




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES

# Le choix d'une approche, le destin d'un mot, le sens d'une question : gérontopsychiatrie ou psychogériatrie ?

A feeling's issue, a word destiny, the sense of a question:  
Gerontopsychiatry or psychogeriatrics?

C. Hazif-Thomas<sup>a,\*</sup>, R.-O. Peix<sup>b</sup>, P. Thomas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Docteur. Service de psychiatre du sujet âgé, CHG de Quimperlé,  
20, bis, avenue Maréchal-Leclerc, BP 134, 29391 Quimperlé, France

<sup>b</sup> Centre Jean-Marie Léger, SHU de Limoges, Limoges, France

### MOTS CLÉS

Gérontopsychiatrie ;  
Psychogériatrie ;  
Personnes âgées ;  
Soins ;  
Démence

### KEYWORDS

Geropsychiatry ;  
Psychogeriatrics ;  
Elderly ;  
Care ;  
Dementia

**Résumé** Une approche psychiatrique qui porte sur l'étude, la prévention et le traitement des troubles mentaux de l'âge propose deux définitions : gérontopsychiatrie ou psychogériatrie. La prise en charge de la démence appartient à cette double approche. Cette alternative recouvre une clause systémique pour l'ensemble des acteurs soignants. L'exploration de l'univers psychique tardif débouche sur un soin approprié à la personnalité du malade âgé. Aussi, cette question fondatrice comporte celui de l'abord de l'histoire de nos patients d'un point de vue extérieur, médico-soignant, ou intérieur, médicopsychologique.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Summary** Geriatric psychiatry or psychiatry of old age is a subspecialty of psychiatry dealing with the study, prevention, and treatment of mental disorders in humans with old age. These subspecialty is also known as geropsychiatry, or psychogeriatrics. The diagnosis, treatment and management of dementia is one area of this field. This double definition includes a systemic pact gathering all the formal caregivers in their usual approach. Discovering the late psychic univers need to practice a way of caring matching with the personality of old persons. For this reason, the question of the double definition is related with our way to cope with patients' life history, from an external point of view, medical and carers, or internal, medicopsychologic.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.hazif-thomas@ch-quimperle.fr (C. Hazif-Thomas).

1 « On pourrait donc admettre que seul le psychiatre âgé  
2 est à même d'expliquer le psychisme du sujet âgé »  
3 Ciompi, 1969.

4 Gériontopsychiatrie ou psychogériatrie? Une approche  
5 psychiatrique qui porte sur l'étude, la prévention et le  
6 traitement des troubles mentaux de l'âge nécessite-t-elle  
7 deux définitions? C'est souvent autour de cette question  
8 que s'organise la première rencontre avec nos collègues  
9 somaticiens auprès desquels nous intervenons en psychi-  
10 atrie de liaison mais aussi lorsque l'institution évolue vers  
11 la mise en place d'une structure visant à prendre en  
12 charge ces nombreux patients souffrant dans leurs vieux  
13 jours d'un trouble mental ou d'une désintégration de leur  
14 entité psychocognitive, d'où nombre de demandes de soins  
15 mais aussi l'émergence de nombre d'interrogations quant  
16 à la possibilité soignante elle-même... Que recouvre donc  
17 cette alternative pour l'ensemble des acteurs soignants et  
18 qu'advient-il de l'applicabilité du soin psychique et de la  
19 mise en confiance de la personne soignée dans cet entre-  
20 deux? Faut-il d'ailleurs ne faire de ce questionnement  
21 qu'une clause de style ou renvoie-t-il à une vraie chance  
22 de maturation relationnelle et d'évolution systémique, de  
23 telle sorte que l'exploration de l'univers psychique tardif  
24 débouche sur un soin approprié à la personnalité du malade  
25 et, partant, sur autre chose qu'un corps à corps, soit sur un  
26 avenir choisi plutôt que subi?

