

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



Année : 1992



106 015802 2

THESE N° 151/1

**HISTOIRE NATURELLE
DES
DELIRES TARDIFS**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 2 Octobre 1992

par

FRANCOISE MORGANT

née le 15 Juin 1963 à Saint-Renan (Finistère)

Jury de Thèse

Président

Monsieur le Professeur Léger

Juges

Madame le Professeur Archambeaud

Monsieur le Professeur Dumont

Monsieur le Professeur Garoux

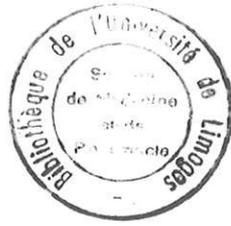
Invité

Monsieur le Docteur Clément

n° 151

1992

These med Limoges



Ex 1

S. b. Q.

A19391

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

Année : 1992

THESE N°51

**HISTOIRE NATURELLE
DES
DELIRES TARDIFS**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 2 Octobre 1992

par

FRANCOISE MORGANT
née le 15 Juin 1963 à Saint-Renan (Finistère)

Jury de Thèse

Président

Monsieur le Professeur Léger

Juges

Madame le Professeur Archambeaud

Monsieur le Professeur Dumont

Monsieur le Professeur Garoux

Invité

Monsieur le Docteur Clément

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes

LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUTEREAU Denis	Hépatogastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A mes parents

A Hélène, Brigitte, Philippe

A Gaël

A ma famille

A mes amis.

**A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Léger
Professeur des Universités,**

**Vous nous avez guidé dans la découverte de la
psychiatrie et nous avez fait bénéficier de votre
dynamisme et votre culture.**

**Nous espérons être un élève digne de votre
enseignement.**

**A Monsieur le Professeur Garoux,
Professeur des Universités.**

**Nous vous exprimons ici toute notre
reconnaissance pour vos conseils éclairés et
l'enseignement que vous nous avez prodigué.**

**A Monsieur le Professeur Garoux,
Professeur des Universités.**

**Nous vous exprimons ici toute notre
reconnaissance pour vos conseils éclairés et
l'enseignement que vous nous avez prodigué.**

A Madame le Professeur Archambeaud,
Professeur des Universités.

Nous vous sommes profondément reconnaissante
d'avoir accepté de juger cette thèse.

**A Monsieur le Professeur Dumont,
Professeur des Universités.**

**Vous avez accepté avec enthousiasme de juger
cette thèse, veuillez recevoir ici nos sincères
remerciements.**

A Jean-Pierre Clément,
Praticien Hospitalier,
Pour sa disponibilité et ses conseils.

A tous ceux sans qui ce travail n'aurait pu voir le
jour :

Les praticiens hospitaliers du C.H.S. Esquirol,
pour leur participation active à notre étude.

D. Boyon et F. Marchand
Psychologues du secteur IV du CHS Esquirol.

Les praticiens hospitaliers, les équipes infirmières
du C.H.S. Esquirol, qui nous ont accompagnée
dans la découverte quotidienne de la psychiatrie.

A Brigitte, pour la qualité de son travail et sa patience.

A Gaël, pour sa participation et ses encouragements.

A Patrice, pour la contribution qu'il nous a apportée.

I. INTRODUCTION	12
II. PREMIERE PARTIE	13
A. Historique	13
B. Approche de la question : Conceptions actuelles	16
1. Importance du problème	16
2. Le problème de l'adultomorphisme	18
3. Désafférentations sensorielles	19
a) Sphère auditive	20
b) Sphère visuelle	23
c) Sphère tactile	27
4. Isolement social	28
5. Personnalités antérieures	30
6. Pathologies familiales	33
7. Evénement déclenchant	35
8. Psychopathologie de la vieillesse	37
a) Généralités	37
b) Narcissisme et régression	41
c) Concept de crise	46
C. Délire et autres pathologies psychiatriques	50
1. Idées délirantes et dépression	50
2. Idées délirantes et troubles cognitifs	54
3. Idées délirantes et confusion	59
D. Etude entreprise	61
1. Méthodologie et définitions	61
2. Résultats	63
3. Commentaires et problèmes rencontrés	74
a) Problèmes liés à la méthodologie de l'étude :	74

b) Problèmes liés au sujet âgé :	76
4. L'enquête en quelques mots	77
III. DEUXIEME PARTIE: DISCUSSION	78
A. Le délire de l'âgé est-il une schizophrénie ?	78
B. Proximité délire - dépression.	101
IV. CONCLUSION	113

I. INTRODUCTION

"Vieillir est encore la seule manière que l'on ait trouvé de vivre longtemps" remarquait Sainte Beuve au siècle dernier, non sans philosophie. La psychiatrie venait de naître, quelques aliénistes originaux publiaient les premières observations concernant des vieillards, et s'interrogeaient sur un éventuel rôle de l'âge dans la pathologie mentale.

Un siècle plus tard, la psychogériatrie a acquis ses lettres de noblesse, même si persistent parfois quelques difficultés à se détacher d'un adultomorphisme qui veut exclure toute spécificité aux troubles mentaux du sujet âgé. Les épisodes délirants des vieillards ont subi au premier chef cette assimilation à la pathologie de l'adulte : leurs riches intrications étiopathogéniques incluant facteurs sociaux, organiques, psychodynamiques ne sont guère prises en compte dans les classifications de la pathologie mentale, malgré leur rôle primordial dans l'éclosion et le maintien de ces délires.

Il semble, en effet, que les frontières nosographiques, toujours formelles par définition, rendent parfois délicate une classification des délires des sujets âgés. Certes, les tableaux manifestement démentiels ou dépressifs, qui s'enrichissent de quelques idées délirantes, n'embarrassent guère le clinicien ; mais celui-ci est parfois en droit d'être décontenancé devant d'autres tableaux cliniques proprement délirants, dont "l'étiquette" diagnostique dépend directement de la classification à laquelle il fait référence : Ni la multiplication des différents diagnostics, ni la fiction d'un groupe mal homogène ne sont des solutions à la conception d'une classification utilisable - en clinique et en recherche.

Notre réflexion portera sur la place des délires tardifs par rapport à d'autres troubles psychopathologiques et notamment à la schizophrénie et à la dépression. Une illustration sera faite à partir d'observations cliniques recueillies auprès de 21 patients du C.H.S. Esquirol à Limoges.

II. PREMIERE PARTIE

A. Historique

Le terme de délire apparaît pour la première fois dans la littérature française vers 1537, c'est un mot alors employé aussi bien en langage médical que populaire. Il est étymologiquement issu du latin : "De" hors de, "lira" le sillon, ce qui correspondrait aujourd'hui à notre mot "dérailler".

L'école française des "Aliénistes de la Salpêtrière" voit le jour au début du XIXème siècle, et à l'instigation de son chef de file, Philippe Pinel, naît la tradition psychiatrique française. L'illustre médecin ne fait qu'une brève mention des pathologies mentales du vieillard au chapitre démence dans son "Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale". Son élève, Esquirol, dans sa description de la démence sénile en 1814, souligne : "Il y a des manies, même avec fureur, qui éclatent après l'âge de quatre-vingt ans, et que l'on guérit quelquefois, tandis que la démence sénile est évidemment incurable". Est ainsi reconnue pour la première fois la survenue d'une pathologie mentale autre que la démence chez les personnes âgées. Morel ne fait qu'affirmer cette distinction lorsqu'il écrit, en 1853, dans ses "études cliniques" : "Le principe d'une sage hygiène morale est généralement trop peu observé pour qu'il soit infiniment rare de voir éclater chez les vieillards la folie, avec ses formes les plus aigües".

On voit cependant que, si la "folie sénile" existe et est reconnue, elle est plutôt envisagée comme une curiosité anecdotique opposée à la démence que comme une entité propre ; comme le dira A. Ritti en 1895 : "La démence est la règle, et la psychose l'exception".

C'est un anglais, l'aliéniste Maudsley qui rapporte, pour la première fois l'observation d'un cas de "folie sénile", en l'occurrence d'une mélancolie sénile ; quelques années plus tard en 1873, Wille, médecin suisse, fait paraître la première monographie sur les psychoses de la vieillesse, ce qui établira définitivement l'existence des "psychoses du grand âge". Les années suivantes virent croître l'intérêt des aspirants au doctorat pour ce sujet : en témoignent plusieurs thèses dont celle de Seglas en 1889 "Contribution à l'étude de la folie chez les vieillards" ou celle de Toulouse en 1891 "Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme". Cet engouement va trouver son aboutissement lors du rapport du Dr

Antoine Ritti, sur "Les psychoses de la vieillesse", présenté en 1895 lors du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française : Il s'agit d'une véritable mise au point sur le sujet, bien circonscrit par Ritti : "On doit entendre par psychoses de la vieillesse les aliénations mentales qui se développent chez des individus arrivés au dernier âge de la vie et restés jusque-là indemnes de tout trouble psychique" et plus loin "Dans ce chapitre ne saurait trouver place la description de la démence sénile avec les multiples idées délirantes qui peuvent s'y produire ; encore moins faut-il y faire entrer l'étude de ces troubles mentaux consécutifs à des lésions en foyer, à des ramollissements, des hémorragies du cerveau, ou celle de la paralysie générale des vieillards". Une classification de ces troubles est proposée, les différenciant en Manie, Mélancolie de plusieurs types, folie à double forme, confusion mentale, délire systématisé de persécution et des grandeurs, folie instinctive et hystérie sénile. Ainsi se dessine peu à peu un nouveau chapitre de la psychiatrie dont témoigne G. Ballet en 1903 consacrant deux pages aux "délires systématisés chez les vieillards" dans son traité de pathologie mentale.

A la même époque, en Allemagne, E. Kraepelin dans sa 17ème leçon "sur différentes formes de délire" de son "Introduction à la psychiatrie clinique" (1905) rapporte l'observation d'un cultivateur de 65 ans et porte le diagnostic de "délire sénile de persécution" : "Les traits caractéristiques en sont constitués par des idées de persécution invraisemblables, accompagnées d'hallucinations et d'affaiblissement intellectuel. Les cas de ce genre ne sont pas rares. La lucidité d'esprit semble se maintenir. Cependant les malades ne guérissent jamais et sont de plus en plus affaiblis et déments". Il individualise nettement ce "délire sénile de persécution" des "démences séniles" de la 23ème leçon pour lesquelles il note cependant que "ce qui y est particulièrement fréquent, ce sont ces oscillations entre les états délirants et normaux".

Quelques années plus tard E. Kraepelin, s'appuyant sur la notion de structure délirante et le degré de désorganisation de la personnalité, propose sa classification définitive des psychoses chroniques : Paranoïa, délire paranoïde, paraphrénie. Il insiste avec Kahlbaum sur le caractère tardif de la survenue des délires de persécution et de préjudice, opposé à la démence précoce des jeunes adultes et l'âge moyen d'éclosion des délires chroniques. On ne peut également omettre de citer Kleist dont l'article "Die Involution paranoïa" allait faire date parmi les ouvrages traitant des pathologies des vieillards.

Il semble que les tendances de plus en plus "organicistes" de la psychiatrie aient ensuite largement occulté l'originalité de la vieillesse, si ce n'est bien sûr au point de vue strictement anatomopathologique. La recherche va donc ultérieurement s'orienter vers les lésions du cerveau sénile et l'étude des processus histopathologiques de la démence, s'éloignant peu à peu de la psychopathologie propre à l'âge avancé.

Le renouveau de l'intérêt pour les sujets âgés, vraisemblablement stimulé par l'évolution démographique, se produit vers 1960, dans les sociétés occidentales. .

Déjà, H. Baruk, en 1955, crée à la Maison Nationale de Saint-Maurice le premier "Service de gérontologie psychiatrique", et réaffirme l'existence de psychoses aiguës séniles à côté d'authentiques démences. Il existerait pour lui une sensibilité spéciale des sujets âgés, "une conscience du coeur" favorisant l'éclosion de tels délires aux caractères particuliers (H. Baruk, 1958).

La nécessité se fait jour peu à peu d'une collaboration psychiatre-gériatre permettant une prise en charge bio-socio-psychologique, le vieillard étant de plus en plus envisagé dans son milieu, avec ses handicaps physiques, son évolution psychologique.

L'intérêt des psychiatres pour les délires chroniques se manifeste à travers les publications notamment dans les "Annales médicopsychologiques", où des sujets tels les états maniaques préséniles, les psychoses délirantes chroniques, les mélancolies d'involution sont abordés sous l'angle de leur spécificité psychogériatrique.

Des auteurs comme F. Fish (1960), F. Post (1967) ou D.W.K. Kay (1963) ressentent le besoin d'établir un cadre nosologique commun à ces délires tardifs et en proposent différentes classifications, de la plus simple, "la position naïve" de Post, faisant appel à la description clinique fine, à celle de Fish qui regroupe quelques six sous-groupes.

Ces études réalisées mettent en évidence l'importance de l'univers relationnel du sujet âgé, et des remaniements de la personnalité, nécessitant le recours à des prises en charge originales : les travaux de C. Balier le conduisent ainsi peu à peu à la création de centres de jour, une consultation psychogériatrique mise en place

par G. Dedieu-Anglade permet le suivi durant 17 ans de 500 patients, évitant l'hospitalisation dans de nombreux cas (C. Mousnier, 1991).

Enfin, le mouvement psychanalytique, s'appuyant sur les résultats encourageants de S. Ferenczi et K. Abraham, s'attache également au traitement des troubles psychiques au cours du vieillissement, ainsi qu'à l'étude des mouvements psychiques propres aux vieillards (G. Dedieu-Anglade, 1981).

On voit ainsi que l'universalisation de ce que l'on peut maintenant appeler la psychogériatrie est acquise, même si les moyens de l'aborder ne recueillent pas toujours l'unanimité : approche psychanalytique, thérapie systémique, recherche nosographique... La multiplicité des voies d'approche de la pathologie psychogériatrique témoigne bien de la richesse de celle-ci, d'où surgira sans doute un jour un modèle "gérontomorphique".

B. Approche de la question : Conceptions actuelles

1. Importance du problème

L'intérêt porté depuis maintenant quatre décades aux pathologies des sujets âgés ne peut guère être dissocié de l'évolution démographique alors apparue : en 150 ans, l'espérance de vie est passée de 40 à 80 ans. Ce constat est partiellement attribuable à la remarquable chute de la mortalité infantile, mais il n'en reste pas moins vrai que la population des plus de 65 ans va croissante : En 1982, cette proportion avoisinait les 13,7 % dans l'Europe des douze, elle est évaluée aux environs de 20 % en 2025, avec une progression beaucoup plus importante pour les très âgés - 200 centaines vers 1950 en France, 3000 actuellement (Guillemard, 1991).

Cette fantastique pression démographique notée dans tous les pays industrialisés a eu des répercussions notables dans les hôpitaux psychiatriques : Aire et Jolley (J.R. Robinson, 1989) notaient en 1982 qu'environ 50 % des lits d'hôpitaux psychiatriques anglais étaient occupés par des personnes de plus de 65 ans .

En 1952, M. Roth et J.D. Morissey, s'inspirant de la dichotomie organique/fonctionnel, s'appliquaient à une première étude des troubles mentaux des personnes âgées. Trois catégories diagnostiques étaient définies :

le groupe des démences pouvant éventuellement présenter des éléments confusionnels ou délirants, le groupe des dépressions, et un dernier groupe comprenant des cas combinant démence et dépression. Par souci de classification, trois catégories annexes étaient créées : démence vasculaire, schizophrénie et confusion. Sur les 150 cas répertoriés alors, 8 % étaient classés dans la catégories des schizophrénies. Etaient notés le "caractère paraphrénique" de ces délires et leur début tardif après 60 ans.

Déjà en 1950, Lechler (F. Fish, 1960) notait un pourcentage de 8,4 % de "schizophrènes" sur un échantillon de 355 patients de plus de 65 ans, hospitalisés à la clinique d'Heidelberg de 1932 à 1948.

M. Roth, dans une nouvelle étude publiée en 1955, redéfinit ses catégories diagnostiques, accordant une place plus importante à ses sous-groupes ; cinq groupes différents sont alors individualisés : dépression, démence, paraphrénie tardive, confusion et démence vasculaire. L'auteur argumente cette classification en se fondant sur les évolutions bien divergentes des cinq groupes. La catégorie "paraphrénies tardives" compte 46 patients sur les 450 de l'étude soit environ 10 %.

Les études concernant spécifiquement les délires des sujets âgés vont alors se multiplier :

Janzarik, en 1957 (F. Fish, 1960), en propose une classification à partir de l'observation de cinquante cas et distingue : les psychoses délirantes aiguës, les psychoses délirantes aiguës avec hallucinations auditives isolées, les psychoses paranoïdes chroniques, les persécutions hallucinatoires, les psychoses hallucinatoires et la catatonie.

F. Fish, en 1960, analyse un échantillon de 264 patients de plus de 60 ans, parmi lesquels il décrit 41 cas présentant des éléments délirants (soit 15 % des cas) ; 16 de ces cas ne présentant d'éléments ni dépressif ni démentiel sont qualifiés par lui de "schizophrénies tardives".

F. Post, en 1967 étudie la "réaction de type schizophrénique" chez le sujet âgé : Il note plus particulièrement l'influence de différents traitements sur le devenir de ces patients, et propose lui aussi une classification des délires du vieillard et notamment des délires de persécution et préjudice.

La thèse de J.C. Dias Cordeiro en 1972 apporte une synthèse sur les "états délirants tardifs", insistant en conclusion sur le "polymorphisme psychopathologique" et proposant une nosographie très dépouillée qui laisse le champ libre à toute investigation ultérieure. Son étude regroupant 509 malades mettait en évidence un pourcentage de 6,7 % de "psychoses fonctionnelles" d'apparition tardive.

Un rapide survol de ces différents travaux nous conduit à plusieurs remarques :

D'une part, le pourcentage de délires tardifs des sujets âgés peut être évalué à environ 5 à 10 % de la pathologie psychiatrique de cette population. Cette importance numérique ne peut plus être négligeable compte tenu de l'évolution démographique des sociétés occidentales.

D'autre part, les définitions données par chaque auteur dans leurs études sont éminemment variables mais sont en général circonscrites plus par des exclusions (ni démence, ni dépression, ni confusion) que par un symptôme ou un syndrome caractéristique.

Enfin, cette dispersion envisagée à propos des définitions se retrouve au niveau des classifications, d'où la création de "correspondances" nosographiques d'utilisation acrobatique.

De nombreuses questions se présentent donc à l'esprit du clinicien confronté au vieillard délirant. La toute première interroge sur la signification du délire et conditionne les autres qui concernent l'attitude thérapeutique, le traitement psychotrope, la prise en charge du long cours, le pronostic.

2. Le problème de l'adulthoodisme

La psychiatrie classique éprouve toujours les plus grandes difficultés à envisager la pathologie mentale du sujet âgé dans toute sa spécificité, et pourtant, l'ensemble des psychogéiatres s'accorde sur le fait que l'appréciation des maladies mentales de la sénescence doit se détacher d'une empreinte adulthoodisme appauvrissante. En effet, la transposition des problèmes de l'adulte au sujet âgé s'avère souvent périlleuse et réductrice, tant du point de vue sémiologique que nosographique ou thérapeutique.

La symptomatologie non univoque, qui entraîne souvent des difficultés diagnostiques, doit être prise en compte, ce qui a été fait par exemple lors de

l'écllosion du concept de pseudo-démence. Ce "parasitage" sémiologique est un des éléments majeurs fréquemment rencontrés chez le sujet âgé. Il contraint le psychogériatre à appréhender les multiples interactions jouant sur le psychisme de cette personne âgée.

Enfin, si la nosographie reste souvent assimilée à celle de l'adulte, certaines situations pathogènes sources de décompensation à la sénescence sont actuellement bien reconnues, notamment le rôle des conditions socio-économiques, de l'isolement, des désafférentations sensorielles, de la polymorbidité ; ce "poids de l'âge" s'affirme également dans l'évolution psychologique, la "fragilité" psychique aux facteurs de stress.

Nous nous proposons maintenant, à travers une revue de la littérature, d'envisager chacun de ces facteurs bien spécifiques afin d'en situer l'importance dans la décompensation délirante des sujets âgés et plus généralement dans l'évolution psychodynamique obligatoire qu'ils engendrent.

Les intrications des différents problèmes posés rendent l'analyse unitaire de ces facteurs bien utopique, mais nous nous efforcerons autant que possible de nous y tenir dans un souci constant de clarification.

3. Désafférentations sensorielles

Il n'est guère contesté aujourd'hui qu'une bonne fonction sensorielle est primordiale dans la vie de relation en société, permettant d'une part la communication "utilitaire" mais aussi une intégration harmonieuse au sein de groupes d'individus.

Certains types de délires accompagnés de déficits sensoriels avaient déjà été décrits dès le siècle dernier telle la "paranoïa des sourds" de E. Kraepelin ou le "syndrome des persécutés visuels" de C. Lasègue. On voit que cette question de l'influence d'une telle désafférentation sur la genèse d'un délire a été envisagée depuis longtemps, à la fois comme élément pouvant entraîner une évolution voire une modification de la personnalité, et comme possible origine organique de certaines hallucinations.

Il est intéressant à ce propos de rapporter ici le résultat d'expériences d'isolement sensoriel (H. Azima et al., 1967) sur un groupe de 18 patients, réunissant différentes pathologies, à prédominance nettement névrotique :

après quelques jours (2 à 6) d'isolement sensoriel, H. Azima et al. notent la présence d'hallucinations visuelles ou auditives chez 55 % de ces patients (10 sur 18), ce qui confirme bien le rôle structurant de ces fonctions.

Nous nous proposons ici, à travers différentes études, d'envisager le rôle de ces handicaps sensoriels dans le délire de l'âge.

a) Sphère auditive

Parmi différents déficits sensoriels évalués à travers de nombreuses études des délires tardifs, l'hypoacousie joue, à l'unanimité, un rôle fondamental : plus qu'aucun autre sens, l'ouïe est en effet un facteur de socialisation primordial dont la privation, dans cette période vulnérable qu'est la vieillesse, accroît le sentiment d'isolement et de fragilité.

Selon J.C. Dias Cordeiro (1972), "Après une première phase où le sourd n'accepte pas son infirmité, il développe souvent des sentiments importants d'infériorité et de revendication. La progression de l'hypoacousie et les échecs au traitement entraînent une frustration intense".

Dans l'étude de D.W.K. Kay et M. Roth (1961), la fréquence de l'hypoacousie (détectée cliniquement) de deux groupes est évaluée à 26 % pour un groupe de 99 "paraphrènes tardifs" tandis qu'elle approche 18 % dans un second groupe présentant des troubles affectifs ou démentiels. Les auteurs notent par ailleurs que "la présence d'un déficit sensoriel ne semble pas modifier grandement la symptomatologie. Des hallucinations visuelles étaient souvent notées chez certains aveugles et, dans plusieurs cas, des hallucinations auditives, sous forme de sons sourds, chants et musiques, étaient constatées chez les malentendants. Parfois les hallucinations étaient confinées à l'oreille sourde, et parfois des acouphènes semblaient être à l'origine de leurs hallucinations".

Cet unique commentaire des auteurs à propos des déficits sensoriels ne nous éclaire guère sur leurs conclusions. Cependant, le paragraphe consacré à ces troubles sensoriels dit bien l'attention qui a été portée à leur recherche, leur importance quantitative, mais également le caractère très peu probable du handicap comme générateur unique du délire. D.W.K. Kay et M. Roth restent donc sur une réserve prudente, même si quelques cas isolés leur semblent manifestement attribuables à l'hypoacousie.

Cinq ans plus tard, en 1966, F. Post (J.J. Burgermeister, 1970) relève une fréquence de 25 % d'hypoacousie chez ses "paranoïdes", contre 11 % sur un groupe témoin de patients à dépression tardive. Le type des hallucinations semble être ici en partie influencé par le handicap sensoriel puisque, parmi les délirants tardifs, 75 % des patients présentant une hypoacousie ont des hallucinations auditives, contre 60 % seulement des délirants à audition conservée.

Trois autres études se sont attachées à définir numériquement ce problème du handicap auditif :

Tout d'abord, en 1967, M.E. Herbert et S. Jacobson publient une étude portant sur un groupe de 45 femmes présentant un tableau de "paraphrénie tardive" ; le pourcentage d'hypoacousie sur cet échantillon s'élève à 40 % dont 22 % de surdité quasi totale.

Vingt ans plus tard, N.L. Holden (1987), définissant un échantillon de 24 "paraphrénies tardives fonctionnelles", y retrouve 25 % de déficit auditif.

L'étude de G.D. Pearlson et al. (1989) qui, sur un groupe de 54 patients, répondant au critère de Schizophrénie du D S M III R, schizophrénie ayant débuté après 45 ans, retrouve une hypoacousie dans 35,2 % des cas. Un groupe témoin, apparié par l'âge, de schizophrènes ne présente aucun cas de handicap auditif. Comme D.W.K. Kay et M. Roth, G.D. Pearlson et al. soulignent l'absence de relation significative entre la modalité du handicap sensoriel et le type des hallucinations de ces patients.

Ces différentes études soulignent plusieurs points communs :

Tout d'abord, la fréquence du déficit sensoriel auditif s'établit entre 25 % et 40 % chez des délirants tardifs, et de 0 à 18 % pour les groupes témoins.

Les commentaires nuancés s'éloignent d'une vision organiciste (où un déficit auditif entraînerait des hallucinations auditives), et insistent sur le "facteur d'isolement, de désafférentation, d'exclusion que constitue le trouble sensoriel, chez des patients déjà fragilisés par la rareté de leurs relations affectives" (M.E. Herbert et S. Jacobson, 1967).

Enfin, l'évaluation du trouble auditif est dans chacune de ces études purement clinique, sans contrôle audiométrique, conduisant vraisemblablement à quelques erreurs. Une étude publiée en 1976 par A.F. Cooper et al., effectuant une comparaison entre patients sourds et non-sourds présentant des troubles affectifs et psychotiques, a utilisé l'évaluation

clinique puis audiométrique chez 126 patients. Cliniquement, trois avis étaient requis : celui du patient, d'un familial et du psychiatre ; 17 % des cas ne parvenaient pas à faire l'unanimité, étant parfois considérés comme malentendants et parfois comme ayant une acuité auditive normale. Ce pourcentage de 17 % d'absence de corrélation est également retrouvé entre le diagnostic clinique et audiométrique : certains patients présentant une "surdité sociale" n'avaient aucun trouble patent à l'audiogramme, d'autres, non gênés dans la vie courante par une audition défectueuse, montraient une baisse de l'acuité auditive à l'audiogramme.

On voit donc que la controverse peut être alimentée de différentes façons, d'autant que quelques études, plus rares il est vrai, semblent ne pas retrouver de corrélation entre hypoacousie et délire tardif :

Ainsi, en 1985, J.A. Watt ne retrouve pas de corrélation entre la perte d'acuité auditive et l'écllosion d'états paranoïdes. Cependant, il faut noter que l'échantillon étudié présente une moyenne d'âge de 56 ans, l'âge de début de la maladie étant toujours inférieur à 60 ans. Cette étude ne peut donc être strictement comparée aux recherches réalisées chez des patients âgés ; elle semble confirmer simplement le fait que l'hypoacousie seule ne suffit pas à la genèse d'un délire.

