini dans le glossaire en fin d'ouvrage.