27 Au-delà du positionnement au premier plan de « psycho »  
28 ou « géronto », il peut être plus pertinent de s'interroger  
29 sur la typologie diagnostique et symptomatologique des  
30 patients au sein des structures sanitaires ou médicoso-  
31 ciales. L'observation de différents établissements permet  
32 de constater qu'il n'y a pas beaucoup de différence dans la  
33 population accueillie et que l'on se situe bien souvent plus  
34 dans un partage que dans une complémentarité de services.  
35 Et pourtant, force est de constater que certains troubles  
36 ayant une composante psychiatrique majeure sont difficile-  
37 ment pris en soins dans des services ayant une plus forte  
38 composante gériatrique. À titre d'illustration, l'orientation  
39 dans une même structure de patients présentant une forte  
40 morbidité organique (patients alités et très dépendants sur  
41 le plan de l'autonomie physique) est peu compatible avec  
42 l'accompagnement au quotidien des symptômes compor-  
43 tementaux et psychologiques de la démence. Dans cette  
44 perspective, une évaluation de la pertinence des hospitalisa-  
45 tions peut apporter un plus grand éclairage et une meilleure  
46 définition des profils des patients.

47 En un sens, cette question fondatrice semble rejouer un  
48 autre questionnement, celui de l'abord ou non de l'histoire  
49 de nos patients d'un point de vue extérieur, médicosoignant,  
50 ou intérieur, médicopsychologique...

51 L'une et l'autre approche ont en réalité leur légitimité et  
52 leur pertinence, comme le rappelle Charazac, qui déplore au  
53 passage « qu'elles manifestent chacune vis-à-vis de l'autre  
54 des résistances qui mettent régulièrement la théorie et la  
55 pratique des soins en crise » [1].

56 Cette occurrence a des précédents dans le domaine de la  
57 pharmacologie et David Healy, auteur du très remarquable  
58 livre *Les médicaments psychiatriques démythifiés*, rappelle  
59 qu'à la pharmacopsychologie, mot inventé par Kraepelin à  
60 la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, s'est substituée plus récemment la psy-  
61 chopharmacologie; l'auteur remarque ici un « déplacement

majeur dans la façon de penser » et regrette que la récep-  
tologie et les bénéfices que les psychotropes apportent aux  
services hospitaliers ou aux médecins généralistes en termes  
de réduction de comportements perturbateurs aient pris le  
pas sur cette discipline qui ne devait au départ, à partir  
de l'utilisation de produits psychoactifs, que s'attacher à  
« révéler quelque chose sur la façon dont fonctionnent les  
opérations psychologiques ou sur la façon dont sont agen-  
cées les différentes parties constitutives de la psychée » [2].

Alors même que les bases de la psychiatrie gériatrique  
sont à rechercher du côté de la création du secteur en France  
et des travaux de la Commission Laroque en faveur de la mise  
en perspective des dispositifs de soins avec la trajectoire du  
patient (l'avant et l'après hospitalisation), il est clair qu'une  
imprécision demeure quant aux limites de notre champ  
d'étude et de soins. De même, dans notre art médical, il  
n'y a toujours pas de schémas cohérents de la clinique de  
l'âge avancé dans le champ de la psychiatrie actuellement,  
ce que reflète le problème de vocabulaire: gériontopsy-  
chiatrie ou psychogériatrie? Cette ambiguïté des termes  
reflète, selon Frémont, l'ambiguïté des prises en charge  
[3], alors même que selon les études menées par l'OMS, les  
troubles mentaux constituent l'une des premières causes de  
morbidité et représentent les 3/5 des sources d'incapacité  
liées au vieillissement (circulaire DHOS /02/2004/507 du  
25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychia-  
trie et santé mentale du schéma régional d'organisation  
sanitaire de troisième génération et circulaire DHOS /02/  
n° 117 du 28 mars 2007 relative à l'amélioration de la filière  
de soins gériatriques).

En faveur du premier terme, on retiendra l'idée de  
gériontopsychiatrie en miroir de celle de pédopsychiatrie,  
signifiant par là une psychiatrie de la sénescence (Müller Q2  
et al., 1969 [4]) qui ne souhaite pas étudier le vieillisse-  
ment psychique en soi mais surtout la psychopathologie  
du grand âge (Tableau 1). De fait, on retrouve chez nos  
anciens une psychopathologie à la fois colorée de rêve  
d'immortalité (permanence) et de regroupement écono-  
mique (thèmes délirants terre à terre) [5]. L'accessibilité  
aux soins des sujets âgés présentant des troubles psychopa-  
thologiques est médiocre [6] pour au moins trois raisons: soit  
parce que la représentation sociale de la psychiatrie pour les  
plus âgés se fait en termes de folie et d'enfermement, soit  
parce que la symptomatologie est atypique, mal diagnosti-  
quée par rapport à l'adulte (dépression masquée, syndrome  
régressif, « glissement »...), soit enfin parce qu'une partie  
du système psychiatrique lui-même tend à rejeter une partie  
des tableaux démentiels jugés trop organiques. Pour l'école  
psychogériatrique de Limoges, la gériontopsychiatrie est plu-  
tôt un terme propre à la prise en charge des pathologies  
mentales du sujet âgé.