Durant la même année, G.E. Berrios et P. Brook s'attachent à évaluer la présence d'idées délirantes sur un groupe de 100 patients déments : ils ne constatent aucun lien entre baisse de l'acuité auditive et présence de délire, celui-ci apparaissant essentiellement chez des patients ayant une relative préservation de leur fonction mentale. Là encore, il semble difficile de superposer ce groupe à un échantillon de patients "purement" délirants, compte tenu des intrications psychopathologiques fondamentalement différentes.

La dernière étude recensée est celle de B.S. Meyers et R. Greenberg (1986), portant sur un groupe de 161 vieillards présentant une dépression tardive, dont 45 % ont également une symptomatologie délirante ; aucune corrélation n'est notée entre la survenue d'épisode délirant et l'existence de déficit auditif.

Au total, il apparaît tout à fait hasardeux de comparer ces différents groupes avec un échantillon de sujets délirants tardifs strictement défini, les interactions avec d'autres facteurs jouant manifestement un rôle de premier plan, ainsi que le soulignent J. De Ajuriaguerra et G. Garron (J.C. Dias

Cordeiro, 1972) : "La surdité en elle-même constitue un des éléments des modifications de la personnalité, du délire, et des hallucinations : l'infirmité, par le sentiment de perte qu'elle entraîne, peut produire des modifications comportementales importantes".

J.C. Dias Cordeiro souligne longuement cet aspect dans sa thèse (1972) : "Ce n'est pas la surdité en tant que fonction mais le véritable isolement sensoriel qu'elle entraîne qui est déterminant dans l'apparition d'un délire. La non-existence de relation univoque entre la surdité et le type de thèmes délirants montre, à notre avis, que c'est essentiellement sur le mode d'organisation de la personnalité et son degré de structuration que repose l'étiopathogénie des états délirants associés à l'hypoacousie, et non sur la seule privation sensorielle".

Il semble bien qu'actuellement les psychogéiatres admettent cette façon d'envisager l'interaction hypoacousie-délire tardif. Pour J. Wertheimer, (1989) : "Le délire de persécution chez le sourd est explicable en partie par la mauvaise maîtrise de l'environnement sonore, mais il trouve surtout son origine dans la structure de la personnalité".

Pour J.M. Léger et J.F. Tessier, (1985) : "Les troubles auditifs peuvent entraîner un isolement social important, facteur de vulnérabilité individuelle, et engendrer des modifications de la personnalité".

On notera donc l'importance de la notion de terrain prédisposant, les troubles de l'audition n'ayant manifestement pas le même impact chez des personnes plus jeunes, ou présentant d'autres troubles psychiatriques ; l'ouïe apparaît bien ici comme un facteur de socialisation majeur, dont l'atteinte peut fragiliser l'équilibre psychique d'une personne âgée. L'intervention de ce facteur dans la genèse des délires tardifs semble tout à fait originale, et souligne déjà une spécificité de cette pathologie chez ces patients.

b) Sphère visuelle

Les troubles visuels semblent avoir moins passionné les auteurs que la perte d'acuité auditive. On peut supposer différentes raisons à cet état de fait :

D'une part, l'appréciation de l'acuité visuelle reste une démarche purement ophtalmologique, et surtout, il semble difficile d'appréhender le niveau à partir duquel cette perte de vision retentit sur la vie sociale, représentant alors un handicap relationnel.

D'autre part, la vue n'est pas, comme l'ouïe, un sens fondamental pour la communication avec autrui. Une cécité acquise modifie le rapport de dépendance à l'entourage mais l'échange relationnel est préservé.

En fait, les répercussions d'un tel handicap sont sans doute à envisager sur un versant psychodynamique ; la perte de certaines satisfactions libidinales joue alors un rôle majeur, et peut entraîner de profondes modifications de la relation à l'objet.

Enfin, les hallucinations visuelles semblent plus rares chez les déliants tardifs, se retrouvant plus fréquemment au cours d'épisodes oniroïdes.

Ainsi, à la limite de la confusion et du délire se situe le Syndrome de Charles Bonnet ou Syndrome hallucinatoire visuel des ophtalmopathes décrit par De Morsier. La description originale de Charles Bonnet concernait son grand-père, Charles Lullin ; son intervention chirurgicale pour cataracte bilatérale à l'âge de 89 ans fut suivie d'un épisode d'éblouissement puis d'hallucinations visuelles, sans troubles cognitifs mais préservation d'une bonne critique .

J.J. Burgermeister (1970) insiste sur la relative fréquence du tableau, l'âge avancé des patients, la possibilité de formes chroniques au niveau de conscience peu altérée : "Si ce Syndrome n'appartient pas aux délires chroniques tardifs que l'on pourrait dire primitifs, il faut signaler qu'il peut s'y mêler. C'est ainsi qu'un délirant tardif peut voir sa symptomatologie s'enrichir d'hallucinations visuelles au moment de l'éclosion ou de l'aggravation d'une lésion oculaire. On peut même se demander si les "persécutés visuels" de Lasègue en 1880 ne sont pas soit des Charles Bonnet, soit des formes intriquées" (J.J. Burgermeister et al., 1970).

On peut rapprocher de cette entité le Syndrome du "bandeau", survenant chez une personne âgée après chirurgie oculaire bilatérale qui nécessite l'occlusion palpébrale durant quelques jours. Selon J.C. Dias Cordeiro (1972), "On observe une désorientation dans le petit espace, accompagnée d'anxiété et d'agitation ; les hallucinations visuelles sont extrêmement fréquentes et souvent accompagnées de baisse du niveau de conscience. Cette symptomatologie cesse dès que l'on retire le bandeau. On observe fréquemment une dépersonnalisation, suivie d'une dépression après la perte brutale de la vue".

D'autres pathologies ophtalmologiques, telle la "dégénérescence maculaire sénile" (D.A. Casey, 1988), fréquente chez les plus de 65 ans, peut être à

l'origine d'expériences délirantes. On assiste ici à une baisse progressive de l'acuité visuelle avec préservation de la vision périphérique ; l'atteinte est bilatérale avec asymétrie d'installation.

D.A. Casey (1988) décrit deux cas qu'il différencie du Syndrome de Charles Bonnet par l'adhésion totale au délire, l'élaboration de rationalisations délirantes, et l'apparition de troubles cognitifs dans un des cas. Les hallucinations disparaissent dans l'obscurité ou lors de l'occlusion palpébrale, et plutôt que d'une hallucination au sens propre, il s'agit ici d'une expérience visuelle pathologique. Dans les deux cas décrits, les psychotropes prescrits étaient restés sans effet.

Le syndrome de Jean Lhermitte (J.M. Léger et J.F. Tessier, 1985) représente une autre curiosité : Il s'agit de la survenue d'hallucinations et d'illusions visuelles n'entraînant pas l'adhésion du patient, et consécutives à des lésions pédonculaires. Ces phénomènes surviennent après insomnie prolongée ou au cours de la maladie de Parkinson où ils seraient favorisés par les traitements anticholinergiques.

Comme on le voit, la déprivation visuelle semble donc pouvoir générer des expériences hallucinatoires avec possible élaboration délirante ; l'élément confusionnel se surajoute surtout lors de déprivation visuelle brutale.

Dans le cadre des délires tardifs proprement dits, quelques auteurs se sont attachés à quantifier le déficit visuel :

Ainsi, D.W.K. Kay et M. Roth estiment à 15 % des cas la présence de troubles visuels, dont environ la moitié présente une atteinte sévère. Dans cet échantillon, la baisse d'acuité visuelle "n'est pas plus fréquente que dans des groupes contrôlés d'âge comparable ; elle a parfois semblé jouer un rôle dans la promotion d'idées de persécution".

En 1967, dans leur échantillon de 45 femmes, M.E. Herbert et S. Jacobson chiffrent à 47 % les patientes atteintes de troubles oculaires : 4 sont aveugles, 4 autres le sont presque, 9 présentent une perte sévère de vision d'un oeil, enfin 4 autres, souffrant de cataracte, ont une vue modérément abaissée. Les auteurs en concluent que "beaucoup d'expériences hallucinatoires peuvent être partiellement attribuées à des défauts de perception".

N.L. Hoden (1987) retrouve 25 % de patients présentant une diminution de l'acuité visuelle dans son groupe des "psychoses fonctionnelles" contre 46 % dans l'échantillon à évolution démentielle.

Enfin, en 1989, G.D. Pearlson et al. notent un déficit visuel chez 48 % de leurs patients à symptôme schizophrénique sans différence significative avec le groupe témoin.

De ces différentes enquêtes, il ressort une estimation de 15 % à 48 % de troubles visuels dans les populations étudiées, ce qui ne semble pas présenter de différence significative par rapport aux populations témoins.

Cependant, même si l'influence d'un déficit visuel peut être quantitativement contestée, le type particulier des hallucinations des ophtalmopathes peut être noté. Ainsi le souligne J.C. Dias Cordeiro (1972) : "Nous pensons en effet que ce n'est pas par hasard qu'il s'agit de scènes d'êtres vivants, animées, amusantes, rassurantes, que de nombreux malades ne désirent pas voir disparaître. Ces "visions" peuvent ainsi être comprises selon nous comme une réalisation hallucinatoire du désir de ne pas être seul, et constituer un équivalent visuel du Syndrome du Compagnon, si souvent observé chez les vieillards".

Selon le même auteur "la cécité, par l'absence de sollicitations visuelles qu'elle entraîne, provoque un repli du patient sur lui-même et l'émergence d'une rêverie visuelle particulièrement accrue". Ainsi, la répercussion psychologique est décrite : "Généralement, il se produit par la suite une récupération psychique de restructuration et de formation d'une nouvelle image de soi".

Les conséquences psychiques d'un trouble visuel sans cécité sont plus délicates à déterminer. Des auteurs comme J.J. Burgermeister, J. De Ajuriaguerra défendent le point de vue suivant : "Si la lésion oculaire est un facteur non négligeable, il n'est pas suffisant, et une affection cérébrale, "Souffrance cérébrale transitoire", le plus souvent sous la forme de troubles vasculaires, constitue le second facteur étiologique des hallucinations visuelles chez les ophtalmopathes".

Au total, l'apparition d'une ophtalmopathie sans cécité ne semble représenter qu'un élément favorisant dans la genèse d'un délire tardif ; certes elle entraîne parfois l'éclosion d'images fausses mais la préservation d'une bonne critique de ces illusions ne peut assimiler ces phénomènes à une pathologie délirante proprement dite. La cécité entraîne d'autres conséquences psychopathologiques par la modification des relations avec autrui : le sentiment de dépendance émerge et peut avoir pour conséquence un repli sur soi-même et des modifications du caractère. La survenue de cette

évolution serait à rapprocher des conséquences, sur le psychisme, de tout handicap, sensoriel ou moteur.

c) Sphère tactile

Abondamment décrit au début du siècle (Mac Namara en 1928, Borel et H. Ey en 1932), le délire dermatozoïque ou délire d'Ekblom est définitivement établi en 1938 par cet auteur ; il est caractérisé par "l'apparition prédominante chez la femme, à l'âge pré-sénile, de démangeaisons réelles, avec la conviction d'un parasitisme externe du type de petites bêtes, accompagné d'un comportement obsessionnel destiné à les éliminer" (J.C. Dias Cordeiro, 1972). Selon Ekblom, le délire resterait pauvre, permettant une conservation de l'intégrité de la personnalité, et non lié à une structure psychotique ni démentielle.

Depuis lors, cette dernière assertion a été bien contestée : Ainsi, selon Harbauer (1949), le délire peut apparaître durant une perturbation psychotique, transitoire ou non, lors de la survenue de perceptions cutanées. Cette sensation est alors intégrée dans les idées délirantes (J.C. Dias Cordeiro, 1972).

Pour Zambianchi (1955), une atteinte grave de la fonction critique est nécessaire à l'éclosion d'un tel syndrome.

Dans sa thèse, J.C. Dias Cordeiro (1972) réaffirme cette conception de la psychogenèse du délire : "Nous partageons l'opinion des auteurs qui, tout en considérant que l'existence d'un trouble de la sensibilité est un facteur important, affirment qu'il doit toujours exister une grave perturbation de la fonction critique transitoire ou chronique pour que le délire apparaisse. Nous sommes également d'accord sur l'importance de la perception et des troubles du schéma corporel".

En 1985, J.M. Léger et al. maintiennent également cette opinion : "Ce délire ne constitue pas une entité pathologique indépendante, il n'est pas lié spécifiquement à une structure psychopathologique déterminée".

Quelques monographies ont été publiées à ce sujet, mais l'absence d'enquête réalisée semble indiquer le caractère isolé des cas décrits. De plus, si l'ouïe comme la vue se prêtent à une évaluation objective fiable, le sens tactile ne peut guère être mesuré, quantifié, lors d'éventuelles perturbations.

On ne peut oublier d'évoquer les travaux de D. Anzieu et son concept de moi-peau. Selon S. Freud, cité par D. Anzieu (1985), le moi est fondamentalement une surface, celle de l'appareil psychique, et la projection d'une surface, celle du corps. D. Anzieu prolonge cette réflexion sur le corps et le sens du toucher : "Par rapport à tous les autres registres sensoriels, le tactile possède une caractéristique distinctive qui le met non seulement à l'origine du psychisme, mais qui lui permet de fournir à celui-ci, en permanence, quelque chose qu'on peut aussi bien appeler le fondamental, la toile de fond sur laquelle les contenus psychiques s'inscrivent comme figures, ou encore l'enveloppe contenant qui fait que l'appareil psychique devient susceptible d'avoir des contours".

Les trois fonctions essentielles de la peau sont ainsi définies :

- fonction de sac qui contient et retient le bon à l'intérieur
- interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur
- moyen primaire de communication avec autrui, d'établissement de relation signifiante.

Il semble bien que le délire dermatozoïque puisse éclore lors de perturbations des limites dedans/dehors du moi-peau, et ainsi, par une projection inverse du moi-peau sur l'enveloppe cutanée, trouver une représentation de certains troubles de l'identité sur le tissu cutané.

4. Isolement social

Si la perte de contact a été longuement étudiée à travers les handicaps sensoriels, différentes études se sont également intéressées à l'isolement social, la solitude constituant en soi un autre type de désafférentation, potentiellement destructurante.

Dès 1960, F. Fish retrouve sur un échantillon de sept "schizophrénies séniles" une situation d'isolement dans trois cas.

Un an plus tard, D.W.K. Kay et M. Roth (1961), dans leur étude sur les "paraphrénies tardives" estiment à 40 % le nombre de personnes isolées au début de leur maladie, contre 12 % pour ceux présentant un trouble affectif, et 16 % pour ceux souffrant d'état démentiel. Les auteurs insistent largement sur

l'absence de relations sociales qu'elles soient familiales, amicales ou de voisinage. Le commentaire qui illustre cette constatation pose dès lors le problème : "Est-ce que ces circonstances particulières et éprouvantes sont accidentelles ou reflètent-elles une anomalie primaire de la personnalité ? L'isolement social pourrait bien être principalement dû à des particularités de la personnalité. Différentes histoires nous montrent que l'isolement, pour beaucoup de patients, représente le mode préféré d'existence ; certains ont évité durant des années toute relation proche. Quoi qu'il en soit, il semble que les traits inhérents à la personnalité n'expliquent pas totalement la pauvreté des relations sociales dont souffrent nos patients, d'autres raisons à cet isolement doivent être recherchées".

M.E. Herbert et S. Jacobson reprennent le problème en 1967 sur leur groupe de 45 femmes présentant une "paraphrénie tardive". Sur cet échantillon, 18 personnes vivent seules, quasiment sans relations sociales (soit 40 %). "Leur absence de contact social intensifie leurs troubles de la personnalité et leur repli sur des idées délirantes".

Comme J.C. Dias Cordeiro le remarque (1972), "la désafférentation sociale constitue un élément important au cours du vieillissement. L'isolement progressif dû à l'arrêt du travail ou au décès du conjoint entraîne le patient dans le cercle vicieux isolement-méfiance-isolement, constituant ainsi un facteur de fragilité de la personnalité. Nos observations personnelles ont mis en évidence un pourcentage de 85 % sans proche famille et de 60 % de socialement désafférentés".

Enfin G.D. Pearlson et al. en 1989 notent que 50 % de leurs "schizophrènes tardifs" vivent seuls, de façon indépendante au début de leur maladie. "Ce chiffre de 50 % est semblable à ceux trouvés dans d'autres études. Il est difficile, en tout état de cause, de savoir si l'isolement social prémorbide est en lui-même un facteur de risque pour l'entrée dans une schizophrénie tardive, ou s'il ne s'agit pas d'un état secondaire à une personnalité prémorbide schizoïde, personnalité fréquemment retrouvée chez les patients de ce groupe".

Ces différentes enquêtes réalisées semblent donc évaluer entre 40 et 60 % le nombre de patients délirants tardifs vivant de façon isolée au début de leur maladie. L'ensemble des auteurs s'applique à bien différencier le fait de vivre seul de celui de vivre isolé. "Il est bien sûr possible de vivre seul en gardant d'étroites relations avec des parents, des amis, des voisins" (D.W.K. Kay et

M. Roth, 1961). Les interactions personnalité-isolement sont délicates à départager : "Si la désafférentation sociale constitue une situation qui rend le vieillard plus vulnérable, la place qu'elle occupe dans la pathogénie gériatrique des délires n'est pas facile à déterminer" (J.C. Dias Cordeiro, 1972). J.J. Burgermeister (1970) souligne également l'existence du cercle vicieux isolement-méfiance-isolement et conclut : "Ces situations sont fréquentes mais personne ne peut affirmer qu'elles sont déterminantes. Leurs poids dans l'étiologie, la pathogénèse ou le déclenchement du délire reste à préciser".

La solitude importante de ces patients semble donc faire partie d'un tableau prédisposant au délire tardif, sans que sa place exacte parmi les facteurs favorisants ou comme conséquence puisse être clairement déterminée. Il reste à souligner que l'isolement social de ces sujets, dont la pathologie est souvent découverte avec retard, leur permet sans doute de construire de véritables systèmes délirants bien structurés, à partir d'idées délirantes primitivement éparses. L'absence d'auditeur habituel fait donc que ces idées encore floues restent longtemps ignorées permettant la construction d'un délire bien fixé.

5. Personnalités antérieures

Les personnes âgées ont longtemps vu leurs caractéristiques psychiques réduites à des généralisations qui omettaient les spécificités mentales de chacun. Comme le dit J.P. Vignat (1987) : "Quant à la personnalité du vieillard, elle n'est prise en compte qu'au niveau et sous la forme de l'exagération de traits de caractère ; il est cependant non seulement possible mais nécessaire de considérer les troubles psychiques de la personne âgée et ce qui en résulte pour le fonctionnement familial, dans une perspective psychodynamique axée sur la personnalité. Les troubles doivent donc être entendus comme exprimant une modification pathologique de l'appareil psychique, issue de la décompensation de la structure existante. La personnalité est engagée dans la survenue et la forme des troubles".

Les auteurs s'intéressant aux délires tardifs se sont tout naturellement attachés à définir une personnalité favorisant ce genre d'épisode ; l'intérêt en est double. D'une part, il s'agit pour certains auteurs tel G. Dedieu Anglade (1969) d'un moyen pouvant permettre une prévention des troubles : "On est amené à se demander si les malades qui sont internés âgés ne forment pas un groupe particulier de population, s'il ne serait pas possible de trouver certains

traits communs dans leur mode de vie ou leur personnalité antérieure, permettant peut-être d'intervenir sous une forme ou une autre à un stade plus précoce". Pour d'autres auteurs, la discussion porte surtout sur le problème de la classification de ces états, et l'affirmation ou l'infirmité de l'existence de la schizophrénie tardive. Nous aurons l'occasion dans la discussion ultérieure de revenir sur cette question.

Quel que soit le but poursuivi à travers cette recherche, l'unanimité est bien loin d'être faite autour de ce problème, d'autant qu'il existe toujours de grandes difficultés à obtenir des informations fiables sur la personnalité prémorbide : la personne âgée, compte tenu du trouble délirant, ne peut bien souvent être objective ; l'entourage, fréquemment raréfié, n'a en général que peu, voire pas de souvenir de l'adulte qu'a été le patient.

D.W.K. Kay et M. Roth (1961), dans leur étude des paraphrénies tardives, notent que plusieurs traits de personnalité essentiellement paranoïdes ou schizoïdes se présentent chez 45 % de leurs patients. Ceux-ci sont décrits comme méfiants, arrogants, excentriques, manifestant une froideur affective et une tendance à l'isolement, ou parfois comme sensitifs et explosifs, au comportement perturbé et dévié, appartenant fréquemment à des sectes religieuses. Les auteurs soulignent le fait que ces troubles semblent intervenir dans la vie familiale : il existe une proportion importante de célibataires, et parmi les patients mariés, en général tardivement, le nombre d'enfants est également moindre que dans une population témoin. "Même quand un mariage a été contracté, il est souvent malheureux ou dénué d'affection, les patientes sont décrites par leurs enfants comme des mères froides et distantes. A l'évidence, la personnalité de la plupart des patients, même longtemps avant la maladie, n'a guère été favorable à l'éclosion de relations proches et affectueuses" (D.W.K. Kay, 1963).

I. Post, en 1967, dans son étude sur les réactions de type schizophrénique chez l'âge, constate également des troubles précoces de la personnalité, de type déviante et paranoïde, se manifestant à travers la qualité des relations. Il souligne néanmoins leur bonne adaptation au stress et aux sollicitations de la vie.

Janzarik (J.J. Burgermeister, 1970) estime également que parmi ses "paraphrènes", la plupart étaient des personnes "valables", bien adaptées socialement, qui ont continué à travailler après l'âge de la retraite.

Parmi les études qui ont tenté de quantifier les troubles de la personnalité prémorbide, celle de M.E. Herbert et S. Jacobson (1967) est celle qui dénombre le plus de personnalités pathologiques, atteignant le pourcentage de 91 %. "Notre étude nous porte à croire qu'une personnalité fragile peut être assez robuste pour faire face à la vie jusqu'au début de la sénescence, mais cette personnalité fragile présente souvent des traits schizoïdes ou paranoïdes avant l'installation de la maladie". Cette étude qui regroupe 45 femmes, comptait 28 % de célibataires, et 45 % des femmes mariées n'avaient pas eu d'enfant ; les couples existants étaient jugés, par les auteurs, comme peu satisfaisants du point de vue affectif.

En 1972, J.C. Dias Cordeiro obtient des résultats plus nuancés : 46 % de caractères ouverts, sociables, la moitié étant des personnes énergiques et entreprenantes, 23 % de personnes introverties, 12 % de caractères obsessionnels, 11 % de personnes subdépressives, 6 % de personnalités sensibles, 2 % de personnalités hystériques. "Ces résultats vont donc dans le sens des auteurs affirmant qu'il s'agit de personnes dont la plupart a montré un bon ajustement socio-professionnel sans s'être différenciée de la moyenne de la population. Le fait de n'avoir que 6 % de cas, dont la personnalité prémorbide est de type sensitif et méfiant, apparaît dès ce moment particulièrement significatif si l'on compare ce fait avec la fréquence du thème de préjudice et du thème persécutoire chez le vieillard". Comme les autres auteurs, J.C. Dias Cordeiro note le nombre de célibataires : 24 % chez les femmes, 10 % chez les hommes, et surtout le petit nombre d'enfants parmi les femmes : 65 % n'ont pas d'enfants.

G.D. Pearlson et al. (1989) comparant trois groupes (54 "schizophrénies tardives", 54 jeunes schizophrènes et 22 schizophrènes âgés appariés par l'âge au premier groupe) constatent la présence d'une personnalité prémorbide schizoïde dans 2/3 des cas (63 %) du premier groupe, 27,8 % du deuxième groupe et 50 % du groupe témoin âgé. Cette différence est significative.

Les résultats d'études de ces personnalités antérieures sont, au total, contradictoires et dispersés, ne permettant aucune conclusion définitive malgré des méthodologies souvent comparables. La majorité des auteurs s'accorde cependant pour reconnaître une surreprésentation quantitative des célibataires par rapport à la population générale, et le petit nombre de descendants des couples mariés.

L'explication de ces particularités familiales semble également faire l'unanimité : "Le mariage est souvent tardif, pour différentes raisons, notamment par l'existence des troubles de la personnalité, et les femmes, trop âgées, ne peuvent plus avoir d'enfants" (M.E. Herbert et S. Jacobson, 1967). Ainsi, si le type de structure antérieure ne peut être clairement défini, les répercussions de ces troubles sont, semble-t-il, bien repérables à travers l'histoire individuelle de chaque patient.

6. Pathologies familiales

Dans un but de classification, et d'après les connaissances des facteurs de risque de la schizophrénie, il était logique de s'intéresser à la famille des "délirants tardifs". Ces groupes apparentés présentent-ils une plus grande fréquence de pathologie mentale, notamment psychotique ?

Une des réponses les plus simples à cette question est celle rapportée par F. Post en 1967 à propos des réactions de type schizophréniques chez l'âge : "Comme dans d'autres études concernant les schizophrénies tardives, les histoires familiales de schizophrénie sont rares, bien qu'un peu plus élevées que dans la population générale".

Il rejoignait alors l'opinion de D.W.K. Kay et M. Roth (1961) qui constataient l'existence de facteurs héréditaires dans leur échantillon de 99 patients : Huit cas de psychose paranoïde tardive étaient dénombrés dans la parenté de leurs patients, contre deux cas similaires notés dans les familles de plus de 200 malades dépressifs. Les auteurs concluent que "dans la paraphrénie tardive, une certaine prédisposition à la maladie mentale, d'origine héréditaire, existe". Ils préfèrent cependant "favoriser l'hypothèse multifactorielle, qui permet d'envisager l'influence de l'environnement et d'autres facteurs extrinsèques, manifestement importants".

Les influences génétiques pourraient expliquer l'éclosion de traits de caractère schizoïde et paranoïde. D.W.K. Kay en 1963 souligne de plus les difficultés à poser un diagnostic de psychose chez des proches du patient lorsqu'ils n'ont jamais été hospitalisés (mère d'un patient décrite comme "extrêmement particulière, neveu alcoolique et toxicomane, traits paranoïdes marqués chez certains membres de la famille...). La conclusion reste néanmoins inchangée : "La fréquence avec laquelle les troubles de la personnalité sont constatés chez les patients et leurs proches, suggère une transmission polyfactorielle".

Concernant les troubles affectifs, D.W.K. Kay constate qu'ils sont peu nombreux et atypiques dans les familles, présentant souvent des traits paranoïdes marqués ou une bipolarité manifeste.

L'étude de M.E. Herbert et S. Jacobson (1967) insiste également sur les difficultés à obtenir des données fiables sur l'histoire familiale des personnes âgées. Dans leur échantillon de 45 femmes, les auteurs relèvent cependant la notion de trouble psychiatrique dans 2/3 des cas. L'incidence de la maladie chez les pères des patientes est notable (six troubles de la personnalité, deux alcooliques). Une pathologie psychotique est également retrouvée dans huit cas, chez la mère ou dans la fratrie. Les auteurs soulignent dans sept cas sur huit une évolution de ces psychoses vers un délire de persécution avec hallucinations auditives. Deux de ces cas étaient des paraphrénies tardives. "Quoi qu'il en soit, l'incidence globale des pathologies mentales dans les familles est plus élevée que dans la population générale, comparé à un échantillon randomisé".

Le groupe des patients de J.C. Dias Cordeiro (1972) se présente ainsi : 66 % des patients n'ont aucun antécédent psychotique dans la famille, 18 % des cas présentent des antécédents psychiatriques dans la famille, dont seulement 45 % sont de même type nosographique que celui du patient. Enfin, les 16 % restant n'apportent pas suffisamment d'éléments pour juger des antécédents familiaux. Aucun état délirant n'a été relevé dans la descendance des patients.

L'étude de G.D Pearlson et al. en 1989 est intéressante par la comparaison établie entre deux groupes : le premier regroupant 54 schizophrénies tardives, le deuxième étant composé de 54 jeunes schizophrènes. L'auteur retrouve la même fréquence familiale de pathologie schizophrénique dans les deux groupes. "Cette apparente égalité de prédisposition génétique est compatible avec deux hypothèses :

Un certain nombre d'événements déclenchants peuvent déterminer le début précoce ou tardif de la maladie.

Des éléments protecteurs pourraient retarder le début des troubles :

Par exemple, des atteintes prénatales ou périnatales pourraient prédisposer à une installation précoce de la maladie. En leur absence, la décompensation pourrait se produire lors d'événements plus fréquents dans l'âge avancé,

comme un déficit sensoriel, des troubles hormonaux de la ménopause ou un isolement social.

Alimentant la controverse, M. Murakami en 1990, dans son groupe de 43 cas présentant un état hallucinatoire, ne retrouve pas plus de trouble schizophrénique, schizoaffectif ou affectif dans les familles de ses patients que dans la population générale.

On le voit, ce problème de troubles psychiatriques familiaux a vivement intéressé plusieurs auteurs, mais la question reste entière, sujette à de multiples controverses. Ces résultats si divergents peuvent être biaisés de différentes façons : tout d'abord, les échantillons de patients ne sont sûrement pas toujours comparables, chacun définissant précisément la population qu'il étudie. Les définitions qui permettent le diagnostic psychiatrique au sein de la famille et les critères nécessaires et suffisants, sont vraisemblablement également soumis à de grandes variations.

La difficulté de conclure devant des résultats aussi dispersés apparaît à tous ; chacun, partisan ou non d'un lien Schizophrénie-Délire tardif, peut trouver ici des arguments appuyant son hypothèse. Les auteurs américains savent bien clore ce genre de question par leur "Il est nécessaire de poursuivre les études", ce qui nous apparaît également approprié.

7. Evénement déclenchant

Rompant le rythme d'une existence paisible, réglée, parfois monotone, des événements peuvent être considérés comme un facteur de décompensation ; ils sont, à l'unanimité des auteurs, de nature très variable : il peut s'agir ici d'une pathologie somatique, d'un deuil, d'une modification des conditions de vie (déménagement, hébergement en institution ...), d'un conflit familial ou de voisinage, voire d'un problème matériel que le patient ne peut résoudre.

Dès 1961, D.W.K. Kay et M. Roth trouvaient une fréquence peu élevée de ces événements à l'origine de "paraphrénies tardives" : 75 % de leurs délirants ne présentaient aucun facteur précipitant contre 39 % d'un groupe de dépressifs, qui leur était comparé. De plus, ils soulignaient que "Certains traumatismes, apparemment associés avec le début des troubles, pourraient être fortuits". Parmi les divers traumatismes recensés, il semblait que le bouleversement des habitudes de vie, et notamment le changement d'environnement, fût le facteur

le plus fréquemment retrouvé au début des troubles. Dans les familles unies, la rupture de leurs liens étroits apparaissait comme un élément précipitant majeur des troubles délirants.

Lors d'un rapide recensement des facteurs liés à la décompensation psychiatrique, M.E. Herbert et S. Jacobson (1967) citaient : La solitude (18 cas sur 45) en tout premier rang puis la maladie somatique (10 cas sur 45), un deuil (9 cas sur 45), un déménagement récent (4 cas sur 45).

Cette étude ne commente guère les résultats mais parmi les quatre facteurs, trois d'entre eux (maladie somatique, deuil et déménagement) auraient été classés par D.W.K. Kay et M. Roth comme "événements déclenchants". Leur total se porte alors à 23 cas sur 45, soit environ la moitié de l'échantillon. Malgré ce résultat, les auteurs insistent surtout sur "le processus de l'âge" qui "pourrait être un élément plus décisif de décompensation que tout facteur étiologique".

Plus proche de nous, N.L. Holden (1987) retrouve un facteur déclenchant dans 38 % de son échantillon, contre 23 % sur un groupe de déments. "L'élément précipitant" inclut ici tout stress sévère chronologiquement lié au début des troubles. Le problème du délai "acceptable" n'est pas abordé.

Il semble clair ici que ces événements de vie même minimes, ou qui seraient sans conséquence chez une personne plus jeune, peuvent jouer un rôle incontestable, quoique non exclusif, dans la genèse de cette pathologie délirante. Comme le dit J.F. Reverzy (1981) dans son "Introduction à la psychopathologie de la crise" : "Chacun de ces épisodes de rupture et de remaniement peut être l'occasion de décompensation, conduisant à des états de souffrance psychique aiguë que nous avons, par ailleurs, qualifiés d'états de détresse psychique ou psychosociale".

En fait, le rôle exact de ces crises apparaît comme difficile à déterminer, même si les chiffres nous portent à croire à leur influence. En effet, comme le soulignaient D.W.K. Kay et M. Roth (1961), il est probable que certains enchaînements chronologiques soient purement fortuits. A contrario, on peut sans doute également avancer que certains événements parfois répétés, trop anodins pour être retenus comme déclenchants, passeront inaperçus malgré leur rôle psychodynamique majeur chez tel ou tel patient.

L'intérêt de ces événements réside vraisemblablement plus au niveau de l'individu (tel événement chez tel individu) qu'au niveau du groupe de délirants, le délire d'apparition tardive "faisant généralement référence à la sphère actuelle d'intérêts et d'activité du sujet âgé" (J.M. Léger et J.P. Clément, 1991).

8. Psychopathologie de la vieillesse

a) Généralités

Si l'ensemble des auteurs, intéressés par les épisodes délirants tardifs, s'est attaché à une description la plus exhaustive possible des éléments pouvant intervenir sur la personne âgée, la prise en compte de l'individu en lui-même a donné lieu à bien moins d'études. Il nous semble cependant indispensable, après cette description de la réalité externe du vieillard, d'essayer de cerner également sa réalité psychique. Le délire exprimé pourrait en être l'émanation directe.

Nous envisageons tout d'abord d'appréhender la psychodynamique, les mouvements topique et économique à l'oeuvre chez tout sujet âgé, afin d'approcher dans la discussion les éléments psychopathologiques favorisant l'éclosion du délire.

L'évolution du caractère des vieillards est fréquemment décrite par différents auteurs ; elle s'inscrit en général dans un registre franchement négatif. Ainsi A. Ritti (1895), dans un chapitre consacré à la "psychologie de la vieillesse", consacre quelques lignes aux transformations constatées chez l'âgé, "transformations non seulement dans le domaine de l'intelligence mais aussi du sentiment et du caractère". S'ensuit une description où les altérations de la mémoire semblent jouer un rôle quasi bénin face au repli sur soi-même, aux sentiments égoïstes, à la défiance vis-à-vis de ceux qui lui étaient les plus chers.

L'extrait d'une lettre écrite par S. Freud à Lou Andréas Salomé en 1925 (il a 69 ans et souffre d'une tumeur de la mâchoire) nous permet peut-être d'introduire ce chapitre : "Une carapace d'insensibilité m'enveloppe lentement, ce que je constate sans me plaindre. C'est aussi une issue naturelle, une façon de commencer à devenir anorganique. On appelle cela, je crois, la sérénité de l'âge. Cela doit sans doute tenir à un tour décisif dans les relations entre les deux pulsions dont j'ai supposé l'existence. Le

changement qui l'accompagne n'est peut-être pas très frappant, tout est resté plein d'intérêt de ce qui l'était autrefois, mais il manque un certain écho ; moi qui ne suis pas musicien, je me représente cette différence comme de mettre ou non la pédale. La pression sensible et incessante d'une énorme quantité de sensations importunes a dû hâter cet état prématuré peut-être, cette disposition à tout ressentir *sub speciae aeternitatis*". Ces quelques mots du père de la psychanalyse nous éclairent un peu sur le ressenti de l'âge chez l'agé, la lente désinsertion affective alors éprouvée, le repli narcissique inévitable.

Afin de rendre compte du phénomène d'éloignement progressif décrit par S. Freud, Y. Pelicier (1983) met en parallèle temps social et temps personnel, ou psychologique, chaque individu possédant en propre un rythme, un tempo particulier. Chacun éprouve l'intervalle de temps selon ses désirs, ses besoins, ses angoisses, ses projets. Pour l'agé, le temps social, celui de l'adulte jeune dans nos sociétés occidentales, exerce une "tyrannie temporelle", qui l'écarte peu à peu du rythme homochronique, entraîne une réduction, une disparition des attentes.

Cette maladie du temps s'exerce de façon réciproque : l'absence de projet personnel est concomitante, peu à peu, d'un amoindrissement de ce que les autres projettent pour lui, le manque d'être attendu étant là peut-être plus grave pour le psychisme du sujet âgé que la diminution de ses propres attentes. La perspective de mort, si elle ne permet plus à l'agé d'envisager son avenir propre, peut lors d'une bonne intégration temporo-sociale permettre encore une inscription dans le futur à travers les autres : "Je plante pour donner de l'ombre à mes petits enfants". La capacité d'envisager et d'assumer l'échelle des âges, ce que nos sociétés ne favorisent guère, doit ainsi préserver chez l'agé un investissement, un intérêt, garants d'une véritable préservation psychologique. Le vieillissement prend alors valeur de "Conservation, maturation, intensification et renforcement" (K. Abraham cité par J.M. Léger et al., 1989).

Pour A. Boiffin (1983, 1989), le vécu interne doit s'adapter non seulement aux transformations subies par le corps mais également faire face à d'autres difficultés, comme le rejet social quasi inhérent à notre société, ou la proximité devenue indéniable d'une fin de vie. Pour cet auteur cependant, le fonctionnement mental de l'agé, ainsi que les instruments de ce fonctionnement restent tout à fait comparables à ceux dont dispose l'adulte, malgré un travail mental qui semble plus difficile, ce dont témoignent de

fréquentes décompensations psychiques. Les buts du travail mental sont également similaires puisqu'il s'agit là encore d'assurer l'équilibre narcissique du sujet, et "de maintenir la balance libidinale relationnelle avec les objets investis et significatifs".

L'assise de la personnalité se constitue avant tout avec deux sentiments essentiels à la vie : "l'estime de soi et le sentiment de compter pour les autres", d'où la primauté de la communication chez chacun, qui permet l'équilibre d'un système sujet-environnement. Toute modification intervenant dans ce système retentira sur chacun de ses éléments, amenant souvent la personne âgée à revenir à des solutions déjà éprouvées lors de son évolution, à se fixer à des niveaux antérieurs, à régresser enfin. Nous reviendrons ultérieurement sur ce problème de la régression chez l'âgé, problème qui a passionné de nombreux auteurs.

J.C. Arbousse-Bastide et G. Le Goues (1982) s'interrogent eux aussi sur la possibilité de mouvements défensifs plus spécifiques de l'âgé, s'ajoutant aux mécanismes de défense connus chez l'adulte. Ce travail trouve sa source dans un mouvement psychanalytique, né au début des années cinquante, qui s'intéresse au sujet âgé. Minkowski l'avait introduit par la notion de névrose du vieillard, traduisant ainsi les difficultés d'adaptation de l'âgé ; il s'était poursuivi sous l'impulsion de G. Dedieu Anglade, puis de C. Balier.

S'appuyant sur la deuxième topique freudienne, les auteurs redéfinissent la fonction des mécanismes de défense : ceux-ci, des plus archaïques aux plus élaborés, protègent le moi contre toute représentation insupportable, son émergence risquant d'envahir le fonctionnement psychique. La comparaison est établie avec la période de l'enfance, qui, comme le grand âge, est une période de dyschronie sexualité-pulsion. Chez l'enfant, cette dyschronie contraint le sujet à développer une mentalisation ; la personne âgée pourrait de même, à l'entrée du troisième âge, devoir négocier un changement qui prendrait le caractère d'une seconde sortie vers une période de latence. Ainsi, le problème primordial de l'âgé ne serait pas celui du déficit, mais bien celui du "retour des appétits sous des formes juvéniles, l'obligeant d'abord à se défendre contre la jeunesse de ses envies".

I. Balier (1979), dans sa "Théorie narcissique du vieillissement" constate chez toute personne âgée vivant sa vieillesse de façon heureuse, une solide intériorisation des images parentales, contribuant au maintien de leur identité et à une représentation positive de leur environnement. Ce travail

d'intériorisation semble en fait se poursuivre, les patients affirmant une meilleure compréhension de leur parent avec l'avance de l'âge, voire la découverte de certaines qualités restées jusque-là méconnues d'eux. Pour l'auteur, le vieillissement heureux n'a donc d'autre source que le "schéma fondamental de la vie psychique, à savoir le maintien dans l'inconscient du dérivé pulsionnel oedipien, nécessairement refoulé pour permettre des investissements d'objets inspirés du même modèle".

Le narcissisme de l'agé s'appuie plus alors sur des bons objets fréquemment idéalisés, ce qui permet au sujet d'accepter sa moindre importance au profit de son "inscription", dans un environnement, représentation symbolique de la mère satisfaite. L'Idéal du moi n'a alors d'autre but que de s'inscrire dans la chaîne des générations et de prendre sa place dans l'ensemble des significations de l'univers. "Ainsi, conformément au projet narcissique, le moi survit-il à la mort".

Pour H. Bianchi (1980), l'inscription du vieillissement dans une dimension intergénérationnelle permet également un "travail du vieillir". Ce retour à une image idéalisée de l'enfance, accompagné du sentiment de toute puissance constitue un déni du présent, une véritable conjuration face à la mort prochaine. Ce déni défensif ne doit cependant pas l'emporter mais plutôt permettre, par l'exhumation de l'enfant idéalisé, un rapprochement, une réidentification au père ou à la mère. Ceux-ci ne revêtent plus les images des parents idéalisés, figures surmoïques constituées dans l'enfance, mais balisent le chemin encore à parcourir. Ainsi ces figures, par leur exemplarité, replacent l'être dans la vérité du temps. L'identification à ces morts, dont la mémoire a survécu dans l'esprit du sujet, peut même reconforter, par opposition à l'identification à un corps où le sujet ne se retrouve plus.

L'auteur établit ensuite le parallèle entre deux périodes clefs de la vie : L'oedipe, qui, par les identifications mises en place, inaugure l'entrée du sujet dans un monde social et culturel, et un "oedipe du troisième âge", dont le but serait la sortie de ce même monde, de la vie, par l'intermédiaire d'une ultime identification aux parents morts. Le désinvestissement de l'objet se constitue en crise du troisième âge, d'autant que se surajoute l'angoisse de n'être plus aimé. Ici, cependant, il n'y a pas d'interdicteur qui freine le nouvel investissement, simplement un traumatisme imposé par la nature, la loi du temps. Si le parallélisme Oedipe-crise du troisième âge reste formel, la menace de castration est patente dans l'un et l'autre cas.

Cependant, si la renonciation oedipienne prend sens dans la constitution de l'identité qu'elle favorise, la renonciation de "l'oedipe du troisième âge" est avant tout le deuil du moi, dont l'élaboration, bien plus douloureuse, trouve difficilement son sens, ouvrant la porte à des mécanismes de défense massifs comme le déni ou la régression. Seul un "investissement sublimatif" visant l'objet, abandonnant tout but narcissique, peut faire accepter cette perte, le don fait de soi-même à l'objet donnant son sens à ce deuil du moi. Ainsi voit-on des vieillards consacrant tout leur temps à telle activité, à telle personne, à telle idée, "vieillir mieux que les autres".

Diverses tendances peuvent certes être décrites : tendance à se détacher du monde, au repli narcissique, à la régression, à la perte de sublimation, au déni, à une idéalisation de l'enfance... Le "stade" de la vieillesse est alors bien contestable et pourrait sans doute être avantageusement remplacé par la notion de "voies", de possibilités diverses offertes au moi pour faire face à l'inéluctable. De même, l'idée d'un épuisement progressif de la libido est également combattue, le moi de l'agé manifestant au contraire d'étonnantes capacités à maintenir sa permanence, y compris à travers les mouvements défensifs.

b) Narcissisme et régression

Selon S. Freud, "le moi doit être considéré comme un grand réservoir de libido d'où la libido est envoyée vers les objets, et qui est toujours prêt à absorber de la libido qui reflue à partir des objets". Ainsi une balance libidinale s'établit-elle entre "libido du moi", narcissisme et libido d'objet. Le narcissisme se constitue ici en une structure permanente tout au long de la vie, et non comme un stade évolutif. Cette structure n'existe pas d'emblée chez le nouveau-né où les pulsions mal organisées se satisfont de façon anarchique ; on parlera alors plutôt d'auto-érotisme. Le narcissisme primaire apparaît ensuite, à l'état précoce de l'enfance où le moi enfin constitué peut être pris comme objet d'amour dans sa totalité.

Le narcissisme secondaire, s'il caractérise certains états de régression, est aussi une structure permanente du sujet : une balance libidinale existe entre le moi et les objets ; peuvent alors survenir des mouvements de repli de la libido sur le moi à partir des objets qu'elle investissait et qu'elle abandonne ; il s'agit en fait d'un narcissisme secondairement retiré aux objets, qui implique une constitution achevée du moi.

Pour J. Laplanche et J.B. Pontalis (1990), la régression est conçue "le plus souvent comme un retour à des formes antérieures du développement de la pensée, des relations d'objet, et de la structuration du comportement". Cette régression peut être de différents types : topique, faisant référence au schéma de l'appareil psychique ; temporelle, où sont reprises des formations psychiques plus anciennes ; formelle, enfin, par la réémergence de modes primitifs d'expression.

Pour un auteur comme B. Grunberger, le narcissisme, aussi absolu et puissant qu'un instinct, survivrait également toute la vie : "L'homme naît et meurt narcissique et trouve, en se prolongeant dans l'infini, une large compensation narcissique à la misérable brièveté de l'existence qu'il passe sous le signe du principe de réalité". Le "narcissisme moral" de B. Grunberger, véritable "facteur autonome dans le cadre de la topique freudienne", serait antérieur à la formation du moi et ne connaîtrait pas de phase primaire puis secondaire.

Pour S. Nacht (Revue française de psychanalyse, 1965), la cohabitation de ces deux narcissismes semble la plus probable. Le narcissisme primaire, à fonction protectrice, serait un véritable "gardien de la vie", auquel viendrait se surajouter le narcissisme secondaire, qui serait la "force de cohésion" permettant à l'individu d'adhérer à la vie et de se concevoir comme unité.

Bien d'autres psychanalystes, tels J. Lacan, V. Tausk, P. Federn, M. Balint, M. Klein, D. Anzieu (avec son concept de moi-peau) se sont penchés sur ce concept de narcissisme, mais les réticences primitives de S. Freud à l'égard du sujet âgé les ont sans doute encouragés à négliger l'évolution du narcissisme avec l'âge et les bouleversements auxquels était soumis ce narcissisme lors de l'approche de la mort.

En 1982, H. Leboucher et al. insistent sur la réémergence de l'auto-érotisme de l'agé, auto-érotisme qui retrouve sa fonction d'étayage du narcissisme. En fait, tout au long de la vie, l'auto-érotisme serait le mode de fonctionnement du narcissisme (il s'agit bien ici du narcissisme secondaire supposant l'existence d'un objet intériorisé et d'un moi suffisamment structuré). L'auto-érotisme mentalisé, qui consiste en un plaisir à fonctionner, à se projeter dans l'avenir, entraîne chez l'agé une inversion de la polarité de l'espace d'illusion. En effet, chez l'agé, le temps vécu est polarisé par le passé et l'espace d'illusion s'oriente vers la reconstruction, l'édification de la légende. Les avatars du vieillissement peuvent casser la double organisation auto-

érotisme/narcissisme et entraînent la mise en place de modes de fonctionnement inhabituels, comme certaines névroses, démences ou psychoses le montrent. Pour les auteurs la réapparition de l'auto-érotisme représente un phénomène auquel il faut savoir prêter attention, compte tenu de la compréhension qu'il peut apporter lors d'études sur l'évolution psychique lors du vieillissement.

Pour C. Balier, le narcissisme peut être considéré comme le fil conducteur permettant de rendre compte des faits observés aussi bien lors du vieillissement normal que pathologique. Les traumatismes auxquels sont exposés les vieux, la modification corporelle, la diminution de l'efficacité intellectuelle et physique, des changements dans la sphère génitale, le départ à la retraite, les bouleversements familiaux sont autant d'éléments marquants qui s'accompagnent inéluctablement d'importants remaniements économiques du système pulsionnel. La pathologie mentale, survenant spécifiquement à cet âge chez des sujets jusque-là indemnes de tout trouble psychique, laisse à penser qu'à alors lieu un rééquilibrage entre les pulsions sexuelles et d'autoconservation, ou si l'on veut, entre les systèmes objectal et narcissique. On comprend bien qu'une bonne résolution de l'oedipe soit nécessaire à une bonne adaptation au cours du vieillissement. La castration doit être en effet dépassée pour que le sujet âgé, confronté à la réalité des déficits et des limitations, évite une désorganisation de sa personnalité ; l'investissement narcissique doit être suffisamment bon afin de maintenir une identité solide malgré les vicissitudes du vieillissement.

Classiquement, selon S. Ferenczi (1921), les difficultés rencontrées par le sujet âgé entraînent une perte de l'estime du moi, dont témoignent les nombreux comportements régressifs notamment de caractère anal (entassement, avarice, soumission à l'ordre établi). Pour S. Freud, le sentiment d'estime de soi se constitue selon trois sources différentes : d'une part, les reliquats du narcissisme primaire ; d'autre part, ce qui nous conforte dans l'idée de notre capacité à approcher l'Idéal du moi, enfin la satisfaction de la libido d'objets. Que reste-t-il chez l'âgé de ces trois sources narcissiques ? On sait que la libido d'objets se trouve en général bien appauvrie, que l'idéal du moi appartient plus au passé qu'à l'avenir... En fait, certains apports renforçant ce narcissisme fragilisé et bien spécifique du sujet âgé peuvent venir le renforcer. Le "bilan de vie", déjà décrit par Butler aux Etats-Unis, peut, lorsqu'il est positif, protéger des frustrations imposées par la réalité ; de même "le sens de l'immédiat", origine de plaisir, permet à l'âgé

d'établir de nouvelles relations avec l'environnement et le temps. Le maintien d'un narcissisme satisfaisant jusque dans le troisième âge passe en effet par l'acceptation d'une moindre importance du sujet au profit de son inscription dans un environnement, représentant symbolique de la mère satisfaisante.

L'harmonie nouvelle entre l'investissement de l'environnement et l'estime de soi, garante d'un nouvel équilibre narcissique, se fait dans un mouvement régressif avec réémergence du narcissisme primaire, en relation avec les premiers échanges avec la mère ; le narcissisme secondaire, alimenté par les satisfactions pulsionnelles et les réalisations de l'idéal du moi, s'estompe peu à peu. Cette position régressive n'est cependant pas que régression. En effet le sentiment de toute puissance, propre au narcissisme primaire de l'enfant, a disparu, invitant le sujet à établir de nouveaux rapports avec son environnement. L'estime de soi vient alors d'un idéal du moi "qui n'a d'autre but que de s'inscrire dans la chaîne des générations et de prendre sa place dans l'ensemble des significations de l'univers".

Pour H. Bianchi (1989), la voie régressive constitue un des différents destins de l'attachement du sujet âgé. Le retrait de la libido des objets, se traduisant par la restriction de la vie relationnelle, va de pair avec une mobilisation défensive sur le moi et le corps. Le mouvement régressif n'est, pour l'auteur, qu'une réponse possible voire fréquente aux conditions existentielles du sujet âgé : il ne s'agit nullement d'une fatalité.

Cependant, la question se pose de savoir pourquoi l'âgé développe un système de défense si inadéquat alors qu'il a jusqu'à présent, dans l'enfance et l'adolescence, surmonté la frustration avec succès ? La perte de l'horizon d'un avenir est sans doute en cause, ainsi que la perte réelle d'un bon objet extérieur (défaillance de l'environnement) renforçant les bons objets internes par la réassurance. Une boucle de rétroaction positive se met en place, le désinvestissement de l'environnement, si frustrant, n'apportant plus de réassurance, entraîne le repli sur des positions narcissiques, repli qui entraîne encore la restriction des échanges.

Au plan économique, le mouvement régressif se manifeste par une difficulté à trouver des substituts sublimatifs à offrir aux visées pulsionnelles ; d'où certaines expériences de désenchantement, de lassitude devant la vie, d'émoussement de la curiosité. L'identification du sujet s'est faite, au cours de l'enfance et l'adolescence, à des traits d'individus, chargés de sens par

leurs caractères d'êtres sexuels et agissants. Chez le sujet âgé, le moi est en difficulté face à ces repères de sexualité et d'activité, repères qui peu à peu se vident de leur sens.

La tâche de l'appareil psychique, consistant à maintenir une "constance de sens" devient bien délicate lorsque activité et sexualité perdent leur sens face à la mort. Les représentations de la mort, de la vieillesse, de la maladie, dans l'appareil psychique, peuvent être plus ou moins investies, traitées défensivement mais peuvent également être élaborées, chargeant alors de sens ces dernières années à vivre.

Pour J.M. Léger et al. (1989), l'économie narcissique du sujet âgé se trouve également profondément bouleversée : Sous son propre regard et sous le regard des autres, le vieillard a des difficultés à approcher son bon moi, d'où le mouvement de régression, suivi d'un repli, véritable élément de pulsion destructrice. Cependant, une certaine solution pourrait être découverte à travers l'activité fantasmatique puisque la fantasmatisation, "quoique réduite, pourrait renfermer une face compensatrice et une intensité émotionnelle proportionnellement plus élevées par rapport à certaines fantaisies des jeunes" (G. Abraham).