La définition de Richard et Droz (1984) [7] et de Richard  
et Bovier (1997) [8] recentre l'objet de cette discipline, sur  
un corpus qui « vise à élaborer et à utiliser dans un but thé-  
rapeutique un corps de connaissance, celui de la pathologie  
mentale de l'âge s'appliquant aux affections psychiques,  
qui apparaissent, se prolongent ou réapparaissent dans la  
vieillesse ».

Si le terme gériontopsychiatrie ramène, en termes  
de définition, 8390 résultats sur le moteur de recherche  
« Google », celui de psychogériatrie n'a la faveur « que » de  
4960 références! Et même si le vocable de psychopédiatrie

Tableau 1 Les différentes terminologies au cours des 25 dernières années.		
Psychiatrie gériatrique (Richard et Droz, 1984 [7])	Psychogériatrie (Richard, 1990 [20])	Psychiatrie du sujet âgé (Léger et Boutaud, 1999 [6])
<p>Elle a pour objet Des affections psychiatriques apparues au cours de la vieillesse, dans le cours de la sixième décennie</p> <p>De celles qui existaient avant cet âge et qui persistent ou réapparaissent plus tard</p> <p>Des déficits de la cognition de la présénéilité</p> <p>La psychiatrie gériatrique est un terme investi par l'école anglosaxonne et qui a évolué vers celui de <i>old age psychiatry</i></p>	<p>Elle a pour objet L'hygiène mentale de la personne âgée et la prévention des conséquences du vieillissement normal ou pathologique</p> <p>Les problèmes relationnels et les comportements de la personne âgée dans l'usage des soins qui lui sont réservés ou sont conçus pour elle</p> <p>La psychologie de la pratique soignante ainsi que l'observation et le contrôle des attitudes des soignants et des proches conditionnés par leur activité auprès des personnes âgées</p>	<p>Discipline frontalière qui a pour finalité d'intégrer La démentologie associée de façon étroite aux neurosciences et envisageant l'essentiel des phénomènes du vieillissement comme l'effet direct, sinon exclusif, des altérations cérébrales</p> <p>L'approche clinique s'intéressant plus à l'individu malade, à ses souffrances, à la nécessité où il se trouve de s'insérer dans un milieu social souvent imposé, ce malgré les handicaps qu'il présente</p> <p>La perspective psychologique orientée vers la compréhension des réactions du patient en fonction de ses déficits, de sa personnalité et de la situation dans laquelle il se trouve immergé</p> <p>La dimension sociale prenant en compte les problèmes économiques et financiers, les réponses à la dépendance et l'aide aux familles</p>

n'a jamais trouvé grâce aux yeux de qui que ce soit, celui, très politiquement correct de psychogériatrie, a encore le vent en poupe chez tous ceux qui aspirent à rassembler tous les soignants de bonne volonté, engagés dans le combat pour des soins psychologiques, psychiatriques et gériatriques de qualité envers nos aînés, ce qui est assurément un des objectifs centraux de la très estimée Société de psychogériatrie de langue française créée par le professeur Jean-Marie Léger en 1986 [9]. Dans cette mouvance, la psychogériatrie est une appellation qui tient compte de la psychologie des sujets âgés et des liens entre psychiatres, gériatres et les acteurs du soin auprès des patients âgés.

Alors que pour Thomas [10], la psychogériatrie est « une approche globale, pluridisciplinaire du malade âgé et de son environnement humain et matériel, au carrefour de la médecine, de la sociologie et de la psychologie, de la médecine somatique et de la psychiatrie », pour Simeone [11], elle est « une psychiatrie générale de la personne âgée. Cette nouvelle branche de la médecine adopte une vision clinique large de l'homme âgé et malade en englobant aussi bien les aspects psychiatriques et contextuels que biologiques et psychodynamiques. La spécificité de la psychogériatrie demande ainsi une doctrine multidisciplinaire pour une bonne "continuité de soins" dans les différentes structures de soins ».