La régression semble cependant inévitable qu'elle soit égosyntonique et laissant alors à la disposition du sujet le libre accès à son monde intérieur, ou régressive chez des vieux plus dépendants de la réalité extérieure. L'école de Hartman, citée par les auteurs, vient à l'appui de cette conception régressive de l'économie psychique du sujet âgé : l'équilibre établi à l'âge adulte entre le moi d'une part, le ça et la réalité extérieure d'autre part, se trouve menacé chez l'agé par l'éloignement progressif des facteurs externes. Face au ça revalorisé, le moi conserve alors comme garant de son autonomie le surmoi, l'idéal du moi, le monde intérieur et les pulsions.

La dynamique alors observée est de forme diversement régressive : la régression peut rester au service du moi, accentuant souvent des traits de caractères antérieurs, permettant une défense du moi face à l'abandon obligatoire de certaines sources de satisfaction ; elle peut également prendre la forme d'une "régression régressive", réactivant des conflits plus archaïques, et dont l'évolution serait plus péjorative.

Il s'agit ici d'une description évolutive, où l'on peut cependant retrouver les trois types de régression classiquement décrites par la psychanalyse : Régression temporelle, avec retour de la libido à des stades prégénitaux ;

régression topique, dominée par les exigences du ça et du surmoi archaïque ;
régression formelle, enfin, où les processus primaires peuvent réémerger,
sous la pression du seul principe de plaisir.

Le phénomène régressif, pour G. Le Goues, ne trouve sa place que dans la première phase de ce qu'il appelle le "palier d'évolution tardive". Le premier élément à intervenir chez le sujet âgé est ici la baisse de tonus de l'appareil pulsionnel, contraignant le vieillard à gérer une pente de descente par l'aménagement de paliers décroissants. Le but obtenu est atteint lorsque le changement d'investissement s'accorde avec la réduction du tonus pulsionnel. Lorsque la stabilisation dynamique est réussie, on peut alors parler de palier d'évolution tardive.

Cet équilibre est souvent délicat et peut, lors d'une crise (deuil, événement de vie quel qu'il soit), se rompre brutalement, entraînant primitivement un mouvement régressif puis progressif. Le mouvement régressif, contemporain de la crise, se développe, prenant appui sur une fixation antérieure, le choix de cette fixation se faisant selon l'organisation antérieure du sujet. Le mouvement progressif survient ultérieurement, s'organisant autour du déficit développé par la crise. Ce mouvement, qui se développe à partir de la fixation, atteint peu à peu un nouvel état de stabilité dynamique, la balance libidinale se rééquilibre : un nouveau palier d'évolution tardive est atteint.

c) Concept de crise

Le concept de G. Le Goues est ici bien intéressant, puisqu'il met l'accent sur un phénomène, le phénomène de "crise", qui permet d'envisager l'évolution psychique du sujet âgé sous un angle dynamique, et replace le sujet dans un environnement auquel il n'est manifestement pas imperméable. La notion de crise peut permettre de "considérer celle-ci sous un jour plus dynamique, dans un processus de métamorphose structurale ouvert dans son devenir et non clos sur une grille sémiologique" (J.F. Reverzy, 1981). La dynamique crisologique contraint le sujet à des transformations, des adaptations, des redéfinitions par rapport à de nouvelles constellations signifiantes.

Cité par l'auteur, G. Kaplan (J.F. Reverzy, 1981) souligne la présence, dans ces moments toujours riches, de flottement de l'identité, de résurgence des clivages et des affects archaïques. Chacun de ces épisodes de rupture et de remaniement peut en effet être l'occasion de décompensations, véritables états de détresse psychique ou psychosociale.

Nous voudrions souligner ici que, si ces éléments descriptifs de la crise s'appliquent aussi bien à l'enfant qu'à l'adulte ou au sujet âgé, ce qui peut être considéré par l'un ou l'autre comme une crise n'est pas toujours superposable : chez le sujet âgé, à partir de certains événements qui passeront quasi inaperçus de son entourage peuvent éclore des crises importantes dont il n'est pas toujours facile de retrouver le facteur déclenchant.

I. Boiffin (1983) explique la grande fréquence des événements critiques chez le sujet âgé par la fragilité de deux sentiments essentiels, "estime de soi et sentiment de compter pour les autres", bien souvent altérés chez le sujet âgé. La crise est avant tout une étape du développement, une remise en question de solutions précédemment satisfaisantes ; la recherche du traumatisme initiateur est ubiquitaire : altération somatique, problème social, bouleversement affectif, qui peuvent tous être à l'origine d'une désorganisation, ébranlant l'équilibre de la personne dans son ensemble.

Les caractéristiques propres du sujet âgé, les désorganisations, les essais de réorganisation déterminent ultérieurement les aspects symptomatiques, souvent polymorphes. La crise elle-même se déroule en deux phases, le début se manifestant par un véritable choc, submergeant le sujet âgé par l'intensité des stimuli, et pouvant aller jusqu'à la sidération avec stupeur et blocage des processus mentaux. L'impossibilité de maîtrise du chaos émotionnel est manifeste. La deuxième phase, ou issue de la crise, peut dans le meilleur des cas permettre la réorganisation au niveau antérieur. Mais souvent, ce réaménagement sera difficile, aléatoire, voire instable, l'organisation restera flottante, mal structurée, ce qui se vérifie par les idées délirantes. Lorsque la tentative échoue, on peut voir apparaître des états dépressifs, des troubles du comportement, des somatisations, dont l'aspect dispersé signe l'essai de réorganisation défectueux. Toutes ces manifestations restent la preuve, s'il en était encore besoin, de la vitalité et la plasticité de l'appareil psychique du vieillard.

Pour A. Rossman-Parmentier et al., toute crise est le résultat d'un conflit entre deux ou plusieurs groupements psychiques l'un contre l'autre, où s'observe également la force de la résistance inconsciente au changement. Chaque crise confronte le sujet à utiliser des formes nouvelles de pensée et d'agir, issues des formes anciennes et n'annulant pas les précédentes. La crise peut être définie "comme le problème de l'éclatement narcissique, comme événement où les dimensions psychologiques ou psychosomatiques

et interpersonnelles de notre être et de son investissement sont mises en cause". Les conditions intersubjectives empêchent l'élaboration symbolique de cette réactualisation de la problématique du désir. La crise est alors le témoin des émotions et des fantasmes qui investissent alors le moi, s'exprimant sur un mode primaire et agissant ainsi comme un véritable facteur de stress. Le tableau réalisé est avant tout l'expression d'une faille de la structure.

Il ne s'agit pas obligatoirement d'un état aigu, le sujet âgé étant confronté à des crises ponctuelles mais également à la "crise d'âge", la crise du vieillissement. Cette dernière, véritable moment maturatif permet au patient une certaine élaboration voire un processus d'identification. Ce vieillissement peut être accentué sous l'effet de l'accumulation de microlésions, constituant un véritable état de pré-crise, moment fécond en éléments annonciateurs de la crise. Il est donc important de penser en termes de crise pour prévenir celle-ci en agissant au niveau de la pré-crise. Ainsi, l'appel au psychogériatre "ça ne peut plus durer comme cela" est à replacer dans le contexte dynamique d'une crise maturative ; cette forme précise de l'appel tend à annuler le processus de changement que contient la crise ; il s'agit alors d'un acting, acte sans possibilité d'élaboration, acte de décharge, qu'il faut savoir comprendre comme tel, le risque étant de répondre à la demande explicite, sans redéfinition de la situation conflictuelle actuelle, ce qui équivaldrait à une négation de la crise.

Cité par J.M Léger et al. (1989), I. Simeone estime que la crise est avant tout une période charnière, dont l'issue reste incertaine jusqu'à sa résolution. Pour les auteurs, la crise peut être une période transitionnelle caractérisée par des troubles intellectuels et émotionnels telle la crise évolutive de l'adolescence, ou bien des crises accidentelles déclenchées par les aléas de la vie et liées à une insuffisance des mécanismes régulateurs habituels. La tension apparaît si des moyens de défense efficace ne sont pas trouvés, pouvant déboucher sur un état de rupture et de désorganisation profonde de la personnalité.

Le sujet âgé n'est pas seul en cause lors de ces traumatismes ; il est inséré dans un tissu social, familial, réalisant un système ; les rapports de force qui régissent l'équilibre du système peuvent l'aider à surmonter cet épisode de sa vie ou au contraire en aggraver les conséquences, d'où la fréquence des passages à l'acte (agressivité, exclusion...).

A. Meyer, qui a introduit la notion de crise aux Etats-Unis dans les années 1950, préconisait alors "d'explorer l'espace relationnel dans lequel et par rapport auquel le sujet se situe". Il s'agit de mettre en lumière le conflit qui a mené à la rupture de l'homéostasie, afin d'éviter l'occultation de cet événement primitif, et d'en permettre l'élaboration. Cette démarche systémique a une dimension préventive, l'heureuse résolution de ce moment critique permet en effet d'éviter chez le sujet âgé la survenue de pathologies, conséquences du conflit mal résolu.

Pour G. Le Goues et al., la crise est une étape du développement, une remise en question des solutions précédemment adoptées. La recherche d'issues possibles peut se manifester par des troubles divers, le risque en étant accru chez le sujet âgé compte tenu de la diminution des ressources et de la fréquence des traumatismes. En accord avec les auteurs précédemment cités, la crise est divisée en deux phases, la première étant celle de la perplexité et de l'augmentation de la tension intérieure. Cette tension non maîtrisée donne naissance à un sentiment profond de détresse et de situation sans recours, d'où les manifestations chaotiques émotionnelles et comportementales. Ces troubles allant de l'agitation confuse à la stupeur avec grabatisation montrent bien l'ampleur de la désorganisation en cours. Le traumatisme initiateur peut être de nature très diverse, accident social, somatique ou affectif. Quelle qu'en soit l'origine, la réalité psychique l'emporte toujours sur la réalité externe, autrement dit, la représentation mentale de l'événement a beaucoup plus de poids que la description externe objectivable de l'événement. L'appréhension pleine et entière de la crise que doit faire le praticien doit donc inclure cette dimension subjective.

L'issue de la crise peut être favorable avec rééquilibration de l'estime de soi (ou narcissisme) lorsque le sujet maintient son sentiment d'identité à travers le vécu du changement inhérent à la crise. L'équilibre obtenu est cependant souvent fragile utilisant les capacités de mentalisation à des fins oniriques, ou hallucinatoires. Il s'agit en général d'une organisation flottante, fragile, mal structurée, risquant à tout moment de trouver une issue dépressive. Enfin, lorsque la mentalisation est impossible, des comportements inadéquats apparaissent, entravant la réorganisation. Ces troubles manquent de qualité stabilisatrice, ils sont souvent dispersés, sans liens très évidents entre eux. La fin de la crise peut être marquée de néoformations stabilisatrices propres à l'âge, de nature régressives et signant une adaptation peu efficace. Il peut s'agir de comportements contradictoires : la personne âgée se plaint et

redoute la solitude mais refuse toute solution visant à la rompre, l'absence totale de l'autre mettant à l'abri de souffrance lors de son départ.

On peut également assister à l'émergence d'autres manifestations tels le rabâchage (redite incessante de propos cohérents), le radotage (répétition de propos dénués de sens s'adressant à un interlocuteur imaginaire), des manifestations émotionnelles à fleur de peau, des plaintes concernant des troubles fonctionnels, des conduites toxiphiliques (alcool, laxatifs, hypnotiques...). Ainsi, selon ce qu'il advient de l'appareil psychique, on peut distinguer plusieurs niveaux de dysfonctionnement. Pour le "clinicien en psychologie", l'intérêt réside dans l'observation et la compréhension des inventions ou des adaptations efficaces dont les âgés sont encore capables. C'est la preuve qu'un appareil psychique fonctionne, à la conquête de nouvelles positions ou pour conserver vivantes des positions qui étaient déjà bien investies. Chaque fois qu'un plaisir peut être réactivé, le vieillard gagne un moment de vie précieux qui lui procure un des moyens de lutte les plus efficaces contre la dépression.

Ainsi donc, les auteurs semblent bien s'accorder, face à une crise chez la personne âgée, sur ces deux préceptes mis en avant par I. Simeone (1985) :

- L'exigence en gériatrie de passer du symptôme à la signification du symptôme.
- La nécessité de passer du discours individuel à celui du milieu familial et de l'environnement social.

Ces deux axes d'intervention du clinicien doivent lui permettre de soutenir son attention afin que "l'anémie narcissique" (C. Balier) du sujet âgé ne se transforme pas en véritable "hémorragie narcissique".

C. Délire et autres pathologies psychiatriques

1. Idées délirantes et dépression

L'intrication d'éléments délirants et thymiques chez le patient âgé est d'observation courante, mais pose le problème de la primauté de l'un ou l'autre des troubles de la genèse de la maladie.

Dans son étude de 1967 portant sur la réaction de type schizophrénique chez le sujet âgé, F. Post (1967) relève une fréquence de 57 % (53 cas /93) de patients présentant des troubles affectifs intriqués à la symptomatologie délirante.

Se plaçant d'un point de vue différent puisqu'ils étudient la dépression tardive, B.S. Meyers et R. Greenberg (1986) soulignent l'incidence élevée des éléments délirants (présente dans 45 % des cas) sur leur échantillon de 161 dépressifs, cette fréquence accrue s'observant dès l'âge de 60 ans et particulièrement chez les femmes.

En 1985, K. Hasegawa insiste sur la prévalence importante de troubles dépressifs chez le sujet âgé, cette prévalence étant manifestement liée à des facteurs socioculturels (comparaison entre société occidentale et société japonaise traditionnelle).

J.M. Léger et J.P. Clément (1991) notent que si les facteurs de stress ou de handicaps (solitude, ennui, désafférentation sensorielle, modifications du mode d'existence) sont reconnus comme favorisant les réactions dépressives, ils jouent également un rôle dans l'émergence de délires, et notamment de productions hallucinatoires. Les auteurs mettent également l'accent sur la fréquence des allégations de persécution, retrouvée par F. Post, au cours d'autres affections psychiatriques, et plus particulièrement lors d'états dysthymiques.

De même C. Lajeunesse et G. Lenoir (1989) soulignent la corrélation hautement significative retrouvée entre la présence de délires et la survenue tardive d'un premier épisode dépressif après l'âge de 60 ans ou plus.

L'attitude des différents auteurs peut en fait être schématisée sous deux formes différentes :

Certains postulent pour une indépendance relative des éléments délirants et thymiques. Nous retrouvons parmi ceux-ci des auteurs comme M. Roth et J.D. Morissey (1952) qui nuancent cependant leur position. Ils conviennent que la dépression peut s'enrichir d'idées délirantes, mais que celles-ci restent alors toujours congruentes à l'humeur et doivent être interprétées comme la projection d'idées de culpabilité ou d'indignité. M. Roth (1955) reprend cette hypothèse, classant ces formes de dépressions paranoïdes dans les troubles affectifs. Il constate que si les éléments délirants grandissent peu à peu, entraînant une résistance au traitement, ceux-ci ne peuvent occulter la nature

thymique des troubles ; la distinction clinique entre pathologie affective et délirante reste pour lui toujours pertinente.

Une nouvelle étude publiée par D.W.K. Kay et M. Roth (1961) semble apporter quelques nuances à cette hypothèse puisqu'est alors envisagée une certaine "coloration thymique" lors des paraphrénies tardives. Ces "réponses émotionnelles", très variables dans le temps, sont souvent primitivement congruentes à l'humeur mais laissent rapidement la place à une symptomatologie plus clairement délirante. Cette dépression, qui est dominée par la peur et l'angoisse et que le patient attribue fréquemment à des persécutions incessantes, ne semble donc pas être l'élément primordial.

J.J. Burgermeister, J.C. Dias Cordeiro et J. De Ajuriaguerra (1970) mettent en garde le clinicien face à une symptomatologie non univoque : Ainsi, au cours de certains épisodes dépressifs, "certains malades se défendent contre leurs propres accusations, accusant à leur tour leur entourage et peuvent, au premier examen, se présenter comme des persécutés secondairement déprimés". Selon ces auteurs, le diagnostic différentiel, parfois difficile, est primordial, compte tenu des attitudes thérapeutiques différentes qui en découlent. De même que la persécution est parfois difficile à discerner de certaines mélancolies délirantes, le syndrome de Cotard, lui aussi, se situe à la frontière délire-dépression, étant parfois considéré comme une schizophrénie tardive, parfois comme une forme particulière de mélancolie délirante.

En accord avec cette théorie, J.M. Léger et E. Albrecht rapportent quatre observations de patients âgés, observations où un délire à thème de jalousie ou de persécutions semble être l'élément fondamental, connoté de quelques éléments thymiques dépressifs. Un traitement thymoanaleptique s'avèrera efficace chez ces quatre cas. "Ainsi un certain nombre de dépressions d'aspect délirant, évoluant dans un contexte d'involution, apparaissent comme n'étant plus formes d'entrée dans la psychose, mais comme formes - à expression psychotique - de dépression réactionnelle à un affect de "deuil", c'est-à-dire de désinvestissement objectal". On notera que les auteurs soulignent alors l'absence de trouble de la personnalité antérieure, et notamment de la lignée sensitive.

Face à ces auteurs qui envisagent les troubles thymiques et délirants comme deux entités séparées, avec cependant intrication fréquente des signes

cliniques, d'autres chercheurs interprètent les idées délirantes émergeant lors de dépressions comme un critère de gravité de celles-ci.

Ainsi, en 1960, F. Fish individualise un groupe de paraphrénies tardives qui, selon lui, est en grande partie composé de dépressions paranoïdes ou de troubles psycho-organiques.

Deux auteurs finlandais, S.L. Kivela et K. Pahkala, se sont également penchés sur le problème des dépressions délirantes du sujet âgé. Une comparaison est alors établie avec un groupe de sujets âgés déprimés, vivant dans les mêmes conditions ; l'âge de début des troubles thymiques se révèle identique dans les deux échantillons, avec un score de dépression sur l'échelle de Hamilton plus élevé pour les délirants. Les auteurs soulignent la faible taille de leur échantillon (12 épisodes dépressifs avec caractéristiques psychotiques selon le D.S.M. III), avant de conclure à l'appartenance très probable des dépressions tardives délirantes au groupe des épisodes dépressifs majeurs, dont elles constitueraient un sous-type.

B.S. Meyers et R. Greenberg (1986) trouvent dans leur échantillon de 161 dépressifs tardifs, dont 45 % présentent des éléments délirants, un âge de début plus tardif pour ce dernier sous-groupe. Ils soulèvent par ailleurs le problème de savoir s'il ne faudrait pas prendre en compte la congruence humeur-délire qui pourrait faire apparaître un groupe de pathologies schizoaffectives (délire non congruent à l'humeur) face à un groupe plus dépressif. Dans l'attente d'études ultérieures, les auteurs considèrent l'ensemble des dépressions tardives délirantes comme faisant partie du groupe plus vaste des dépressions majeures.

Les deux abords différents du problème ne doivent pas faire croire à leur antinomie :

- Les auteurs postulant pour une séparation délire-dépression ont travaillé sur des groupes de personnes âgées présentant un délire, et notent dans leurs échantillons la présence de patients pour lesquels le délire représente un élément symptomatologique d'une dépression. Dans un but thérapeutique évident, il est donc primordial pour ces auteurs de souligner les différences psychopathologiques de ces délires tardifs.

- L'idée que le délire constitue un critère de gravité de la dépression se situe sur un tout autre plan. Les échantillons sélectionnés correspondent alors à des

groupes de patients présentant d'emblée une symptomatologie dépressive qui, s'enrichie d'éléments délirants, serait de mauvais pronostic.

F. Post, qui a étudié la pathologie de l'âge, tantôt du point de vue de la dépression (1972), tantôt du point de vue de la "réaction schizophrénique" (1967), conseille ici d'adopter une "position naïve", rendant compte des tableaux cliniques. Ainsi, il soutient que, compte tenu du petit nombre de patients âgés devant avoir recours à la psychiatrie, et ce malgré la survenue d'événements de vie souvent comparables, on ne peut admettre ni la notion de dépression réactionnelle pure, ni celle de dépression endogène pure : il s'agit de l'action d'un facteur déclenchant sur une personnalité, personnalité qui va ultérieurement influencer sur la symptomatologie. De même, il devient illusoire de séparer cette pathologie en dépression délirante ou non, tous les degrés du délire seul à la dépression seule peuvent se rencontrer. L'auteur défend donc ici l'hypothèse d'un véritable continuum symptomatologique, le clinicien devant écouter et surtout entendre le patient sans idée théorique préconçue.

2. Idées délirantes et troubles cognitifs

Depuis maintenant plus d'un siècle que la psychiatrie existe, les démences séniles, accompagnées de leur cortège de troubles cognitifs, mnésiques, comportementaux, ont été largement individualisées. Très tôt également ont été décrites des démences délirantes par des auteurs comme Kraepelin ou Seglas. Le délire trouve naturellement sa place dans cette pathologie, où, selon ces premières théories, il a pour rôle de combler les "trous de mémoire", permettant à la pensée de retrouver un lien indispensable.

Plusieurs questions émergent rapidement du fait de cette comorbidité délire-démence :

Y-a-t-il un lien de causalité entre les deux pathologies ?

Si ce lien existe, la démence précède-t-elle le délire, les troubles cognitifs favorisant alors son émergence ?

Existe-t-il des délires spécifiques de cet état ?

Enfin, quel est le rôle du délire dans ces états démentiels ?

Cité par F. Fish (1960), Mayer s'est penché, dès le début du siècle (1921), sur le problème de cette polypathologie : Il a retrouvé la plus grande partie du groupe de paraphrènes isolés par Kraepelin, en a réétudié la clinique, et a fini par conclure à leur évolution démentielle quasi inévitable. Cependant, nous pouvons souligner ici différents biais qui rendent cette étude actuellement mal exploitable : les "paraphrènes" de Kraepelin étaient pour la plupart des adultes, non des personnes âgées ; certains patients seraient certainement aujourd'hui classés dans le groupe des schizophrénies.

Dès 1955, M. Roth fait remarquer, dans son échantillon de 450 sujets, qu'en terme de mortalité, les paraphrénies tardives ont à peu près la même espérance de vie que les patients souffrant de troubles affectifs, espérance de vie bien supérieure à celle des déments. Ce constat lui permet de conclure à l'indépendance des deux troubles, d'autant qu'aucun cas de délire bien structuré n'a eu, dix ans plus tard, d'évolution démentielle.

Reprenant ce même travail, D.W.K. Kay et M. Roth (1961) concluent de leur suivi qu'il existe peu de lésions organiques cérébrales à l'origine de délire, que la présence concomitante d'une démence semble fortuite ou pourrait jouer un rôle en augmentant la vulnérabilité à la maladie mentale, d'une façon encore inconnue. 12 % de leurs cas de paraphrénie tardive ont évolué vers un état d'appauvrissement cognitif qu'il est difficile de séparer des effets de l'âge dans la huitième ou neuvième décade, d'éléments confusionnels surajoutés, des effets de la désafférentation sensorielle. Par ailleurs, le groupe étudié montre dans les causes de mortalité une fréquence d'environ 10 % d'accidents vasculaires cérébraux, ce qui correspond à leur incidence dans la population générale. Les causes de décès sont en fait totalement superposables à celles retrouvées dans la population.

Pour J.J. Burgermeister (1970), cette démonstration permet de conclure à la relative indépendance des délires et démences dans le grand âge.

C'est également l'opinion de F. Post, pour lequel ces deux entités sont indépendantes, et leur coexistence fortuite. Quelques facteurs étiologiques communs peuvent cependant expliquer l'existence des quelques cas constatés.

En fait il nous semble que ces conclusions, qui vont à l'opposé de nos expériences cliniques, sont explicables partiellement par l'utilisation intempestive du terme de délire. Chez le dément, ainsi que le soulignent M.

Roth et J.D. Morrissey, le délire est fréquemment marqué par son caractère transitoire, non systématisé, fluctuant. Suivant en cela J.C. Dias Cordeiro, il nous semble donc plus juste de parler d'idées délirantes, ou d'état délirant chez des sujets présentant des troubles cognitifs.

Le rapport chronologique des deux pathologies a été longuement étudié par J.C. Dias Cordeiro (1970). L'auteur décrit trois cas cliniques : la démence précède l'état délirant dans un de ces cas, elle en est postérieure dans un autre cas, enfin elle est contemporaine de l'apparition du délire chez le troisième sujet. Pour l'auteur "les thèmes délirants associés à un état démentiel suivent l'évolution de l'activité idéïque générale, dans le sens d'un appauvrissement du contenu et d'un affaiblissement de la structure". Le délire antérieur aux troubles cognitifs est remarquable par son organisation, la conviction qui l'accompagne, son sens du détail, le tableau clinique s'appauvrissant peu à peu. Sur fond démentiel préexistant, le délire apparaît "transitoire, changeant, parfois puéril", visiblement fonction du degré de la désorganisation démentielle.

C'est aussi la position défendue par J.J. Burgermeister (1970), qui constate la moindre fréquence des délires précédant la démence. L'altération intellectuelle primitive, d'origine vasculaire ou dégénérative est, par contre, fréquemment accompagnée de délire, "ou mieux d'idées délirantes". Pour l'auteur, on est en droit en effet de mettre en doute la notion de délire chez des sujets dont "le jugement affaibli ne permet pas la correction d'idées fausses".

Pour J.M. Léger et J.P. Clément également (1991), l'affaiblissement intellectuel peut au début être à l'origine de l'émergence d'idées fausses qui ne peuvent être perçues comme telles par le sujet ; on assistera plus tard à une diminution de ces productions délirantes puis à leur disparition, lors de l'accentuation des troubles cognitifs. Le rôle psychopathologique de ces "idées fausses" n'est pas à négliger, mais doit être interprété en fonction de la personnalité du sujet et de ses interactions avec l'entourage. Lors d'atteinte moyenne des capacités cognitives, le délire se présente surtout comme la dernière production possible pour l'appareil psychique. Enfin, lors d'altération moyenne des mécanismes de pensée, peuvent apparaître des états délirants peut-être plus spécifiques, l'appareil psychique parvenant encore à construire une néoréalité malgré la désafférentation cognitive.

C'est bien là ce qu'observe G.E. Berrios et P. Brook (1985) sur un groupe de cent personnes modérément démentes. Le délire, qui est observé chez 37 sujets, est flottant, non systématisé. Ce groupe présente par ailleurs quelques caractéristiques communes : les sujets ont généralement moins de troubles cognitifs, la mémoire rétrograde est mieux conservée, ils présentent moins de signes d'apraxie et sont mieux adaptés socialement. Leur mémoire antérograde est aussi dégradée que dans le groupe non délirant. L'auteur en conclut qu'un état mental relativement conservé est nécessaire à l'éclosion et à l'entretien d'un délire, que celui-ci s'appauvrit lorsque les troubles cognitifs s'accroissent et que l'efficacité mentale diminue.

J.J. Burgermeister et al. font ce même constat d'une fragmentation progressive du délire qui suit l'évolution de la détérioration mentale, aboutissant finalement à la disparition totale de ces productions. C'est également partiellement l'opinion de Minkowski : Si le délire est avant tout attribuable à un trouble du jugement, il va peu à peu disparaître ; si au contraire il constitue l'expression idéo-affective d'une structure particulière sous-jacente, les déficits mnésiques laisseront de plus en plus de place à l'expression de ces idées.