En 1999, Camus, retraçant les travaux de la réunion de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée à l'initiative de l'OMS et de l'Association mondiale de psychiatrie, définit la profession psychogériatrique comme suit dans une volonté affichée de consensus : « La psychogériatrie – ou psychiatrie de la personne âgée – est une des branches les plus jeunes de la psychiatrie. À l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui s'est progressivement affranchie d'une simple lecture « adultomorphique » pour s'ériger en discipline autonome, la psychiatrie de la personne âgée a progressivement développé un corpus de savoirs, de pratiques, d'organisations institutionnelles et de champs d'investigations et de recherches qui lui sont propres dès la fin des années 1950. De 1996 à 1998, la division des troubles mentaux et abus de substances de l'OMS et la section de psychiatrie gériatrique de l'Association mondiale de psychiatrie ont organisé trois conférences de consensus afin d'établir une définition de la psychiatrie de la personne âgée et d'énoncer les principes généraux d'organisation des soins et de formation. Ces travaux constituent une étape importante de la reconnaissance de la discipline et offrent un cadre de référence pour le développement de politiques et de programmes de promotion de la santé mentale des personnes âgées [12]. Cette définition tranche en effet avec le résumé qu'en donne Albou : « Dominée par la problématique liée aux démences, la psychogériatrie s'est imposée comme une discipline située à la frontière entre plusieurs spécialités, en particulier la psychologie du vieillissement, la psychiatrie, la neurologie, et plus récemment, la gérontologie et la gériatrie » [13], car elle laisse entendre la possibilité selon laquelle cette composante « gériatrique » qui suit le préfixe « psycho » ne serait finalement qu'une branche spécialisée de la psychiatrie et non plus une discipline généraliste ; d'autres praticiens n'hésitent pas, en revanche, à rappeler le tronc commun entre gériatrie et psychogériatrie (hébergement, animation, soins...) mais notent qu'en général, « en gériatrie, les gens sont capables de s'adapter à

l'institution, alors qu'en psychogériatrie, c'est l'institution qui doit s'adapter » soulignant en cela l'importante organisation et la grande énergie consacrée à l'accompagnement et à la surveillance des patients.

On ne sera pas surpris de constater l'absence du terme « psychogériatrie » dans le « précis pratique de gériatrie » de Arcand et Hébert [14], où l'on préfère évoquer les services psychiatriques ou gérontopsychiatriques. Pourtant, il est de fait souvent mis en avant que le patient acceptera plus facilement l'intervention en première ligne d'un psychogériatre, bien plus vu comme un gériatre assumant sa part de psychologie médicale que celle d'un gérontopsychiatre, dont le rattachement explicite à la psychiatrie peut encore faire peur tant l'image de l'enfermement de tous ceux sur qui s'est abattue l'étiquette de folie reste encore vivace. Pour autant, cet argument, pour intéressant qu'il soit, ne résiste pas à l'analyse car il ne suffit pas de changer une appellation pour faire cesser la stigmatisation des malades mentaux, a fortiori lorsqu'ils sont âgés, tant il serait de plus idiot de méconnaître les nombreux réflexes anti-âge de nos contemporains. De plus, on sait la faible importance numérique de services de gérontopsychiatrie, ce qui n'empêche pas nos amis canadiens de favoriser l'effectivité de la prise en charge et le travail de liaison non pas à l'aide d'un médecin psychogériatre mais avec celle, amenée à connaître un bel avenir dans notre nouveau système de santé féru d'efficience, de « gestionnaire de cas non médecin » ou bien celle d'une infirmière clinicienne, ce qui est largement déjà le cas dans notre pays via le travail de secteur et l'intervention des infirmières des différents centres médiopsychologiques ou des équipes de psychiatrie de liaison.