Outre l'aspect fluctuant, mal organisé, des délires du dément, il nous semble important de présenter ici un thème qui semble plus spécifique de la pathologie démentielle : il s'agit du "Syndrome du compagnon tardif", qui a souvent été comparé au "compagnon imaginaire" de l'enfant, problème abordé par A. Freud dans "Le moi et ses mécanismes de défense". Cette notion a été reprise par J. De Ajuriaguerra, appliquée à des vieillards désafférentés socialement et sensoriellement, lors d'états confuso-oniriques, ou chez des déments séniles. Il s'agit ici de la re-création d'un espace affectif familial par un délire imaginatif ou hallucinatoire qui replace à côté du sujet un être aimé (parents, conjoint...).

Pour J.C. Dias Cordeiro (1970), qui en décrit quelques cas, le Syndrome du compagnon tardif représente une véritable "réalisation hallucinatoire du désir", désir d'une présence chaleureuse, qui les accompagne. A un stade plus tardif, le support physique d'une personne de l'entourage devient indispensable, entraînant fausses reconnaissances et prosopagnosie. Ce stade de compagnon tardif laisse ensuite la place à un stade d'objet "non animé", objet concret surinvesti.

"Tout se passe comme si la détérioration somatopsychique rendait de plus en plus nécessaire la constitution d'une relation à un objet de plus en plus narcissique" (J.M. Léger et al., 1989). Puis cet objet concret va disparaître, marquant la perte d'objet psychique, et ne laissant au sujet qu'un comportement exclusivement moteur, stéréotypé, vide de sens. Ce type de délire bien caractérisé ne se retrouve pas exclusivement lors de démences : on peut également en voir l'apparition lors de désafférentations majeures, d'épisodes confusionnels ; sa régression est alors possible. Il n'en reste pas moins que ce délire, lorsqu'il passe à la chronicité, est très vraisemblablement un des premiers signes d'une démence dont il constitue un des mécanismes de défense de l'économie narcissique.

En fait, et sans doute cela est-il remarquable dans ce Syndrome du compagnon tardif, il faut noter avec J.M. Léger et al. (1989) qu'un délire survenant chez un dément implique toujours affectivement le sujet, que "les scènes vécues ne sont jamais banales", que l'angoisse qui les accompagne va souvent en maintenir le souvenir.

C'est également le constat de G. Bouckson et al. (1987) qui soulignent la présence de symptômes mixtes "pseudoneurologiques". S. Brion avait déjà noté la fréquence de l'agnosie des visages, de l'apraxie constructive... lors d'épisodes psychotiques émaillant l'évolution de la démence, cependant l'abord purement neurologique explique mal une prosopagnosie ne s'appliquant qu'à quelques personnes de l'entourage, ou des troubles praxiques n'intervenant que lors de certaines activités. Ainsi le cas de cette patiente, hospitalisée en milieu psychiatrique par son fils préféré, qu'elle ne peut plus reconnaître, alors qu'elle reste capable de distinguer sans difficulté ses autres enfants ; ou ce monsieur qui méconnaît sa femme lorsqu'elle vient le voir, mais la situe parfaitement sur une vieille photo datant du début de leurs amours... Tout se passe donc comme si "cette involution démentielle laissait au sujet une marge de fantaisie affective dans une zone restante de flou cognitif où se situent les troubles psychotiques".

On peut tenter également de comprendre ces inégalités cognitives par l'hypothèse qu'existeraient des mémoires différentes : une "mémoire purement cognitive" détentrice des connaissances, et une "mémoire émotionnelle" plus affective, et qui persisterait plus longtemps. Ainsi la perte de la capacité de dire, de faire, pourrait laisser la place à un mode d'expression psychotique permettant au dément d'exprimer les frustrations affectives actuelles.

Pour M. Perruchon et G. Le Goues, l'élément pulsionnel reste également un des derniers "moteurs" du dément. S'inspirant du modèle génétique de la pensée décrit par A. Green, les auteurs nous présentent celle-ci comme un système d'emboîtements successifs, où chaque élément intègre celui qui le précède ; ce modèle peut être ainsi schématisé : "Soma -- pulsion -- affect -- représentation de chose -- représentation de mots -- pensée réflexive". Il va de soi que, dans la démence, les derniers étages de cette chaîne évolutive, "témoins de l'intrication pulsionnelle", ne sont plus guère opérationnels, que la pensée réflexive et les représentations de mots sont perdues. D'où les difficultés du dément à établir des opérations de liaisons indispensables à l'activité "cogitative". "En fait, la psyché semble s'aplatir en retournant de plus en plus vers ses origines corporelles ou sensorielles et ceci au fur et à mesure des progrès de la démentification".

Toutefois, si une pensée au sens propre du terme ne peut plus exister, persiste une "pensée rudimentaire voire embryonnaire" liée au principe de plaisir, sorte de "pensée - non pensée" que l'on retrouve lors de certaines activités psychiques telles les hallucinations. Comparable en cela à l'enfant dans sa satisfaction hallucinatoire, le dément retourne à cette activité psychique primaire, régie par la loi plaisir-déplaisir. "Désirer a dû être d'abord un investissement hallucinatoire du souvenir de la satisfaction" (S. Freud, "L'interprétation des rêves"). Le dément, qui n'a plus accès à la pensée, "ce substitut du désir hallucinatoire", retourne donc à ce mode primaire d'élaboration qu'est l'hallucination.

Il semble bien donc que l'hallucination et le délire soient pour le sujet une des dernières modalités possibles de décharge pulsionnelle, permettant à travers ces processus primaires l'expression d'une vie affective encore riche bien qu'entravée dans ses manifestations.

3. Idées délirantes et confusion

Si les premiers symptômes d'une démence débutante peuvent prendre la forme d'un épisode psychotique, il n'est guère plus aisé parfois de séparer délire tardif et état confusionnel.

Ainsi que le souligne J.C. Dias Cordeiro, de nombreuses atteintes somatiques du sujet âgé tels les états infectieux, les insuffisances cardiaques ou pulmonaires, les troubles circulatoires, s'accompagnent fréquemment d'une

altération de la conscience. Cette relative perte de contact avec la réalité pourrait être un facteur facilitant l'émergence de l'onirisme, de la fabulation, des fausses reconnaissances. La dissolution de la conscience permet alors la libération de l'inconscient et de la vie fantasmatique, d'où la possible apparition de délire sur fond de trouble de vigilance. Ceux-ci présentent cependant quelques caractéristiques, notamment la présence d'illusions, d'hallucinoses, d'hallucinations plurisensorielles, du polymorphisme et de la discontinuité des thèmes, de l'incohérence, de la critique partielle épisodique fluctuant selon le niveau de vigilance. Ces "psychoses symptomatiques" peuvent cependant trouver des expressions diverses, autres que le délire.

K. Schneider préférait utiliser le terme de "psychose aiguë de base somatique" dissociant ainsi l'étiopathogénie et la symptomatologie du trouble, et soulignant par là la possible autonomisation de l'état psychotique. Celui-ci peut en effet persister, s'intégrer dans la personnalité du patient bien après la disparition de l'état somatique qui l'a provoqué.

J.M. Léger et al. (1989, 1991) établissent également une scission entre état confuso-onirique, le bouleversement de la conscience expliquant l'émergence de thèmes délirants, et le délire tardif proprement dit, qui correspond à une élaboration nouvelle cherchant une cohérence entre affectivité et monde extérieur. Le type de l'épisode confusionnel est représenté ici par le syndrome du bandeau, où la perte d'informations sensorielles est brutale, non compensée. S'il faut savoir rechercher activement une pathologie organique à l'origine de cet état, on notera cependant que la preuve d'organicité n'est pas toujours faite dans ces états confusionnels de l'âge, chez lesquels ils peuvent survenir lors de crise existentielle. Certaines formes de transitions peuvent également exister, l'épisode confuso-onirique laissant alors la place à un délire pauvre, sous forme d'idées fixes ou d'images résiduelles post-oniriques.

Une étude de Koponen et al. portant sur 70 patients de plus de 60 ans et présentant un état confusionnel à leur admission, montre la présence d'un facteur déclenchant somatique dans 87 % des cas. Les autres cas résultaient de traumatismes psychologiques sévères. 50 % des patients ont eu une évolution satisfaisante avec résolution totale de l'épisode. 26 décès ont été constatés durant le suivi d'un an ; huit personnes ont manifesté une altération progressive de leurs capacités cognitives, évoluant progressivement vers un état démentiel. Enfin, un dernier patient présentait un tableau de "psychose fonctionnelle" un

an après l'épisode confusionnel ; ce cas, pour isolé qu'il soit, ne paraît donc pas exceptionnel.

On le voit, la scission des deux pathologies n'est pas toujours très claire ; les "psychoses aiguës d'origine somatique" de K. Schneider sont sans doute à l'origine de certains délires tardifs, véritables psychoses chroniques d'origine somatique, dont l'étiologie première a été oubliée. Il semble bien qu'aucun signe sémiologique, si ce n'est l'origine organique patente, ne puisse clairement départager ces deux états chez un sujet âgé ; le critère évolutif reste sans doute l'élément le plus probant permettant de poser un diagnostic rétroactif.

D. Etude entreprise

1. Méthodologie et définitions

S'inspirant des différentes études publiées sur les des délires tardifs, ce projet se donne pour but d'envisager ceux-ci dans leur finesse sémiologique, et de situer les patients dans leurs particularités sociologiques et psychopathologiques. Autrement dit, existe-t-il des personnes âgées particulièrement prédisposées à ce type de pathologie, et si un tel groupe existe, comment se définit-il ?

La définition du terme "délire" qui nous servira de cadre d'étude est celle de Henri Ey : Il s'agit "d'expressions noétiques (idées, conceptions, jugements) constituant les thèmes d'un bouleversement vécu dans et par le trouble des activités de la conscience qui assurent généralement et normalement l'exacte appréhension de la réalité".

La population étudiée consiste en un groupe de 23 personnes admises au C.H.S. Esquirol à Limoges du 1er Octobre 1991 au 30 Avril 1992. Toutes étaient âgées de plus de 60 ans et présentaient des idées délirantes ; elles n'avaient aucun antécédent psychiatrique, à l'exception d'un cas aux antécédents dépressifs marqués. Nous aurons ultérieurement l'occasion d'en discuter. Les épisodes confusionnels sont exclus compte tenu de leur caractère aigu ou subaigu, et de leurs causes fréquemment organiques.

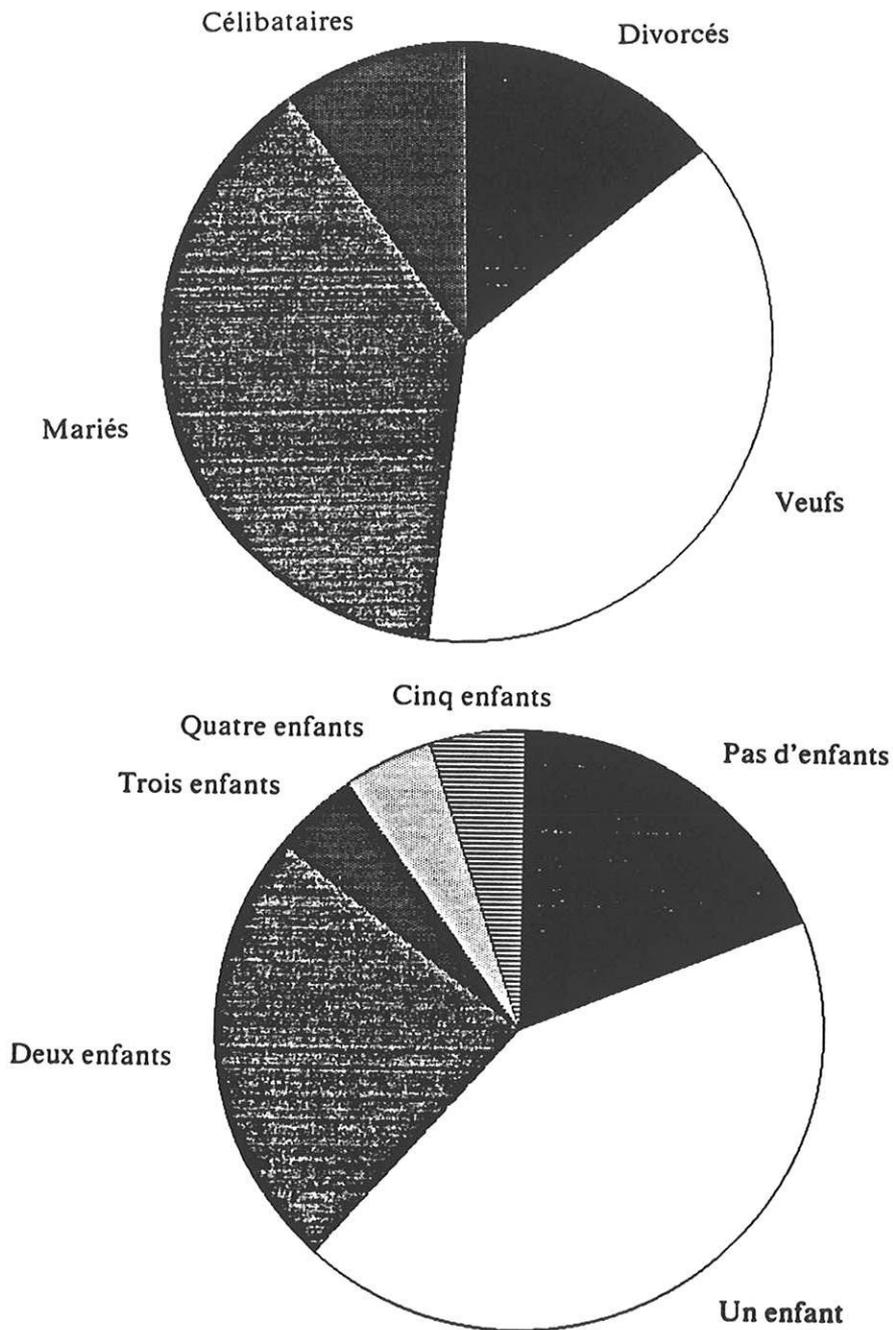
Afin de colliger cette population, la collaboration de tous les médecins du C.H.S. Esquirol a été requise par courrier (cf. Annexes). Leur coopération

nous a semblée bonne puisqu'elle nous a mis en contact avec tous les psychogéiatres du C.H.S., principalement intéressés par l'étude. Nous tenons ici à les en remercier.

Nous avons eu un entretien d'environ deux heures avec chaque patient signalé à notre attention, et répondant bien aux critères d'âge et d'absence d'antécédents psychiatriques. Dans ce groupe, deux patients ont été exclus compte tenu de l'absence de thématique délirante dans leur discours. Vingt et un patients ont donc été retenus. L'entretien était semidirectif ; les informations recueillies peuvent être classées en quatre catégories différentes :

- Le premier groupe de critères réunit quelques connaissances définissant le patient dans sa vie sociale, ses handicaps sensoriels, ses antécédents médicaux ; cette grille comporte les paramètres suivants : Sexe, âge, notion d'isolement ou non dans le cadre de vie domiciliaire ou institutionnel, richesse ou non de l'entourage affectif, statut socio-économique, statut marital, nombre d'enfants, notion de cécité ou d'hypoacousie, antécédents notamment neurologique, cardio-vasculaire et d'éthylisme.
- Les patients sont secondairement évalués à l'aide de quatre échelles différentes : Mini Mental Status de Folstein (M.M.S.) et échelle de Reisberg afin d'évaluer une altération cognitive, échelles de dépression et d'anxiété de Hamilton permettant une gradation des troubles de l'humeur et de l'anxiété (cf. annexe).
- L'analyse des idées délirantes se fait par différents critères : notion d'événement déclenchant, quel qu'il soit, et possible imputabilité, délai séparant les premiers symptômes de la date d'hospitalisation, thèmes prévalents et accessoire du délire, mécanisme des idées délirantes, richesse et organisation du délire, conviction qui s'y attache, réticence à le communiquer, enfin notion de personnalité antérieure pathologique.
- Le recueil des données comprend enfin la rédaction du discours du patient lors de l'entretien libre, moment fructueux entre tous pour la plupart des rencontres, car s'y révèlent spontanément les préoccupations essentielles du moment, la relation à la réalité, le rythme propre du sujet âgé.

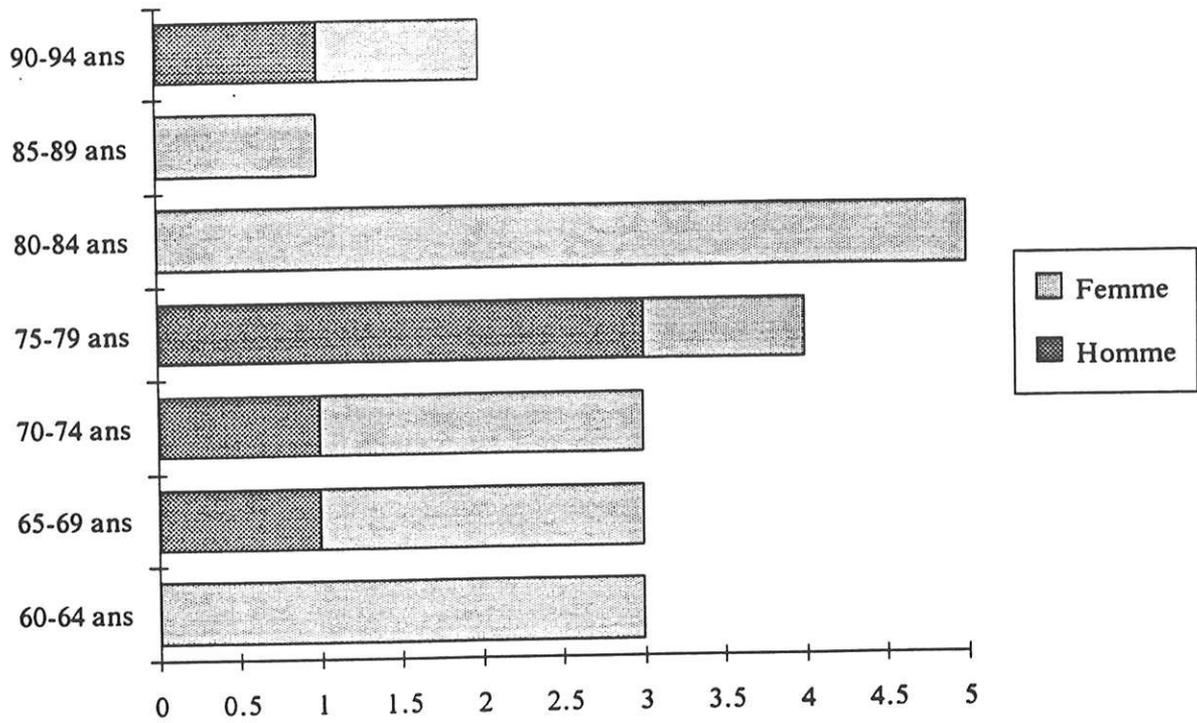
Les schémas du statut marital et du nombre d'enfants de notre échantillon se présentent ainsi :



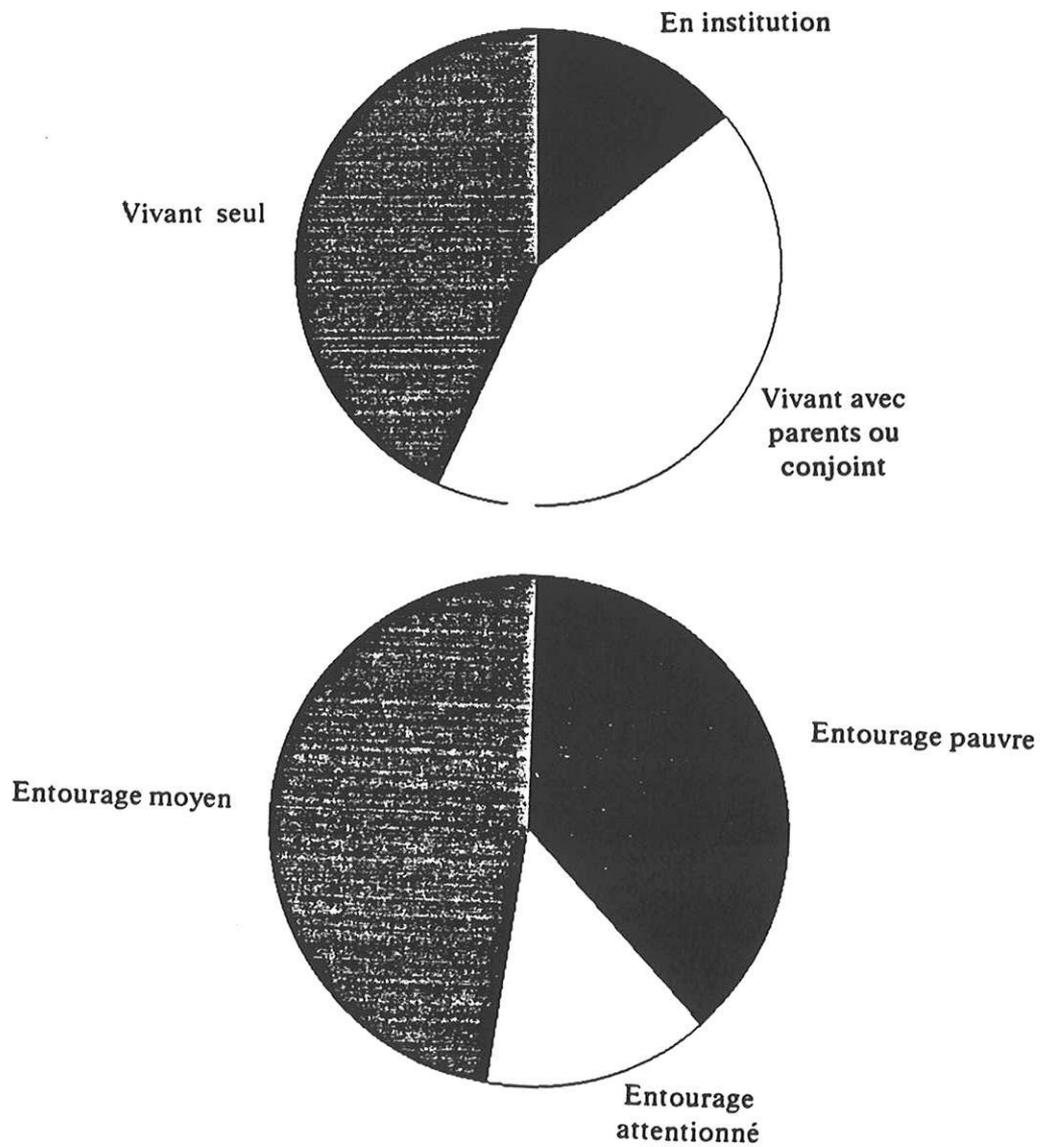
2. Résultats

Les caractéristiques démographiques (âge et sexe) du groupe des 21 sujets est bien conforme aux résultats obtenus par les différents auteurs :

- La moyenne d'âge est de 75,7 ans (écart type : + 9,37).
- L'échantillon regroupe six hommes (âge moyen : 77 ans) et quinze femmes (âge moyen : 75,2 ans).



Concernant le cadre de vie et l'entourage affectif, la situation de ces 21 patients peut se représenter ainsi :



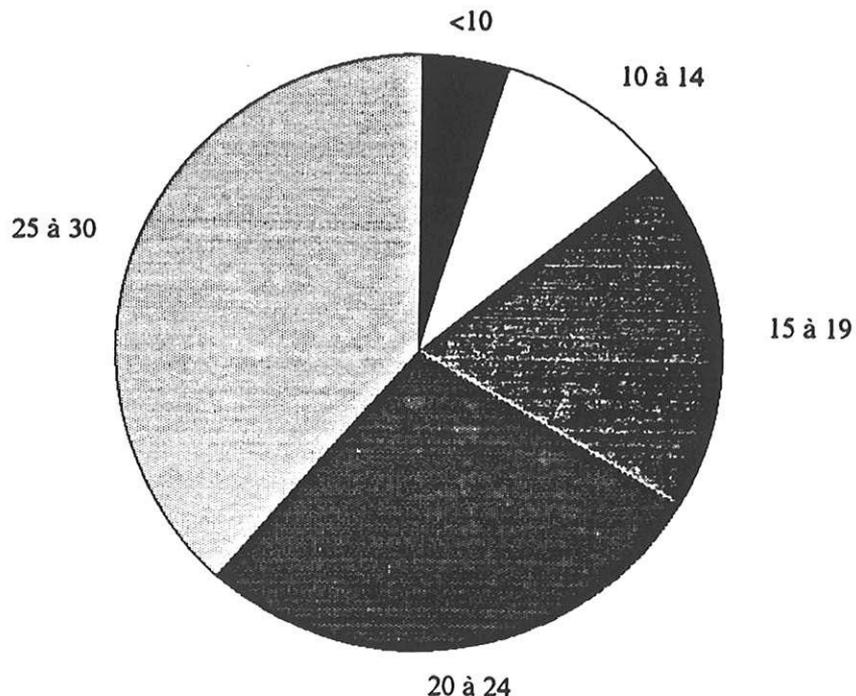
les antécédents médico-chirurgicaux et handicaps sensoriels se présentent ainsi

Cécité		Hypoacousie		Ethylisme		Antécédent neurologique		Antécédent cardiovasculaire	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
28,5%	71,5%	38,1%	61,9%	14,3%	85,7%	23,8%	76,2%	71,4%	28,6%

Seuls les antécédents cardiologiques et neurologiques sont retenus ici compte tenu de la faible représentation d'autres pathologies. On peut souligner ici la fréquence remarquable des antécédents cardiovasculaires, très variables, il est vrai, dans leur nature (infarctus du myocarde, trouble du rythme, artérite, hypertension artérielle...). A noter qu'une seule patiente, âgée de 92 ans, présentait à la fois un handicap visuel et auditif.