La nouvelle loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, en effet, s'est donnée comme objectif important non seulement de continuer à rechercher la rentabilité optimale, mais aussi et surtout de gérer l'offre, c'est-à-dire de « pouvoir sélectionner les actes médicaux et donc les malades, ce qui n'est plus du domaine du service public hospitalier » [15]. Cette loi n° 2009-879, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, va en effet bien au-delà du domaine hospitalier et concerne l'ensemble du champ sanitaire et social. Non contente d'organiser l'offre de soins, elle s'est donnée pour ambition de garantir la permanence des soins, et ce, en octroyant à l'utilisateur du système de santé, au citoyen acteur à part entière de sa santé et au consommateur agissant au sein de la démocratie sanitaire, un guichet unique des professionnels de santé pour l'organisation, précisément, tant de la permanence des soins que de la prévention. Dans le cas du suicide, dont le taux français chez le sujet âgé reste un des plus élevés d'Europe, le gouvernement et la DGS ont ainsi le souhait non seulement d'informer et de diffuser des recommandations de repérage aux médecins généralistes, mais aussi de prévenir les phénomènes d'exclusion et surtout de mettre en place des « réseaux locaux pour animer, soutenir et « surveiller » les personnes ayant peu d'entourage familial ». Ces dispositions complètent l'objectif d'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé et de consultation de prévention annuelle permettant d'évaluer la mémoire, les comportements et les émotions chez les personnes de plus de 65 ans.

Et parce que la psychiatrie est une branche de la médecine et de la biologie appliquée, la définition est

de Biswanger [16], il est licite d'ouvrir la clinique du sujet âgé affecté dans son esprit et son corps psychique à une approche réellement bio-psychosociale et d'entendre l'importance du travail de liaison vers ces microsociétés que sont les hôpitaux et les structures de soin, en quoi ils/elles font œuvre collective et sont encore des institutions. La gérontopsychiatrie comme la psychogériatrie ne peuvent donc faire l'impasse d'un ancrage institutionnel ou ambulatoire si elles souhaitent demeurer en mouvement, assumer leur mission de liaison avec la médecine et la chirurgie, et ambitionner de donner à la mobilité ses lettres de noblesse. De sorte qu'il serait inenvisageable que la pratique « psy » de liaison soit un soin de plus, ce d'autant qu'il serait alors à craindre qu'elle soit récupérée comme un sous-produit de la gériatrie médicale. Bien au contraire, la gérontopsychiatrie de liaison ne peut qu'être fière de ses origines quant à la psychiatrie de liaison, terme créé par Billings en 1939 pour désigner l'intégration des principes de la psychiatrie aux autres branches de la médecine et qui évite bien des errements diagnostiques et thérapeutiques : *It saves the hospital, patient and community money* [17]. Venant donner raison à cet auteur, les constats actuels montrent que « l'augmentation des coûts dans le domaine de la santé qui est imputée du moins partiellement aux hôpitaux généraux, a fait monter de manière sensible la pression en faveur d'un raccourcissement de la durée d'hospitalisation. Il est prouvé que ce sont le plus souvent les problèmes psychiques et psychosociaux qui déterminent dans une large mesure la durée de l'hospitalisation des malades principalement somatiques » [18], comme le rappelle Caduff [19]. Au-delà du seul aspect financier, il y a dans l'idée de l'acte de liaison dans le domaine de la santé mentale, l'idée de « déstigmatiser » les patients souffrant de troubles psychiques, non sans intégrer la réalité actuelle, celle qui découle de l'évolution démographique. Or cette dernière prend acte de « l'augmentation du nombre de personnes âgées polymorbides et souffrant de tableaux cliniques neuropsychiatriques ou complexes, qui doivent être traitées la plupart du temps dans des hôpitaux somatiques, plaide également pour une valorisation de la psychiatrie de consultation et de liaison » [19].

Ici, l'enracinement de la psychiatrie du sujet âgé dans une réflexion tournée vers la notion de vieillissement explique également son intérêt pour ce processus qui commence avec la vie. En ce sens comme le souligne Richard, cette discipline n'est pas « qu'une riposte aux maux qui se manifestent au cours du vieillissement, c'est aussi un regard singulier porté à d'autres âges de la vie à travers le vieillissement » [20]. Il a déjà été noté que la plupart des troubles psychiatriques de la personne âgée commencent avant 50 ans. La psychogériatrie et la gérontopsychiatrie ne peuvent donc pas être un soin plus juste si elles restent enfermées dans la notion de vieillissement pathologique ; tout au plus peuvent-elles prendre en considération le vieillissement pathologique, en ce sens que le vieillissement ne produit pas le pathologique, il ne fait que l'accompagner.