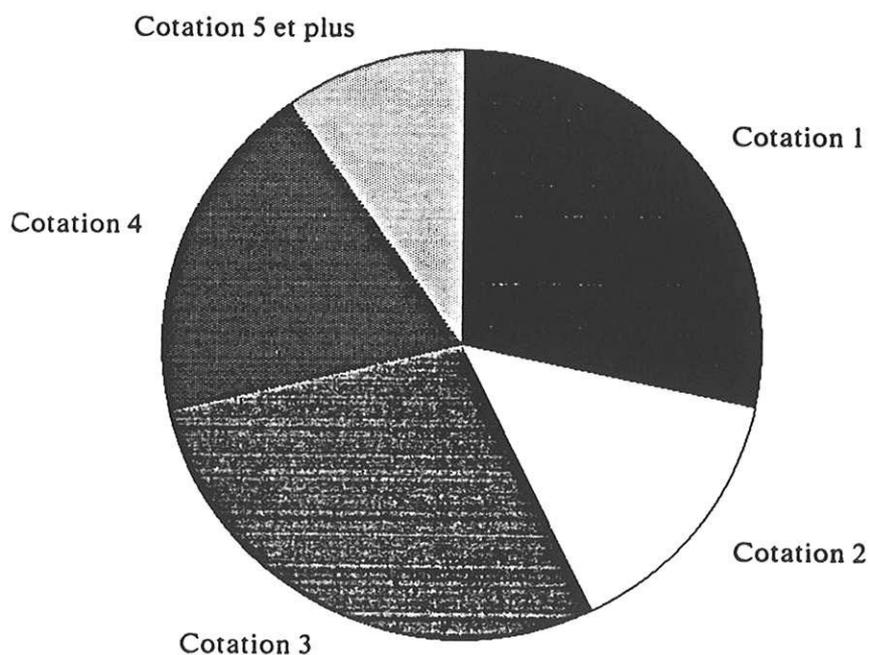
Les différentes échelles réalisées montrent la répartition suivante :

- Mini Mental Status de Folstein :



On remarque que la seule patiente ayant un score inférieur à 10 au M.M.S. avait présenté la veille un accident vasculaire cérébral. Le score antérieur à cette ischémie était de 27. D'autre part ce test contient des items impliquant la lecture et l'écriture : les patients handicapés par des troubles de la vue n'ont donc pas pu passer l'intégralité du test.

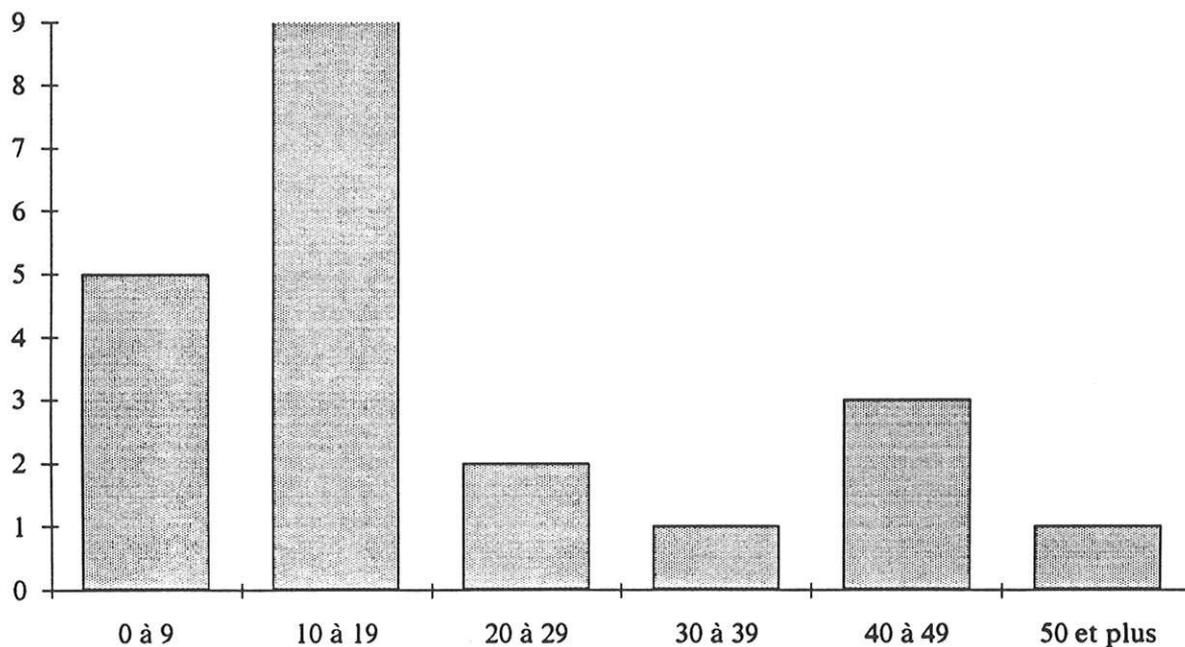
- Echelle de Reisberg : Cette échelle nous permet par la quantification des altérations cognitives de réévaluer les patients de ce point de vue, notamment ceux présentant un handicap sensoriel. Par ailleurs, la cotation établie de 1 à 7 fixe un seuil (cotation 5 et plus) à l'entrée dans la pathologie démentielle. La collaboration des équipes infirmières a été requise pour cette cotation, certains items concernant les performances des patients lors de tâches usuelles. Les cotations 6 et 7 n'ont jamais été utilisées.



- L'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton nous a permis la visualisation de trois sous-groupes : Le premier d'entre eux (score de 0 à 9) réunit 33,33 % des patients, guère entravés dans leur vie quotidienne par cette anxiété. Le deuxième sous-groupe (score de 10 à 19) représente l'ensemble des patients manifestant une anxiété sensible ; il se chiffre à 42,86 % du groupe initial. Enfin, 23,81 % des sujets ont un score supérieur à

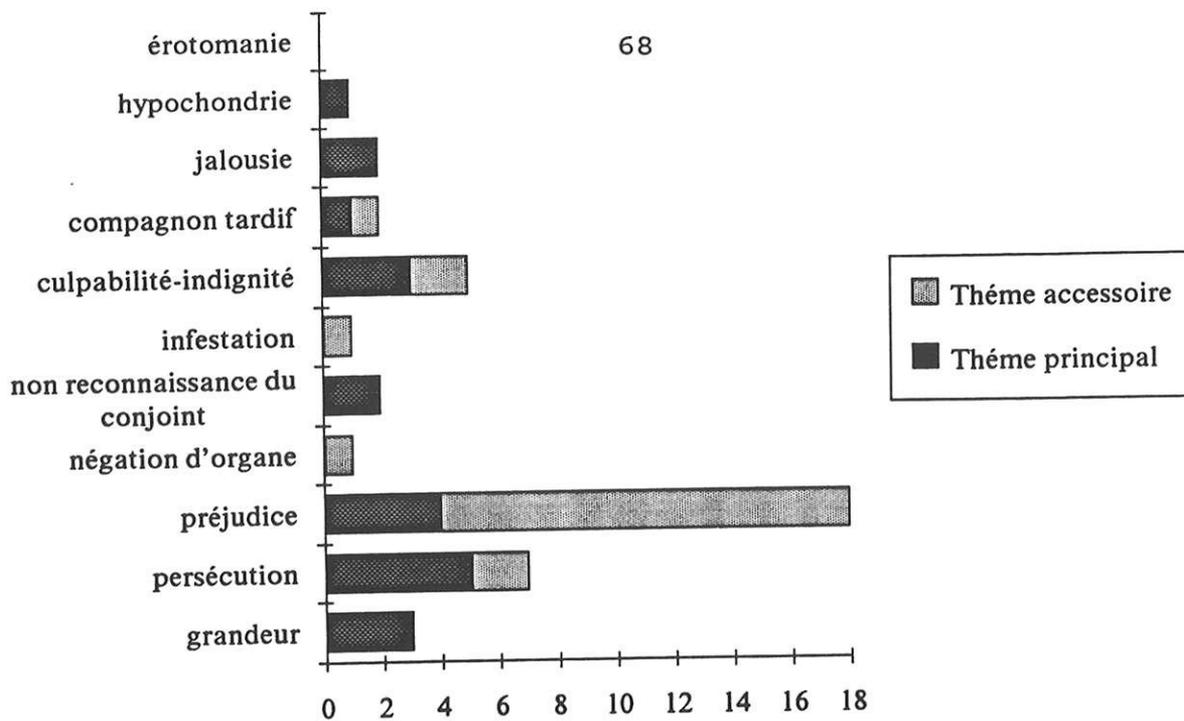
20, entravant manifestement leurs activités actuelles notamment psychiques.

- L'échelle de dépression de Hamilton, plus communément utilisée pour le suivi d'un épisode dépressif chez un même patient, nous permet cependant une évaluation moyenne de la thymie de chaque sujet.

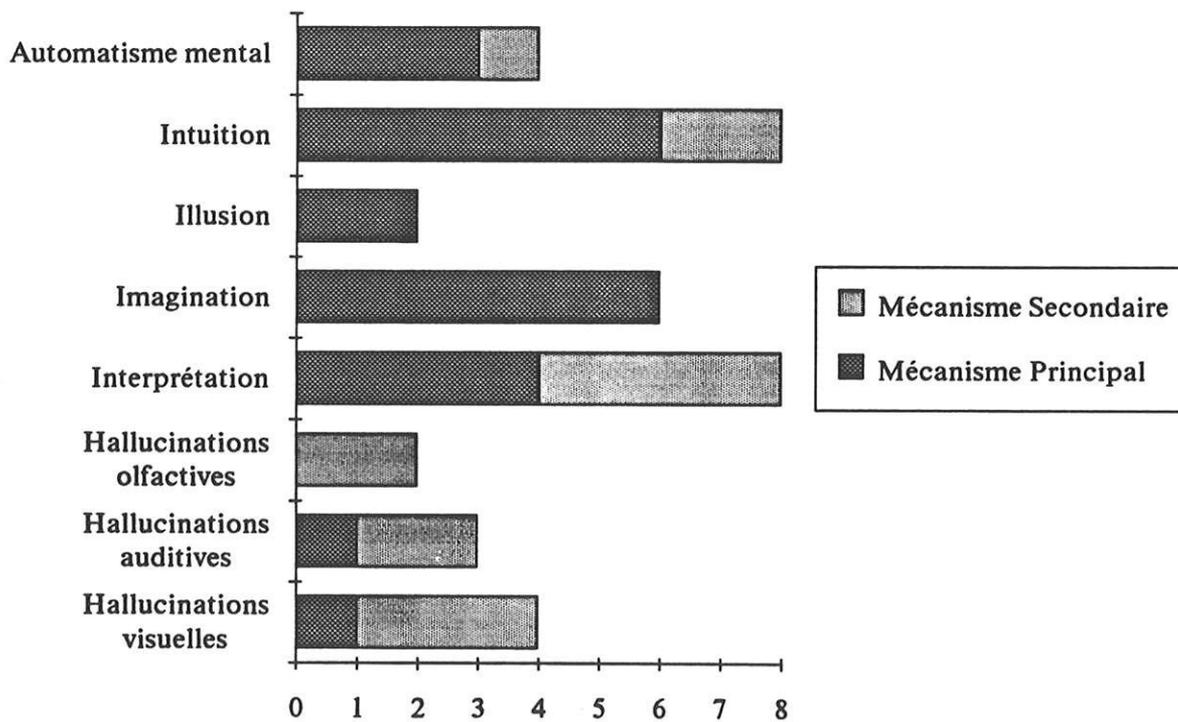


Il semble donc que des éléments de la lignée dépressive sont retrouvés chez plus de 2/3 des patients, 1/3 manifestant des signes francs de dépression, ce qui est souvent mal perçu cliniquement.

Les thèmes des délires, au nombre de 11, ont été pondérés d'un certain poids : en effet, nous avons rapidement remarqué la fréquence de cohabitation des différents thèmes, l'un étant manifestement prépondérant, les autres plus accessoires.



Les mécanismes du délire ont également subis cette pondération, l'émergence du délire étant rarement univoque. L'histogramme s'organise donc ainsi :



Les caractéristiques se rapportant à la richesse et à l'organisation du délire se présentent ainsi :

Délire très riche : 23,81 %

Délire moyennement riche : 47,62 %

Délire pauvre : 28,57 %.

Enfin parmi les derniers critères, les notions de conviction, de réticence, de personnalité pathologique, ont été retenues et peuvent être schématisées comme suit :

Conviction absolue : 90,48 %

Existence d'un doute : 9,52 %

Réticence manifeste : 28,57 %

Réticence absente : 71,43 %

Personnalité pathologique : 28,57 %

Personnalité non pathologique : 71,43 %.

Pour les six sujets présentant des personnalités pathologiques, nous comptons 2 personnalités narcissiques, un paranoïaque, un schizoïde, un schizotypique et un dépendant (critères D S M III R).

De ces quelques tableaux, il ressort déjà quelques remarques intéressantes :

D'une part, la population décrite présente bien les caractéristiques précédemment retrouvées par différents auteurs :

Si l'âge est sensiblement égal (moyenne d'âge à 75,7 ans) à la moyenne générale retrouvée par Pelletier et Oppenheim (71,6 ans), la représentation masculine semble ici nettement supérieure (25 % contre 15 % dans cette précédente étude).

Avec environ 40 % de patients pauvrement entourés, vivant de façon isolée, on retrouve bien le pourcentage moyen (40 à 60 %) noté chez différents auteurs.

De même les déficits sensoriels, qui avaient montré leur surreprésentation dans des études antérieures, correspondent bien ici aux estimations précédemment faites : Le handicap visuel a une fréquence de 28,5 %, pour une évaluation antérieure de 15 à 48 % ; l'hypoacousie, présente dans 38 % des cas, était estimée de 25 à 40 % par différents auteurs.

Par ailleurs, si au sein du groupe les mariages n'ont pas été, comme on pouvait s'y attendre, particulièrement tardifs, les divorces (14,3 %) sont relativement

nombreux compte tenu de l'âge actuel de nos patients. Le nombre d'enfants moyen par couple est de 1,5, ce qui reste remarquablement bas rapporté à la natalité moyenne des années 1935-1955.

L'ensemble de nos patients a eu une adaptation socioprofessionnelle satisfaisante, malgré la présence de personnalité pathologique chez environ 28 % d'entre eux, ce qui est plutôt inférieur aux pourcentages habituellement avancés (44 à 95 %).

Les événements à l'origine de l'éclosion de ces délires sont fréquents (66,6 % des cas), plus fréquents que lors d'études antérieures (25 à 50 %). Ces événements peuvent être ainsi subdivisés :

- Un conflit familial était à l'origine de la décompensation dans trois cas ; parmi ces trois cas, des problèmes d'argent avaient déterminé la crise dans deux cas.
- Des décompensations somatiques avaient précipité l'épisode délirant dans cinq cas : Il s'agissait d'une intervention pour cholécystectomie, d'une rectorragie, de l'accentuation d'une artérite et, chez deux sujets, de l'arrêt de leur sexualité.
- Un départ en retraite.
- Un conflit avec le voisinage.
- Le changement de lieu de vie était impliqué lors de deux décompensations.
- Dans deux cas le décès d'un proche semblait à l'origine de la décompensation.
- Enfin, une vieille femme de 92 ans expliquait ses troubles actuels par le décès de son petit chat.

Peu d'études rapportent la sémiologie des idées délirantes du troisième âge. Cependant, nous référant à l'article de Pelletier et Oppenheim (1987), nous pouvons établir ici quelques éléments de comparaison avec leur échantillon de 84 patients :

Compte tenu de la dispersion des thèmes délirants dans notre échantillon de patients, il nous a semblé intéressant de définir, pour chacun d'eux, un thème

principal puis un thème secondaire ; on a déjà noté, à travers l'histogramme de la thématique délirante, la fréquente présence des éléments persécutifs, bien souvent représentés en thème accessoire.

Si l'on reprend le tableau établi par Pelletier et Oppenheim (1987), le parallèle peut être ainsi fait :

Thèmes Etude	Etude Pelletier-Oppenheim	Actuelle
préjudiciels	45,7%	42,8%
persécutifs	25%	16,6%
hypocondriaques	13,1%	2,3%
dépressifs	9,5%	14,2%
mégalo-maniaques	4,8%	7,2%
jalousie	2,4%	4,7%

Si notre total n'atteint pas les 100 %, il faut en attribuer l'origine au fait que d'autres thèmes ont été relevés dans notre échantillon : non reconnaissance du conjoint (ou illusion des sosies de Capgras), infestation, syndrome du compagnon tardif.

Par ailleurs, la surreprésentation du vécu persécutoire des deux groupes est ici manifeste.

Procédant de même pour l'analyse des mécanismes délirants, le tableau peut être ainsi établi :

Mécanismes	Etude Pelletier-Oppenheim	Etude Actuelle
interprétatifs	40,8%	24,2%
hallucinatoires	36,7%	30,3%
auditifs et intrapsychiques	17,5%	18,7
anesthésiques	11,7%	0
visuels	5,8%	8,26%
olfactifs	1,7%	3,3%
gustatifs	0	0
confabulo imaginatifs et illusionnels	22,5%	45,4%

Si peu de différences sont sensibles pour les mécanismes hallucinatoires, les pourcentages s'inversent totalement entre les interprétations, retrouvées comme largement prédominantes par Pelletier et Oppenheim, et les mécanismes confabulo-imaginatifs ou illusionnels qui sont, pour nous, au premier plan.

Soulignons enfin que la systématisation, également étudiée par ces auteurs, semble à peu près équivalente dans les deux groupes : 75 % d'absence de systématisation dans leur échantillon, contre 85 % dans notre groupe.

Munis de ces diverses données, et tentant d'établir l'existence de diverses populations parmi nos sujets, nous nous sommes efforcés d'établir quelques corrélations :

- Les sujets plus isolés socialement sont-ils plus déprimés ?

- Les altérations cognitives peuvent-elles appauvrir le délire ?
- Les personnalités pathologiques ont-elles un entourage plus pauvre que les autres ? Les événements déclenchants sont-ils plus rares chez celles-ci ? Le délai avant hospitalisation est-il allongé chez elles ?
- La conviction absolue dans le délire permet-elle d'atténuer l'angoisse ?
- La solitude ou les troubles sensoriels peuvent-ils favoriser l'émergence de thème de préjudice ?
- Existe-t-il des concordances thèmes-mécanismes du délire ?...

Au total, il semble difficile de vouloir individualiser une ou des populations, plus exposées à ce trouble mental, ou présentant quelques caractéristiques sémiologiques particulières ; deux corrélations nous ont semblé cependant devoir retenir l'attention :

Parmi les sujets présentant des troubles antérieurs de la personnalité, la réticence d'expression du délire est notablement plus importante que chez les autres patients, soulignant le renforcement de ce mode défensif.

D'autre part, on note qu'existe une corrélation entre l'âge du sujet et la notion d'événement déclenchant : plus le sujet vieillit, moins on retrouve de facteurs précipitant l'épisode délirant. L'hypothèse que l'on peut avancer pour rendre compte de ce phénomène est celle d'une plus grande fragilité du sujet très âgé : chez celui-ci, le moindre événement, dont le souvenir, souvent, ne persiste pas, pourrait entraîner une décompensation, tandis qu'une personne plus jeune, et donc moins fragile, ne voit son équilibre psychique bouleversé qu'à l'occasion d'événements graves, permettant de plus une certaine "justification" de leurs troubles.

Si l'on veut dessiner le portrait du délirant du troisième âge, on obtiendra finalement cette description : Il s'agit d'un sujet d'environ 70 à 75 ans, vivant de façon plutôt isolée, au handicap visuel et/ou auditif fréquent. Il ne présente guère d'altération cognitive, a des antécédents cardiovasculaires (également retrouvés par Pelletier et Oppenheim) ; son délire, éclos après quelque "événement de vie", reste flou, mal structuré, s'enrichit d'une thématique dépressive, et est marqué d'un vécu persécutif mal défini.

3. Commentaires et problèmes rencontrés

Nous tenons, avant d'aborder ce paragraphe dans le détail, à souligner d'emblée le principal écueil auquel nous nous sommes heurtés lors de l'analyse générale de cette population, qui est, comme on s'en doute, la taille réduite du groupe des patients. Certes, cet inconvénient n'a pas empêché de trouver quelques corrélations au sein de notre échantillon, mais celles-ci restent statistiquement non significatives. D'autre part, quelques hypothèses formulées qui semblaient manifestement intéressantes n'ont pu être validées numériquement du fait du petit nombre de patients. Nous ne reviendrons pas sur cet inconvénient majeur qu'il faut cependant garder à l'esprit.

a) Problèmes liés à la méthodologie de l'étude :

Le premier biais à souligner ici est certainement celui du recrutement ; les sujets hospitalisés ont, en général, été primitivement adressés au C.H.R.U. de Limoges, et leur transfert en milieu spécialisé a été secondairement organisé compte tenu de leur pathologie. Mais on peut s'interroger sur les motivations de l'entourage lors de l'hospitalisation : s'agit-il de l'initiative d'un voisinage éloigné, constatant l'inadaptation progressive de la personne âgée, ce qui rendrait compte de la plus grande fréquence de sujets socialement isolés ? Ou bien la décision a-t-elle été prise par un entourage plus proche, qui a longtemps interprété certaines idées bizarres du grand-parent comme un des éléments inévitables liés à l'âge, entourage dont le seuil de tolérance, bien qu'élevé, a été atteint ? La verbalisation d'idées délirantes chez l'âgé, tant qu'elle autorise une adaptation sociale correcte (ce qui peut être très variable qualitativement selon l'entourage), n'engendre pas toujours une prise en charge thérapeutique ; l'isolement joue certainement ici un rôle, l'âgé dépendant évoluant dans un milieu relationnel riche va voir ses carences comblées par l'entourage, alors que celles-ci seront tout à fait perceptibles par un entourage moins impliqué ; au phénomène délirant est alors attribué l'origine de cette désadaptation sociale.

Le choix de quantifier la symptomatologie anxieuse, dépressive et la perte cognitive par des échelles nous a paru la plus fiable. Le Mini Mental Status de Folstein, bien qu'imparfait, mal adapté pour les patients souffrant de handicap sensoriel, reste un élément d'appréciation intéressant, compte tenu de son utilisation courante dans les pavillons de psychogériatrie. Il reste un indicateur moyen d'évaluation des fonctions supérieures, ayant plutôt

tendance à sous-estimer celles-ci. L'échelle de Reisberg qui analyse également les troubles intellectuels s'enrichit d'une observation clinique des performances lors de tâches plus ou moins complexes ; cette échelle présente l'intérêt de réévaluer les fonctions cognitives et surtout leur utilisation quotidienne. La cotation 5 (ou plus) de cette échelle, qui marque le seuil de la pathologie démentielle, a été portée deux fois lors de notre étude. Dans l'un des cas, Mme G., la patiente, présente par ailleurs un délire avec non reconnaissance du conjoint, conjoint qu'elle perçoit maintenant comme un personnage masculin ; il est probable, compte tenu d'un M.M.S. à 14, que l'on assiste ici à une authentique démence débutante. Pour Mr T., qui présente un délire de persécution manifeste, accompagné d'éléments dépressifs marqués, ce diagnostic ne peut semble-t-il être porté : la réticence dont il fait preuve durant l'entretien, est un facteur essentiel dont il faut tenir compte puisqu'elle tend à considérablement baisser le score réalisé lors de passations d'épreuves quantifiées des capacités cognitives. Ses réponses lors de la passation du Mini Mental Status sont immédiates, dénuées de toute réflexion, et affirment d'emblée, agressivement, sa méconnaissance.

L'évaluation des déficits sensoriels est également sujette à caution : Si la plupart des sujets sont bien conscients de leurs troubles, il n'en est pas toujours ainsi, et dans quelques cas, on ne peut manifestement prêter foi à leurs assertions :

Mme S., 81 ans, est une petite grand-mère fluette, vive, qui, dès qu'elle est installée dans son fauteuil, nous prie de l'excuser pour sa cécité : "Je ne vous vois pas, j'étais dans le coma, et les yeux ne sont pas bien revenus". L'entretien se poursuit, Mme S. ne semblant guère gênée par ce handicap ; la passation des épreuves de lecture et d'écriture du Mini Mental Status ne lui posent aucun problème, révèlent même des aptitudes bien conservées. Le déficit visuel allégué en premier lieu se révèle partie intégrante de la symptomatologie délirante.

Au contraire Mme L., 61 ans, ne souffre, dit-elle, d'aucun trouble sensoriel : Sa vision est certes légèrement amoindrie depuis quelques années, mais elle a retrouvé la paire de lunettes de son défunt père, ce qui lui assure une bonne vue... Les épreuves de lecture et d'écriture confirment, hélas, la notoire inadaptation de la correction visuelle ainsi réalisée.

Pour les troubles auditifs, il semble que l'estimation par le sujet lui-même soit de caractère plus fiable ; la discussion et surtout l'intensité de voix

nécessaire à son bon déroulement renseignent rapidement sur l'éventuelle présence d'une hypoacousie.

Deux patients ont été explorés mais non retenus dans le cadre de l'étude : Mme D., 66 ans, présentait bien un trouble délirant avec idées de persécution prééminentes, réalisant un tableau de psychose hallucinatoire chronique, mais cette symptomatologie, éclosse vers l'âge de 50 ans, ne pouvait à proprement parler prendre place dans le groupe des délirantes tardifs. Mr G., 70 ans, était suivi pour une dépression consécutive à un accident vasculaire cérébral depuis un an. Quelques jours avant "l'anniversaire" de cette crise, il manifeste dans son discours un vécu persécutif, des troubles de contact avec la réalité. Lors de l'entretien, si la thymie reste franchement dépressive, les idées purement délirantes se sont amendées et Mr G. ne pourra donc être inclus dans notre échantillon.

Ce dernier exemple met l'accent sur le problème de la fluctuation sémiologique de chaque patient, l'observation recueillie le jour de l'entretien ne pouvant avec certitude refléter de façon exhaustive l'ensemble de la symptomatologie présentée. Afin de pallier cet inconvénient, une discussion était ouverte après chaque entretien avec les médecins et l'équipe infirmière, ce qui permettait l'évaluation plus générale du patient. Dans le cas de Mr G., les idées de persécution, présentes à l'admission, avaient rapidement disparu, laissant la place, depuis quelques jours, à un syndrome dépressif isolé.

b) Problèmes liés au sujet âgé :

Notre étude s'est fréquemment trouvée limitée du fait de la fragilité des renseignements obtenus chez l'âgé : La recherche des antécédents personnels a souvent été faite par l'entremise de la famille et consignée au dossier, ce qui nous apporte quelques éléments de certitude. Cependant, si la notion d'antécédents ne fait guère de doute lorsque l'épisode a nécessité une hospitalisation, ce n'est pas toujours le cas ; il devient alors très difficile rétrospectivement de juger du caractère pathologique ou non d'un état que la mémoire familiale et individuelle a peu à peu banalisé. Ainsi, Mr T., âgé de 79 ans, ancien éthylique, qui manifeste lors de l'entretien des idées de préjudice affirmées dans le cadre d'un délire bien organisé. De sa biographie, on retient qu'il a été prisonnier de guerre durant une période mal définie : à son retour, il manifeste de violents sentiments de jalousie envers sa

femme alors enceinte, ce qui aboutit rapidement à un divorce. Peut-on considérer qu'il s'agissait dès lors de manifestations de jalousie pathologique chez une personnalité rigide avec hypertrophie du moi, ou bien cette jalousie se trouvait-elle légitimée par une longue absence de Mr T. ? La réticence manifeste de Mr T. à revenir sur ces événements passés tout au long de l'entretien ne nous permettra guère d'en juger.

De même, la recherche de prédisposition familiale reste très sujette à caution et n'a guère pu être exploitée, les patients se refusant manifestement à faire part d'une telle pathologie dans leur famille.

L'évaluation d'un niveau socio-économique est quasi impossible, chacun jugeant son niveau "moyen". La seule et unique estimation de valeur serait numérique, mais on conçoit bien les réticences du sujet âgé, souvent naturellement suspicieux, et, pour notre groupe, fréquemment persécuté, à communiquer ainsi le chiffre de ses revenus. Cette donnée n'a donc pu être pleinement exploitée.

De même, la recherche d'événements déclenchants reste potentiellement entachée d'erreurs et ce pour plusieurs raisons : Les traits mnésiques peuvent bien entendu en être à l'origine mais d'autres facteurs entrent en jeu. Le sujet âgé peut juger anodins et non communicables au médecin certains événements mineurs de sa vie quotidienne. Enfin on ne peut ignorer l'intervention de possibles mécanismes de défense, et notamment de refoulement, qui peuvent eux aussi rendre compte de certains "oublis". Ainsi Mr P., 71 ans, qui au début de l'entretien, ne rapporte aucun fait à l'origine de sa mélancolie délirante : Au cours de la discussion, la notion de survenue brutale des troubles un mois auparavant se fera jour peu à peu, et Mr P., en pleurs, finit par aborder le problème d'une défaillance sexuelle survenue alors.

4. L'enquête en quelques mots

Cette étude a donc regroupé 21 patients délirants tardifs de plus de 60 ans ; l'échantillon, bien que de petite taille, se révèle conforme à ceux obtenus par différents auteurs, selon divers critères.

Le thème émergeant largement de ces délires est celui de préjudice, que ce soit comme élément prévalent ou secondaire du délire. L'intuition et l'interprétation en sont les mécanismes prépondérants. Les événements

déclenchants sont fréquents, plus rares dans la population la plus âgée qui serait également plus fragile.

Les personnalités pathologiques antérieures au délire sont retrouvées dans moins d'un tiers des cas et se manifesteraient par une réticence accrue lors d'échanges relationnels. Enfin de nombreux critères restent mal exploitables compte tenu de difficultés d'évaluation objective.

III. DEUXIEME PARTIE: DISCUSSION

"Assis dans son jardin d'Abdère, sous un platane touffu, Démocrite rédige un ouvrage sur les causes de la mélancolie. Au grand désarroi du populaire, le vieux sage ne s'interrompt que pour disséquer des animaux et tourner les hommes en dérision laissant éclater un rire étrange, féroce, incoercible... " et Hippocrate commence à s'interroger sur l'ambiguïté de la folie (Sur le rire et la folie, 1989, Ed. Rivage, Paris, 127 p.). Ainsi débute peut-être l'histoire de la psychiatrie, et la toute première nécessité de classer : Démocrite est-il fou ? Ou philosophe ?

Plus tard, ce besoin se fait jour dans la pathologie même et on distingue alors les fous, les imbéciles, les idiots, les crétins et les possédés.

La psychiatrie, à l'image de toute science médicale, a évolué, s'appuyant sur des classifications de plus en plus élaborées qui l'ont doté de formidables outils de travail ; la nosographie nous permet maintenant par des descriptions cliniques d'envisager un diagnostic de façon précoce, de traiter le patient, de communiquer le savoir et par là même de promouvoir la recherche. Les outils restent cependant toujours perfectibles, nous allons donc nous pencher ici sur leurs possibles inadéquations aux délires des vieillards.

A. Le délire de l'agé est-il une schizophrénie ?

Pilier des classifications psychogériatriques des pays anglosaxons, la schizophrénie tardive est une pathologie ignorée de la psychiatrie française pour laquelle la schizophrénie, ou plutôt les schizophrénies, sont avant tout des "maladies" du sujet jeune, le terme de maladie étant lui sujet à d'autres controverses.

Ce concept conduit inévitablement à l'étude des évolutions nosologiques divergentes en pays francophone et anglophone. Le début de l'histoire trouve cependant son origine en Allemagne, où Kraepelin, en 1915, autonomise la "dementia praecox" sur le critère évolutif de l'état démentiel terminal. Il en distingue trois formes différentes : Hébéphrénie, catatonie et démence paranoïde. La démence précoce de Kraepelin a deux caractéristiques, généralement acceptées :

- Il s'agit d'une maladie chronique, survenant sans cause extérieure et évoluant de façon déficitaire.
- Le trouble fondamental est l'appauvrissement émotionnel, la démence étant non seulement intellectuelle mais aussi affective.

En 1919, la description de cas cliniques chez des sujets de plus de 40 ans l'amène à créer le terme de paraphrénie compte tenu de différences notables avec la schizophrénie : les paraphrènes ont peu d'hallucinations, leur délire a un caractère logique, enfin on n'observe pas d'état démentiel terminal. La place qui est assignée à la paraphrénie est, en fait, très proche de celle de la schizophrénie.

Le devenir des paraphrènes isolés par Kraepelin est ultérieurement étudié par deux de ses élèves, Kollé et Mayer, qui concluent que les patients ont évolué dans leur quasi totalité vers une détérioration (J.D. Guelfi et al., 1987).

Le terme de "schizophrénie" apparaît pour la première fois dans un texte de Bleuler, et se définit ainsi : Il ne s'agit pas d'une maladie mais d'un groupe syndromique. Le critère diagnostique n'est plus évolutif mais clinique ; c'est la dislocation (Spaltung) des fonctions psychiques qui permet le diagnostic. Les troubles fondamentaux en sont le relâchement des associations, la baisse de l'affectivité, l'ambivalence et l'autisme. La paraphrénie de Kraepelin fait partie intégrante du groupe des schizophrénies (J.D. Guelfi et al., 1987). En 1943, E. Bleuler insiste sur la présence, au sein d'un groupe de schizophrènes, de 4 % de schizophrènes tardifs, âgés de plus de 60 ans. Il semble cependant difficile d'exclure un début antérieur, d'autant qu'on connaît les débuts parfois latents des schizophrénies. Pour l'auteur, la schizophrénie tardive répond à quelques critères particuliers (F. Fish, 1960) :

- La symptomatologie ne doit pas différer de celle de la schizophrénie plus précoce et si elle diffère, cela ne doit pas être de façon nette et radicale.

- La maladie ne peut être due à une affection organique repérable à ses troubles mnésiques, ou associée à une lésion neurologique.
- Le premier épisode survient après 40 ans.

En 1957, Janzarik, étudiant une série de cinquante délirants âgés propose de négliger les frontières nosographiques pour "tenter de saisir la signification globale du symptôme et des vécus des patients". "Notre perspective phénoménologique et psychodynamique nous permet de constater que la genèse de la grande majorité des états délirants d'apparition tardive est "compréhensible" dans le contexte du mode particulier de fonctionnement et de la personnalité du patient, de ses défenses prédominantes, aussi bien face aux nouvelles conditions de vie, que face au vieillissement pathologique" (J.C. Dias Cordeiro, 1970).

Ce terme de schizophrénie est soigneusement évité par Janzarik, qui établit ainsi sa classification en six groupes (F. Fish, 1960) :

- psychose délirante aiguë
- psychose délirante aiguë avec hallucinations auditives
- psychose chronique paranoïde
- psychose persécutoire hallucinatoire
- psychose persécutoire
- catatonie.

L'auteur souligne par ailleurs quelques traits communs à ces différents groupes notamment la richesse de la symptomatologie, l'évolution sans chronicisation des patients, la persistance des hallucinations. Il souligne également l'existence de cas intermédiaires entre chaque groupe (N.L. Holden, 1987).

En 1955, M. Roth propose sa première classification des troubles mentaux de l'âge subdivisés en troubles thymiques, troubles confusionnels, paraphrénie, démence vasculaire et sénile. Il définit ainsi le terme de paraphrénie : Il s'agit d'un système bien organisé d'idées délirantes avec ou sans hallucinations auditives, coexistant avec une personnalité bien préservée et des affects adaptés.

Les caractéristiques de ce groupe de patients sont la prédominance féminine, le caractère prémorbide particulier des patients, ainsi que la fréquence des déficits sensoriels.

Selon F. Fish (1960), pour lequel la paraphrénie n'est qu'une forme atténuée de schizophrénie, "les schizophrénies séniles" tendraient vers un type paraphrénique. Il constatait dès lors l'absence d'une symptomatologie dissociative, catatonique ou hébéphrénique. Pour cet auteur, la schizophrénie sénile reste cependant rarissime, les états délirants du sujet âgé se subdivisant essentiellement en dépression délirante ou en trouble démentiel accompagné d'idées délirantes.

L'étude de 1961 de M. Roth et D.W.K. Kay redéfinit la paraphrénie tardive. Il s'agit d'un terme descriptif regroupant tous les cas de pathologie délirante, sans préjudice réel à l'origine, ne comportant pas de signe de démence organique ou de confusion, et non consécutif à un trouble primaire de l'humeur. Le titre de l'article témoigne bien du malaise des auteurs à cerner les délires tardifs : "Facteurs environnementaux et héréditaires des schizophrénies du sujet âgés ("paraphrénies tardives") et place de ces facteurs dans le problème général de l'étiologie de la schizophrénie". Leur adhésion à l'idée d'une possible schizophrénie sénile apparaît timide dès le premier chapitre, bien qu'ils admettent la possibilité de formes atténuées de schizophrénie. Les questions essentielles sont ici posées en termes clairs :

- Dans quelle mesure les paraphrènes tardifs présentent-ils des troubles du cours de la pensée, des affects, et de la volonté, caractéristiques de la schizophrénie ?
- Comment les symptômes sont-ils modifiés par l'âge ?
- La plupart des cas sont-ils des dépressions délirantes ou des démences débutantes ainsi que le soutient F. Fish ?
- Des réactions délirantes sont-elles envisageables ?

En faveur de la schizophrénie, sont retenus quelques symptômes "typiques", tels les hallucinations primaires (automatisme mental), le délire plus ou moins systématisé et fantastique, souvent à thème de persécution. L'incohérence du discours et les néologismes restent exceptionnels. A l'encontre d'une

appartenance des délires tardifs à la schizophrénie sont notées l'absence de troubles affectifs patents, les réponses émotionnelles adaptées.

Une excellente synthèse des facteurs intervenant dans l'éclosion des paraphrénies tardives est alors constituée :

- rôle moindre de l'hérédité par rapport aux schizophrénies du jeune,
- importance des facteurs environnementaux et physiques,
- intervention de la personnalité sans définition précise d'une personnalité prémorbide,
- notion d'événement précipitant la pathologie,
- fréquence des troubles sensoriels, auditifs et visuels.

La théorie de D.W.K. Kay et M. Roth envisage la possibilité d'une double étiologie à la schizophrénie : prédominance des facteurs héréditaires chez le jeune adulte ou l'adolescent, origine essentiellement "externe" et souvent multifactorielle chez les vieillards.

Cependant, si la question de l'appartenance des délires tardifs à la schizophrénie semble résolue, F. Post (1966) pose le problème de la signification des ces schizophrénies séniles : Ont-elles le même sens que chez le jeune ? Le "ni oui, ni non" de l'auteur lui permet de développer sa thèse. Sa classification, présentée ici, est essentiellement basée sur la possibilité d'un continuum de la réaction de type schizophrénique, peu importante, à la schizophrénie vraie. Trois groupes sont constitués :

- "Hallucinations délirantes" : Les hallucinations auditives prédominent accompagnées d'un vécu persécutif et d'une conviction délirante. Le contact avec la réalité est bien préservé.
- "Psychose de type schizophrénique" : Les hallucinations auditives sont également présentes, le "champ" du délire est cependant élargi et entrave leur vie sociale ; "ils se sentent observés, on leur lance des substances nocives".

- "La schizophrénie" : Ce dernier groupe est défini par la présence de facteurs de premier rang de Schneider.

Un bref rappel historique semble ici nécessaire pour expliciter cette référence à Kurt Schneider, dont les "symptômes de premier rang" ont largement été utilisés aux U.S.A. K. Schneider (1939), confronté au flou et à la subjectivité des critères diagnostiques existant pour la schizophrénie, propose deux séries de symptômes, la première série ou "symptômes du premier rang" constituant un recueil de signes pathognomoniques de la schizophrénie. Ce sont (J.D. Guelfi et al., 1987):

- Phénomènes d'écho de la pensée et d'énonciation de la pensée
- hallucinations auditives de voix conversant entre elles
- hallucinations de voix commentant les actes du sujet
- hallucinations cénesthésiques ou sensations corporelles imposées
- vol de la pensée
- imposition de la pensée
- devinement de la pensée
- perception délirante
- sentiments imposés ou contrôlés
- impulsions imposées ou contrôlées
- sentiments imposés ou contrôlés par une influence extérieure.

Les études réalisées par différents auteurs (C.S. Mellor, 1970 ; K. Koehler, 1979 ; R.C. Bland et H. Gen, 1980 ; A. Marneros, 1988) infirment cependant cette séduisante théorie : les symptômes de premier rang de K. Schneider, très fréquemment présents chez les schizophrènes, ne sont pas pathognomoniques de cette entité pathologique mais peuvent également se retrouver durant les épisodes maniaques, certaines démences ou des états confusionnels. Les auteurs français se sont, semble-t-il, désintéressés de cette théorie ; peut-être faut-il en voir l'explication dans le fait que cette liste des symptômes de premier rang constituait un argument supplémentaire à l'intégration de la psychose

hallucinatoire chronique, concept bien français, dans le groupe des schizophrénies.

Quoi qu'il en soit, F. Post utilise cette référence à K. Schneider pour autonomiser un groupe de schizophrènes parmi ses délirants tardifs. L'auteur s'appuie ensuite sur l'idée de Bleuler selon laquelle il existerait chez tout un chacun des possibilités d'évolution vers une organisation schizophrénique ; différents facteurs pourraient fragiliser, voire détruire, une "protection psychique", entraînant ainsi le sujet vers des pensées et des organisations schizophréniques.

Pour F. Post, l'éclosion schizophrénique chez le sujet jeune se fait sous l'influence de deux facteurs, héréditaire et familial. Chez le sujet âgé, des prédispositions héréditaires interviennent également mais de façon moindre que chez le jeune, les facteurs précipitant la maladie sont surtout l'isolement social grandissant, les modifications cérébrales associées à l'âge, un degré faible de démence sénile ou vasculaire.

En accord avec les autres auteurs, F. Post note le caractère incomplet du tableau clinique, la présence d'une symptomatologie essentiellement paraphrénique sans grand trouble affectif ou volitionnel et peu de trouble du cours de la pensée. Selon lui, il est illusoire de décrire quelques entités cliniques particulières, les états délirants du sujet âgé sont plutôt à concevoir comme un spectre de pathologies, allant de la réaction de type schizophrénique à la schizophrénie. Il conseille donc l'adoption d'une "position naïve" où la description clinique fine reste essentielle.

J.C. Dias Cordeiro (1970) propose une classification simple de la pathologie psychotique du sujet âgé, s'appuyant sur ses observations (34 patients) :

- Délires non associés à un autre trouble psychique (21 %)
- Délires associés à un autre trouble psychique (79 %)
 - . Démence
 - . Troubles thymiques
 - . Troubles du niveau de conscience

. Troubles sensoriels.

Par ailleurs, les délires non associés à un autre trouble psychique sont distingués en :

- Psychose aiguë délirante, équivalent de la bouffée délirante aiguë, et comprenant une certaine déstructuration de la conscience.
- Réaction délirante où interviennent différents éléments tels un événement déclenchant, une personnalité prédisposante, le vécu personnel du patient.
- Délire chronique s'installant sans altération de la conscience, au caractère pseudoraisonnant, et impliquant l'irréductibilité de la conviction délirante.

Ne sont jamais retrouvés d'état discordant, de dissociation idéo-affective, ni de troubles formels du discours, dans aucun de ces états délirants. Les composantes anxieuse ou dépressive sont fréquemment notées, sans qu'il soit possible de préciser s'il s'agit là de facteurs pathogéniques ou de vécu de l'état psychotique.

J.C. Dias Cordeiro souligne également l'expression psychopathologique polymorphe, parfois changeante, de ces états, et l'absence de spécificité entre la forme, le contenu du délire et la situation donnée. Il semble bien qu'il tende lui aussi vers une position plus descriptive que conceptuelle, admettant la coexistence de différents facteurs à l'origine et dans la persistance de certains troubles délirants.

Pour P.S. Grahame (1984), l'absence de critères spécifiques de la schizophrénie pose un réel problème lorsque le diagnostic est évoqué chez le sujet âgé. Cependant, s'appuyant sur les commentaires de Brockington et al. (qu'il cite), l'auteur soutient ici l'hypothèse d'une définition syndromique de la schizophrénie, "simple" tableau clinique qui ne préjugerait en rien de l'étiologie, l'évolution ou l'âge chez un patient donné. Ainsi, les états délirants des vieillards ne seraient qu'une des formes de ce syndrome "schizophrénie", forme incomplète de la maladie schizophrénique.

Pour N.L. Holden (1987), les paraphrénies tardives, si elles ne correspondent pas exactement à la schizophrénie, appartiennent certainement au spectre des schizophrénies. Cependant, ce point de vue n'est pas non plus simple, compte tenu de difficultés parfois importantes à différencier schizophrénie, dépression et

psychose réactionnelle chez le vieillard : "Négliger les classifications existantes devient alors inévitable", ce qui permet également de mieux rendre compte des interactions du fonctionnel et de l'organique non négligeables chez le sujet âgé. C'est finalement " dans la richesse et la diversité des psychopathologies que réside la caractéristique principale de tels états" .

Dans la classification française, les délires autres que la schizophrénie (bouffée délirante aiguë, paraphrénie, paranoïa et psychose hallucinatoire chronique) sont avant tout opposés à celle-ci du fait de l'absence ou du caractère tardif de l'appauvrissement démentiel. Cette notion a toujours été contestée par les autres écoles psychiatriques, et face à la nosographie française issue d'une longue tradition de clinique descriptive, d'autres classifications, plus synthétiques, ont vu le jour. Le D S M III R, publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (1987), en est l'exemple type. Né d'une préoccupation d'unifier concepts et terminologies psychiatriques, résultat du travail de nombreux experts américains placés sous la direction de R.L. Spitzer, il est régi par quelques principes essentiels : théorisme descriptif systématique, technique de diagnostic multiaxial, emploi de critères diagnostiques éventuellement quantitatifs. Le système multiaxial présente un intérêt certain pour la pathologie du vieillard, par la prise en compte possible de différents facteurs pouvant intervenir à des degrés divers dans le tableau clinique présenté par le patient. Il est ainsi constitué en cinq Axes :

- Axe I : Syndromes cliniques. Codes V (situations non attribuables à un trouble mental).
- Axe II : Troubles du développement, trouble de la personnalité.
- Axe III : Affections et troubles physiques.
- Axe IV : Sévérité des facteurs de stress.
- Axe V : Evaluation globale du fonctionnement.

Par exemple, Mr G. Alfred (observation n°10), âgé de 91 ans, peut être ainsi coté :

- Axe I : trouble délirant de type mégalomaniaque
- Axe II : pas de trouble antérieur de la personnalité

- Axe III : arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire
- Axe IV : conflit familial (code 2 car facteur de stress léger, l'absence de facteur de stress étant coté 1)
- Axe V : évaluation globale du fonctionnement : actuel, 40 ; durant l'année écoulée, 60.

L'absence de prise en compte dans le D S M III R des particularités sémiologiques et phénoménologiques du sujet âgé pose de multiples problèmes ; nous ne reviendrons pas sur la difficulté que constitue l'évaluation de la personnalité antérieure, toute classification se heurterait à cet écueil chez le sujet âgé.

Sur l'axe III, doit être retenu tout "trouble physique susceptible d'avoir une importance pour la compréhension ou le traitement du cas". Pour le vieillard, il semble que la liste quasi exhaustive des antécédents soit nécessaire ici, toute affection corporelle, quelle qu'elle soit, ayant potentiellement une répercussion chez le vieillard.

L'axe IV, qui envisage les facteurs de stress psychosociaux, fait référence à "l'individu moyen dans des circonstances similaires et dans le même cadre de valeurs socioculturelles".

Il reste difficile ici d'assimiler un sujet âgé de 80 ans à un individu moyen, d'autant que "le cadre de leurs valeurs socioculturelles" s'est vraisemblablement profondément modifié. Cet axe IV, qui paraît très mal applicable aux sujets âgés, ne prend en compte que des événements survenus durant l'année précédant la consultation ; le décès du fils de Mme J. Marguerite (observation n°20), survenu huit ans avant la consultation actuelle, décès qui semble à l'origine du délire de jalousie actuel, ne peut donc être retenu comme facteur de stress. La classification multiaxiale du tableau clinique de Mme J. perd, là, un élément précieux pour la compréhension du trouble.

L'axe V, qui permet l'évaluation globale du fonctionnement psychologique, social et professionnel, comporte une cotation de 1 à 90 et se compose de deux évaluations : l'une actuelle, reflet de l'adaptation encore possible, l'autre reflétant le niveau maximal atteint durant l'année écoulée. Comme pour l'axe IV,

l'échelle proposée pour l'axe V, bien applicable à l'adulte, est manifestement inadapté chez le sujet âgé, leurs performances peuvent difficilement être comparées. En outre, ainsi que le soulignent J.M. Léger et J.P. Clément (1990), le D S M III R mentionne bien qu'"il ne faut pas tenir compte d'éventuels handicaps du fonctionnement dus à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnementaux".

Cette dernière précision dénote l'inadéquation du D S M III R à la pathologie psychogériatrique, où le rôle du handicap, de la dépendance physique, des troubles organiques ne peut jamais être négligé compte tenu de leurs possibles répercussions psychologiques.

Après ce rapide exposé du D S M III R en général, de son système multiaxial, et des difficultés d'adéquation qu'il pose à tout clinicien lors de l'étude du sujet âgé, notre réflexion se portera maintenant sur la place des délires tardifs dans cette classification syndromique.

Les catégories diagnostiques du D S M III R ont été constituées par des comités consultatifs. "Le plus souvent, les décisions du comité consultatif étaient le résultat d'un consensus entre les membres. Quelques domaines cependant, tels les affections de l'enfance, les troubles psychotiques, les troubles anxieux et les troubles du sommeil, ont soulevé de nombreuses controverses qui n'ont pu être résolues que par un vote des membres du comité" (R.L. Spitzer et J.B.W. Williams, 1987). Ainsi, si le D S M III R présente les catégories diagnostiques des troubles psychotiques de façon claire, ces catégories sont avant tout le résultat d'un consensus. Voici donc la nosologie des troubles psychotiques exposée ici :

- Schizophrénie
- Trouble délirant (paranoïaque)
- Troubles psychotiques non classés ailleurs
 - . psychose réactionnelle brève
 - . trouble schizophréniforme
 - . trouble schizoaffectif

- . trouble psychotique induit
- . trouble psychotique non spécifié.

Ces catégories diagnostiques qui font référence à la pathologie de l'adulte, se révèlent d'utilisation acrobatique chez les vieillards. La liste des diagnostics différentiels possibles s'allonge dangereusement, rendant illusoire la fiction d'une nomenclature adaptée à tous, et notamment aux sujets âgés. Ainsi C.C. Brennes-Jette et al. (1987), classant la plupart des délires tardifs parmi les troubles délirants du D S M III R, compte tenu de l'absence de sémiologie dissociative ou discordante, soulignent la difficulté du diagnostic différentiel entre trouble délirant, schizophrénie, et personnalité paranoïaque.

En témoigne le cas de Mme P. Anna (observation n°5), âgée de 63 ans, originaire d'Allemagne, qui s'est mariée une première fois dans ce pays, et qui a eu deux petites filles. Ses deux enfants décèdent en bas âge, de cause accidentelle semble-t-il. Son mari décède en Indochine. Elle a vingt neuf ans lorsqu'elle se remarie avec un commandant de l'armée française et vient s'installer en Limousin, où elle travaille comme traductrice.

Son mari la quitte en 1984, l'entreprise qui l'employait a fait faillite en 1975, aucun enfant n'est né de ce second mariage : elle se retrouve seule, entourée de relations plus que d'amitiés. Sa santé s'altère, elle fait un infarctus du myocarde en 1986, puis quelques mois plus tard décide de rentrer en Allemagne, où elle réside de 1987 à Décembre 1990. Elle retrouve là-bas ses cinq frères et soeurs avec lesquels elle avait rompu tout lien. Les relations restent distantes avec cette soeur si longtemps exilée et Mme P. décide de rentrer définitivement en France, en Limousin. Elle fixe elle-même le début de ses troubles à Janvier - Mars 1991. Lors de notre consultation, quelques mois après ce retour d'Allemagne, Mme P. présente à l'évidence une symptomatologie très riche, appartenant à plusieurs registres.

On notera tout d'abord de possibles troubles de la personnalité s'exprimant à travers l'histoire personnelle de la patiente : cette faculté de tout effacer du passé, de rompre tout lien antérieur peut trouver son origine dans les traumatismes itératifs subis, ou être la manifestation d'une personnalité schizoïde.

Des traits évoquant un trouble délirant (paranoïaque) sont bien présents ; Mme P. a un contact bon d'emblée, elle est soigneusement vêtue, et témoigne tout au long de l'entretien d'un calme, d'une sérénité dénués de toute anxiété. La pudeur des sentiments dont elle fait preuve lorsqu'elle évoque ses relations avec son mari, ses pleurs abondants lors de l'évocation du décès de ses deux fillettes sont tout à fait adaptés. Ses problèmes actuels sont abordés sans grande réticence : ses voisins actuels tenteraient de la chasser de son appartement pour en prendre possession. A l'appui de cette idée, Mme P. dit avoir trouvé quelques mégots de cigarettes sous sa fenêtre, qu'"ils" fument quand "ils" surveillent la nuit. Lorsque ses voisins ont, quelques jours auparavant, vidé leur cendrier de voiture devant chez elle, elle a pu constater que la marque de cigarettes était la même. Mme P. est visiblement bouleversée. Elle a pris des dispositions auprès d'un avocat, a écrit au Président de la République et au procureur à Limoges. En fait, il semble bien qu'un procès soit en cours suite à ses plaintes.

Si l'observation s'arrêtait ici, le diagnostic de trouble délirant à type de persécution selon le D S M III R ne ferait guère de doute, mais le tableau clinique s'enrichit d'une symptomatologie évoquant la schizophrénie. Mme P. ne manifeste aucun relâchement net des associations, aucune dissociation ou discordance, mais la bizarrerie des idées délirantes est incontestable. Le voisin, ingénieur en électronique, radio amateur, a installé un amplificateur et des bobines ; Mme P. capte ses paroles par la télévision. Lorsqu'elle téléphone, ses conversations sont écoutées, commentées. Ce commentaire des actes, injurieux, s'est peu à peu étendu à toute sa vie, notamment lors de sa toilette où on lui dit qu'"elle se dégrasse". Mme P. perçoit également des décharges électriques sur le crâne quand "il" branche ses fiches électriques. "C'est comme les électrodes pendant la guerre". La conversation prenant un tour plus général, Mme P. aborde un sujet qui lui tient visiblement à coeur, ses rêves. "Ce ne sont pas vraiment des rêves, ce sont des visions vécues où je rentre en contact avec les gens que je connais, qui sont loin. J'ai lu Freud, les visions que j'ai correspondent à ce qu'il appelle "la projection dans le cosmos".