Alors finalement, doit-on choisir cette belle notion qu'est la psychogériatrie ou celle non moins élégante de gérontopsychiatrie ? Ni l'une ni l'autre car le lecteur aura sans doute deviné que la dénomination qui exprime le mieux l'essence de cette discipline particulière ne peut être que celle qui réintroduit le mieux le sujet dans sa dynamique singulière et sa course propre, a fortiori quand des antécédents dans

310 l'âge adulte ont déjà affirmé ce qui leste véritablement le  
311 centre de gravité psychique de la personne et c'est pour-  
312 quoi la psychiatrie du sujet âgé a aujourd'hui vocation à se  
313 substituer à ces deux termes, sans les effacer pour autant.

## 314 Conflit d'intérêt

315 Q3 Les auteurs n'ont pas transmis de conflit d'intérêt.

## 316 Références

- 317 [1] Charazac P. Soigner la maladie d'Alzheimer. Paris: Dunod, Coll.  
318 « Psychanalyse »; 2009.
- 319 [2] Healy D. Les médicaments psychiatriques démystifiés. Issy-les-  
320 Moulinaux: Elsevier; 2009.
- 321 [3] Frémont P. Les nouveaux enjeux du vieillissement la psychiatrie  
322 du sujet âgé : psychiatrie des personnes âgées et secteur. Inf  
323 Psychiatr 2001;77:794–8.
- 324 [4] Müller C, Ciompi L, Delachaux A, Rabinowicz T, Villa JL. Manuel  
325 de gérontopsychiatrie. Paris: Masson; 1969.
- 326 [5] Wertheimer J. La psychogériatrie dans la cité. Med Hyg  
327 1990;48:3336–73.
- 328 [6] Léger D, Boutaud O. Quelle place donner à la psychiatrie du  
329 sujet âgé à l'hôpital général? Pluriels 2005;50-51:8–9.
- 330 [7] Richard J, Droz P. Problèmes spécifiques de classifica-  
331 tion en psychiatrie gériatrique. Confrontations psychiatriques  
332 1984;24:275–98.
- 333 [8] Richard J, Bovier P. La psychiatrie gériatrique. Paris: PUF, Coll.  
334 « Que sais-je ? »; 1997.
- 335 [9] Hazif-Thomas C. Prendre soin de la psychogériatrie. Soins Psy-  
chiatr 2005;240:18–21.

- [10] Thomas P. Les enjeux de la psychogériatrie. Rev Geriatrie  
2003;28:381–3. 336
- [11] Simeone I. Spécificité de l'intervention psychogériatrique. Med  
Hyg 1994;52(2035):1625–7. 337
- [12] Camus V, De Mendonça-Lima CA, Bertolote JM, et al. Réunions de  
consensus sur la psychiatrie de la personne âgée : une initiative  
de l'OMS et de l'Association mondiale de psychiatrie. Med Hyg  
2000;58:318–20. 338
- [13] Albou P. Les grandes étapes de la psychogériatrie. NPG  
2006;6(32):45–50. 339
- [14] Arcand M, Hébert R. Précis pratique de gériatrie. Paris:  
Maloine-Edisem; 2007. 340
- [15] Clément JM. La nouvelle loi « Hôpital-Patients-Santé-  
Territoires ». Analyse, critique et perspective. Bordeaux:  
Éditions hospitalières; 2009. 341
- [16] Biswanger L. Introduction à l'analyse existentielle. Paris: Édi-  
tions de Minuit; 1971. 342
- [17] Chocard AS, Malka J, Tourbez G, et al. Psychiatrie de liaison.  
Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie  
de liaison? Ann Med Psychol 2005;163:691–6. 343
- [18] Summergard PI. Medical psychiatry and its future. In: Hand-  
book of General hospital psychiatry. Sous la direction de  
Cassem NH, Stern TA, Rosenbaum JF. Saint Louis; 1997:  
637–48. 344
- [19] Caduff F. La Société suisse de psychiatrie de consultation et de  
liaison. Schweiz Ärztezeit 2002;83(5):213–5. 345
- [20] Richard J. Modalités et utilité clinique de l'approche neu-  
ropsychologique dans la médecine de l'âge avancé et plus  
particulièrement en psychiatrie gériatrique. In: Interdiscipli-  
narité en gérontologie. Actes du IV<sup>e</sup> Congrès international  
francophone de gérontologie, Montréal, 1990, sous la direction  
de Réjean Hébert. Paris: Maloine; 1990 [pp. 456–462]. 346