Cette deuxième partie de l'observation, isolée, ne laisse aucun doute sur le diagnostic à évoquer, qui serait une schizophrénie subchronique de type paranoïde selon le D S M III R.

Cependant, telle que se présente l'observation complète de Mme P. Anna, il reste difficile de déterminer la catégorie diagnostique la plus appropriée, car il

est impossible de départager entre interprétation et hallucination pour le mécanisme prévalent, et de juger de la bizarrerie plus ou moins importante des idées délirantes. Dix mois après le début des troubles, le tableau clinique de Mme P. reste mal classable selon le D S M III R.

Si le diagnostic différentiel entre schizophrénie et trouble délirant n'est pas toujours simple, les troubles de l'humeur peuvent également intervenir lors d'états psychotiques, la primauté de l'un ou l'autre trouble s'avérant alors impossible à déterminer. Tel est le cas de Mme B. Marie-Louise (observation n°19), 84 ans :

Mme B., veuve, vit en foyer logement depuis quelques années. Elle y reçoit la visite fréquente de son fils et ses petits-enfants, voit de façon plus épisodique sa soeur et son beau-frère avec lesquels elle entretient de bonnes relations. Elle ne présente pas d'altérations des fonctions supérieures mais quelques difficultés dans la vie quotidienne sont apparues depuis le début des troubles. La personnalité antérieure ne semble pas avoir été pathologique. Depuis plus d'un an, elle présente des troubles thymiques dépressifs, réagissant mal aux antidépresseurs, qui ont amené à lui proposer une hospitalisation de nuit. Environ deux mois plus tard, apparaissent des hallucinations psychosensorielles. Lorsqu'elle entre dans le bureau, Mme B. est en pleurs, visiblement bouleversée. "Je ne peux plus partir aujourd'hui, il faut que je reste quatre ans de plus à l'hôpital, c'est mes voix qui me l'on dit, il y avait ma soeur et le Dr T.". On notera à ce propos qu'effectivement, la décision de l'hospitaliser à temps complet a été prise depuis trois jours, et annoncée par le Dr T. en présence de la soeur. Mme B. reconnaît bien les voix qui s'adressent à elle, il s'agit en général de personnes qu'elle a vues récemment, qui peuvent soit l'aider, la consoler, la soutenir ou parfois l'insulter, lui annoncer de mauvaises nouvelles.

Les idées de persécution, de vol sont présentes ainsi que des thèmes de mort : "Mon fils est mort. Six personnes de ma famille sont décédées". La tristesse foncière de l'humeur est importante tout au long de l'entretien, l'anxiété fluctue selon le sujet abordé.

Dans cette observation également, coexistent deux troubles bien exclusifs l'un de l'autre selon le D S M III R. Selon ce manuel, la durée des troubles affectifs d'une part, et celle des troubles de type schizophrénique d'autre part, peut seule permettre d'exclure l'un des deux diagnostics. Cette détermination de durée de

chaque trouble semble ici illusoire, et le clinicien doit sans doute faire ici appel à la notion de trouble schizo-affectif, "l'un des concepts les plus déroutants et les plus controversés de la nosologie psychiatrique" (D S M III R, p. 235).

D'autres tableaux cliniques laissent une incertitude diagnostique importante, ne permettent pas de les classer de façon définitive. Ainsi le diagnostic convenant à Mme L. Elisabeth (observation n°15), 92 ans, oscille entre schizophrénie et épisode maniaque selon le D S M III R.

Mme L. Elisabeth vit habituellement seule chez elle, au rez-de-chaussée d'une grande maison. Elle reçoit l'aide d'une aide ménagère et de ses voisins, gentiment attentifs à ses besoins. Son fils unique vit à Montluçon, d'où il ne peut guère s'occuper d'elle. Bien que souffrant de cécité et d'hypoacousie modérée, Mme L. persistait jusqu'à présent à vivre chez elle, dans cet appartement où elle a dû déménager en 1984.

Mme L. ne présente pas d'agitation motrice mais l'exaltation thymique dont elle fait preuve ne peut nous échapper, ni la logorrhée qu'elle manifeste tout au long de l'entretien. Le contact avec la réalité est bien préservé : "Mes voisins ont écrit à mon fils que je dérangeais le quartier. C'est mon fils qui m'a fait enfermer ici, soi disant que je déraille, que je ne me soignerais pas comme il faut".

Mme L. fait remonter le début de ses problèmes au décès de son petit chat, survenu deux ans après son installation dans cet appartement. Le thème du délire est un thème de persécution par le voisinage et coexiste avec quelques idées de grandeur. "Ils ont branché mon téléphone chez eux, ils prenaient toutes mes communications ; si ça ne leur plaisait pas, ils coupaient. La grande persécution, c'était de m'empêcher de dormir : ils envoyaient la lumière dans les yeux, du courant électrique dans le lit. Quand je me réveillais, ils me mettaient la lumière dans les yeux, j'ai passé huit jours sans dormir...". "Il y a un an, j'étais dans ma chambre seule, puis toutes les lattes du plancher se retournent, c'est prévu pour aérer la pièce selon ma propriétaire ; je reçois alors un coup de battoir au front, j'en avais encore des traces le lendemain". "J'ai travaillé dans le contrespionnage durant la guerre car j'étais secrétaire d'un grand journal parisien. J'étais parfois en contact avec la guépéou, les russes...". Mme L. peut continuer ainsi durant des heures, rapportant anecdotes sur anecdotes, décrivant même les circonstances de son hospitalisation, lorsque téléphone coupé, fenêtres grandes ouvertes, elle s'est trouvée, pieds nus, dans le vent, dans

sa chambre où les meubles avaient été déplacés. Elle a ouvert la porte, la rue était silencieuse, elle a appelé à l'aide. Elle a entendu une voix de femme : "Ne vous inquiétez pas, la police va être là" et effectivement ils sont arrivés, l'ont étendue, couverte puis amenée chez son médecin.

Alors, schizophrénie ou épisode maniaque ? Un examen attentif des critères de ces deux catégories diagnostiques du D S M III R ne permet guère de trancher, d'autant que l'absence d'antécédent psychiatrique personnel laisse également planer le doute. Peut-on présenter un premier épisode maniaque à 92 ans ?

Devant la multiplicité des cas de notre étude ne permettant aucune classification certaine, il semble illusoire de tenter (à toute force) d'imposer ici des "étiquettes" diagnostiques.

En psychogériatrie plus qu'ailleurs, il semble que la réflexion d'Esquirol, cité par M. Porot (1989), soit d'actualité : "Les divisions établies par les nosographes ne sont pas autre chose qu'un moyen de classer les faits, de faciliter l'étude, mais ne doivent jamais imposer à la nature des limites qu'elle ne puisse franchir". La richesse sémiologique des tableaux cliniques, l'intrication de facteurs aussi divers que le somatique et le tissu relationnel, le hiatus culturel indéniable rendent impossible la simple transposition des problèmes de l'adulte jeune au sujet âgé.

Que reste-t-il alors des particularités du vieillard délirant ? Certaines singularités sont en effet notables face aux délires chroniques des adultes, tant du point de vue sémiologique que de celui des facteurs favorisant l'éclosion du trouble.

Au point de vue sémiologique, ainsi que l'ont noté différents auteurs, la dislocation des fonctions psychiques, la fameuse Spaltung sur laquelle Bleuler autonomisait son groupe des schizophrénies, fait défaut. Cette dissociation de la vie mentale, souvent considérée comme le trouble fondamental des psychoses de type schizophrénique, est également absente des vingt et un tableaux cliniques de notre étude.

Aucun barrage, aucune préservation, aucun néologisme n'ont émaillé les discours. Si quelques digressions, quelques troubles de l'attention étaient constatés, il s'agissait plus d'éléments entrant dans le cadre d'une exaltation thymique que d'une diffluence schizophrénique.

Les réponses émotionnelles observées, le contact établi lors de l'entretien ont toujours été adaptés, sinon de bonne qualité : certaines pathologies, tels la mélancolie, le délire paranoïaque, peuvent entraver le caractère chaleureux d'un entretien, mais l'absence de discordance entre contenus verbaux et expression émotionnelle n'a jamais fait de doute.

Le cas de Mr P. Robert, âgé de 68 ans, aurait cependant pu faire discuter une certaine ambivalence.

Mr P. Robert (observation n°1), ancien conducteur électricien à la S.N.C.F., fréquente l'hôpital de jour des personnes âgées depuis un an. Ancien éthylique, il porte un sonotone en raison d'une hypoacousie, ce qui permet un entretien sans encombre. Un épisode dépressif majeur, potentiellement aggravé par un conflit conjugal ancien, a déterminé la décision de l'hospitalisation un an auparavant. Mr P. Robert, prématurément vieilli, présente d'emblée un ralentissement psychomoteur important. Les phrases sont rares, marquées d'un vécu dépressif indéniable : "Je n'ai plus de mémoire, je n'ai plus de moral. Il n'y a plus que des idées noires, tout le reste est parti". L'entretien est difficile compte tenu de troubles de l'attention importants. La fin de la rencontre apporte quelques éléments nouveaux : "J'ai peur..., peur...". Mr P. lance un regard de côté, visiblement paniqué, hésite visiblement à s'exprimer. "C'est passager" dit-il enfin dans un souci manifeste de banalisation. Puis s'installe un long silence, il explose, "Je ne vais tout de même pas vous donner mes idées", et s'enfuit littéralement. Quelques minutes plus tard, il frappe à la porte, entre précipitamment et lance un appel au secours : "Je suis retenu pour toujours ici, ils vont me garder. Les autres s'en vont quand ils sont guéris mais moi, je sais qu'on me gardera, c'est ma faute, c'est une punition".

Certes, le comportement de Mr P. peut indubitablement être qualifié d'ambivalent, la réticence à communiquer toute pensée s'oppose à l'appel à l'aide final. Cependant, on est bien loin ici de l'ambivalence affective et volitionnelle décrite par Bleuler, "cette tendance de l'esprit schizophrénique à considérer dans le même temps sous leurs deux aspects négatif et positif les divers actes psychologiques" (J.D. Guelfi et al., 1987). Mr P. manifeste par son comportement, ses paroles, une double tendance, mais ces deux conduites restent chronologiquement bien distinctes. Un phénomène de clivage du moi peut être à l'origine de ce comportement, rendant compte de la coexistence de deux attitudes psychiques, "l'une qui tient compte de la réalité, l'attitude

normale, l'autre qui, sous l'influence des pulsions, détache le moi de la réalité" (S. Freud cité par J. Laplanche et J.B. Pontalis, 1990, p. 69).

Aucune expérience de dépersonnalisation, de déréalisation n'a été retrouvée, seule Mme M. Georgette (observation n°21), 86 ans, nous a fait part d'un sentiment de transformation corporelle, transformation visiblement non anxiogène.

Mme M. Georgette vit seule en appartement, bien entourée par son fils qui réside dans le même immeuble. Elle présente quelques troubles cognitifs, connus de longue date, qui n'entravent guère sa vie quotidienne. Une légère hypoacousie ainsi qu'une baisse modérée d'acuité visuelle ne semblent guère la gêner. Elle a présenté, deux mois auparavant, une phlébite qui a nécessité son hospitalisation avec alitement, entraînant des troubles du comportement. Sa mutation en hôpital psychiatrique a été décidée. "L'entrée" de Mme M. dans le bureau est remarquable : Elle est très maquillée malgré ses vêtements négligés, fait remarquer d'emblée la belle couleur de ses longs cheveux. Compte tenu de son alitement prolongé et d'un prolapsus utérin extériorisé, la rééducation de la marche n'a pas été simple chez cette femme qui le rapporte ainsi, avec emphase : "Je suis restée dix huit mois sans marcher, et puis mon fils m'a demandé de marcher, je me suis levée et je lui ai montré. Il était très fier de moi". Aux thèmes mégalomaniaques abordés ultérieurement, se mêlent alors quelques idées de transformation corporelle : "Mes mains ont maigri depuis quelques jours", elle contemple, satisfaite, ses doigts déformés par l'arthrose, "par contre, vous avez vu, ma poitrine regrossit" et joint le geste à la parole. Aucune anxiété n'est perceptible, Mme M. s'épanouit dans un histrionisme maladroit, les représentations imaginaires érotisées n'infiltrant plus le réel mais le gomme, dans un mécanisme de déni. On est bien loin ici des représentations corporelles bizarres et anxiogènes des schizophrènes.

L'absence de dissociation, de discordance, de désorganisation de l'identité de soi permet à chacun de préserver un certain contact avec la réalité : en témoignent le caractère logique du délire, une certaine cohésion des élaborations délirantes, ou, comme nous l'avons déjà souligné, une bonne évaluation du début des "problèmes".

Parfois même, entamant la conviction délirante décrite par de nombreux auteurs, surviennent explicitement quelques doutes face à la néoréalité du délire.

Mme B. Mathilde a 83 ans (observation n°11), vit seule dans une petite maison, isolée : son mari est décédé depuis de nombreuses années, le couple n'avait pas d'enfant, elle ne fréquente plus depuis longtemps ses deux soeurs en raison de dissensions anciennes. Elle souffre d'hypertension artérielle et d'accès d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire. Sans trouble de la personnalité antérieure, Mme B. présente un authentique "syndrome du compagnon tardif" tel que décrit par J. De Ajuriaguerra (J.M. Léger et al., 1986). En effet, Mme B. a eu la surprise, depuis quelques semaines, de voir sa mère s'installer chez elle. Doutant de ses sens, elle a mené l'enquête, s'est rendue à la mairie pour contrôler l'acte de décès, rédigé en Août 1966. Quoiqu'il en soit, une agréable cohabitation s'est établie, cohabitation qui a été brutalement rompue lors de la disparition de la mère. Mme B., fort inquiète, s'est rendue à la gendarmerie, craignant une fugue, voire un assassinat, et a été prestement dirigée vers l'hôpital psychiatrique par son médecin traitant. Cette "résurrection" maternelle ne cesse cependant de l'intriguer, et les tentatives de rationalisation lui semblent manifestement peu convaincantes : "Il s'agit d'un dédoublement de personnalité, sans doute" (ton très dubitatif, au contraire). La demande, faite durant l'entretien, d'évoquer un souvenir, ne la laisse pas hésitante : "Les obsèques de ma mère. Je devais aller arroser les fleurs...".

A l'évidence, Mme B. éprouve toujours quelques difficultés à admettre l'inadmissible, témoignant en cela d'une préservation relative du contact avec la réalité, rarissime chez l'adulte délirant.

Cette observation est exemplaire à plus d'un titre, par la discussion qu'elle engendre également à propos de l'évolution de certains états délirants tardifs.

Mme B. présente en effet, le jour de notre entretien, une négligence du membre supérieur gauche ainsi qu'un déficit moteur discret du membre inférieur gauche. Après examen clinique, il apparaît bien que Mme B., qui a eu un malaise le matin même, a présenté un accident vasculaire cérébral sylvien droit, vraisemblablement attribuable à des troubles du rythme. Le M M S réalisé la veille était coté à 27, contre une cotation à 8 le jour même. Des éléments confusionnels manifestes se surajoutaient à l'observation princeps, telles une désorientation temporo spatiale, une labilité de l'attention, une dysmnésie d'évocation.

L'évolution de l'état psychique de Mme B. risque fort de se faire sur un mode démentiel : certes, les troubles confusionnels régressent en quelques jours, mais cette atteinte vasculaire qui n'est peut-être pas la première et l'éclosion d'un syndrome du compagnon tardif sont, comme on l'a vu, de mauvais pronostic.

En fait la question se pose de savoir si les états démentiels observés après quelques années d'évolution chez les délirants tardifs sont une altération uniquement cognitive et impliquant alors un processus démentiel sénile ou vasculaire, ou si cette désorganisation touche à la fois les domaines affectifs et cognitifs, relevant plus d'un état résiduel secondaire au délire. La question reste ouverte, opposant des auteurs comme D.W.K. Kay et M. Roth (1961), qui soutiennent l'opinion d'une rare évolution vers la démence, aux élèves de Kraepelin, Kolle et Mayer (J.D. Guelfi et al., 1987) pour lesquels le pronostic des délirants tardifs est placé sous le sceau de la démence.

Si la symptomatologie des délires tardifs tend à se dissocier des délires chroniques de l'adulte, il apparaît également que les facteurs déclenchants des deux pathologies ne sont guère comparables.

L'étiologie de la schizophrénie, non univoque, paraît liée à différents facteurs : facteurs génétiques tout d'abord, dont l'intrication à des données familiales et environnementales restent à éclaircir ; facteurs socioculturels, un statut socio-économique bas serait plus fréquemment retrouvé mais semble devoir être interprété comme une conséquence plutôt qu'un facteur pathogène de la maladie; enfin facteurs biochimiques, envisageant les dysfonctionnements des messages chimiques.

Qu'en reste-t-il chez le délirant âgé ?

Les facteurs héréditaires, comme le montre une revue de la littérature, restent pertinents, quoique vraisemblablement moins impliqués que chez l'adulte. Il est vrai que le recueil des données concernant la pathologie psychiatrique familiale n'est, en général, guère aisé.

L'isolement social et l'ennui qui en résulte fréquemment, comme un certain degré d'isolement sensoriel, auditif ou visuel, sont également retenus à l'unanimité des auteurs comme participant à la spécificité de cette pathologie.

La grande fréquence des événements précipitants est indéniable quelle que soit la nature de ces bouleversements, physique, relationnelle, ou situationnelle ; leur violente répercussion affective ne fait guère de doute.

Mme D. Emma (observation n°6), 65 ans, est arrivée en urgence à l'hôpital psychiatrique, quelques jours après une cholecystectomie qui s'était déroulée sans problème. Elle présente des antécédents d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, est porteuse d'un filtre cave en raison d'embolies pulmonaires lors d'un alitement. Sans être aveugle, Mme D. souffre par ailleurs d'un handicap visuel. Elle vit habituellement en compagnie de son mari dans une maison de campagne où elle reçoit la visite fréquente de sa fille.

A l'examen, le ralentissement psychomoteur est immédiatement patent : le débit verbal est lent, l'asthénie importante. Des thèmes d'indignité, de culpabilité, ainsi que des idées de mort émaillent sans cesse le discours. La recherche d'une symptomatologie confusionnelle reste négative : Mme D. ne présente ni désorientation temporo-spatiale, ni troubles mnésiques, ni perplexité. La conviction qui s'attache au délire est totale. Si le thème dépressif, voire mélancolique ne fait pas de doute, il s'enrichit d'un authentique délire : "J'ai un microbe, tout le monde le dit ici, ma famille est mise de côté à cause de ce virus. Il ne se développe que lorsqu'on boit de l'alcool, pourtant il me semble que je n'ai pas bu. Je ne voudrais pas contaminer tout l'hôpital. Si il faut dire que j'ai bu de l'alcool pour pouvoir guérir ma famille, je le dirai. C'est un déshonneur pour toute ma famille, que ce virus soit provoqué par l'alcool, tous se moquent de moi, il faut me faire une piqûre puis me faire incinérer pour faire disparaître le virus".

Impossible d'apprendre, par Mme D., si quelqu'un de son entourage est alcoolique, cependant il semble bien que le lien cholecystectomie-maladie du foie-alcool puisse être fait. Manifestement, se retrouve sans doute là un autre élément qui, d'appréciation délicate, doit jouer un rôle fondamental dans l'éclosion de cette pathologie ; nous voulons parler de l'histoire personnelle du patient. Le retentissement affectif de tel ou tel événement de vie se rapporte en effet avant tout à la réactivation de scène similaire, au "rappel" que cela peut provoquer dans la mémoire du patient. La "maladie hépatique" de Mme D. semble s'associer, pour elle, à une autre maladie, plus honteuse.

On ne peut omettre, dans cette observation, de souligner un autre élément, une possible hypovascularisation cérébrale, qui pourrait également intervenir. Compte tenu des antécédents de Mme D., il semble en effet admissible d'évoquer l'intervention d'un facteur plus directement organique. La très grande fréquence, dans notre échantillon, de patients présentant des troubles cardiovasculaires (71,4 %) doit être ici à nouveau soulignée ; une voie de recherche sur des groupes numériquement plus importants pourrait être intéressante afin d'évaluer l'impact exact de cette pathologie dans les états délirants tardifs.

Facteur indéniable de prédisposition au délire, la personnalité du patient joue un rôle dynamique reconnu à travers toute la littérature. Mr R. Pierre, 76 ans, dont la personnalité paranoïaque antérieure ne fait guère de doute, en est l'exemple type.

Boucher en retraite depuis douze ans, Mr R. (observation n°17) est décrit par son entourage comme un homme sûr de lui, intransigeant, solitaire, méfiant et contrariant. Ses antécédents médicaux sont notables : artérite et bronchite chronique consécutifs à un tabagisme important, arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, séquelle de nécrose inférieure à l'électrocardiogramme. Il se serait également adonné quelques temps aux boissons alcoolisées. Il vit actuellement avec sa femme, voit peu son frère, et manifeste son goût pour des activités solitaires : jardinage, télévision, lecture de journaux.

L'épisode actuel semble trouver son origine dans une discussion avec son médecin traitant : Mr R. en a retenu que son état de santé déplorable devenait sans recours, qu'il fallait vivre pleinement chaque moment, chaque jour, car ceux-ci lui étaient comptés.

D'emblée, Mr R. laisse comprendre son profond désintérêt pour l'entretien qui lui est présenté. Les réponses sont très laconiques, à la limite du refus. La passation du M M S est précédé d'un "Je ne sais pas. J'ai mauvaise mémoire" de mauvais augure. Cependant Mr R. aborde les épreuves sans hésiter, les réponses fusent, faciles, aisées.

L'atmosphère semble s'éclaircir, lorsque Mr R., sous un prétexte quelconque, mais irréfutable, quitte la pièce. Après quinze minutes de pause, la conversation

reprend visiblement contre le gré de Mr R.. Le trouble thymique est manifeste malgré ses dénégations : "Le moral est moyen. Je vais aller mieux..." .

Les thèmes délirants sont, comme on peut s'y attendre, franchement persécutoires : "Je suis chassé de chez moi par les politiques car je refuse de faire de la politique. Dès que je sors de chez moi, je suis poursuivi par les idéologiques". Le monde entier s'est ligué contre lui, on tente de l'empoisonner, il "préfère être égorgé plutôt que de prendre les médicaments".

Cette conviction délirante est poussée à son extrême lorsque se surajoute un syndrome d'illusion des sosies ou syndrome de Capgras. "Dimanche, le sosie de ma femme ainsi que celui de son fils sont venus. Jeudi, je pense que c'était vraiment elle. Je ne peux pas vous dire comment je la reconnais. Je n'ai pas de moyens pour savoir si c'est ma femme ou pas, je vois bien, je sais". "Les chocolats de ma femme, hier, ils n'étaient pas conformes ; aujourd'hui, je mange une banane et c'est de l'ersatz de banane".

L'acceptation de sa maladie, de sa mort prochaine par Mr R. semble impossible compte tenu de sa personnalité : l'hypertrophie du moi, la psychorigidité ne permettent aucune remise en cause, aucun doute sur lui-même. Dans un tel combat mené contre lui-même, Mr R. n'a qu'une ressource : la projection, mécanisme de défense particulièrement à l'oeuvre dans la paranoïa. Lui n'est pas en cause, les autres se trompent, le trompent ; l'univers tout entier devient une tromperie, une mascarade. Le mécanisme projectif reste cependant insuffisant à masquer la réalité, d'où la coexistence d'éléments dépressifs et anxieux accompagnant la thématique délirante.

Le rôle de la personnalité, qui permet l'utilisation de mécanismes de défense préférentiels, est exemplaire à travers cette observation clinique, où ce mécanisme de défense paranoïaque est poussé jusqu'au délire. Nul doute que chacun fait son délire en fonction de sa personnalité propre avant tout ou comme le dit M. Porot (1989) : "Ici, plus qu'ailleurs, il y a des délirants, beaucoup plus que de délires". M. Porot (1989) cite également J.M. Sutter : "Le délire ne saurait être considéré comme une construction artificielle plaquée sur une personnalité demeurée intacte". Chez l'âge plus encore que chez l'adulte jeune, les dimensions sociale, environnementale, psychologique ne peuvent être délaissées dans un seul souci de classification. La "simplification" factice que représente le D S M III R, négligeant les problèmes de majoration, de parasitage

de la symptomatologie du sujet âgé devient dangereuse ; même un modèle adultomorphe bien conçu se révèle inutilisable.

Il semble en fait que les auteurs du D S M III R, malgré un dogme athéorique, ne puissent plus négliger toute référence étiopathogénique. En témoigne, sur l'axe II, la possible mention "Mécanismes habituels de défense du moi", ces mécanismes étant à la base de certains tableaux cliniques, potentiellement pathologiques.

La nécessité d'aborder le délire tardif suivant différentes voies d'abord se fait jour. Selon M. Porot (1989), "une telle classification doit être faite surtout en fonction de l'organisation et des rapports de la personnalité avec le délire". La signification que prend son délire aux yeux du vieillard reste fondamentale. Cette valeur parfois protectrice du délire est bien mise en évidence par Racamier lorsqu'il écrit : "Mieux vaut délirer que mourir, est la devise de tout sujet qui délire vraiment" (Lenfant et Durand,). Cité par M. Porot (1989), J.M. Sutter avançait au premier congrès mondial de psychiatrie à Paris : "Seule la structure psychopathologique peut servir de base à la nosographie des délires chroniques"; il aurait sans doute pu ajouter que cela s'avérait d'autant plus vrai que le délire survenait tardivement.

B. Proximité délire - dépression.

En 1958, Nacht et Racamier présentaient à Bruxelles au Congrès des Psychanalystes de Langue Française un rapport sur la théorie psychanalytique du délire dans lequel ils écrivaient : " Le délire n'est pas une manière d'ignorer la réalité, il est façon autre de la percevoir et de la vivre, il est donc relationnel, compréhensible, puisque toujours en relation avec une histoire propre au développement affectif du malade et des ses conflits" (Lenfant et Durand, 1990).

Mais comment le vieillard perçoit-il la réalité ? Comment la vit-il ?

Un texte, extrait de la méditation d'un octogénaire sur la vieillesse, peut, en préambule, aider à mieux se pénétrer du vécu du sujet âgé. G. Mounin (1991), auparavant chercheur et enseignant, nous livre ici les fruits de sa réflexion : "J'ai donc, très tôt, tenté de méditer sur la vieillesse, et très tôt tenté de me préparer à ce que je pressentais, d'après mes lectures, devoir être un choc. Et pourtant, je

peux dire aujourd'hui que, pour si préparé que je me croyais, j'ai été surpris par l'âge ; et c'est une grande expérience, difficile et peut-être impossible à transmettre. Savoir, être prévenu, ne suffit pas. Que transmettre aux autres de cette expérience ? Sans doute qu'il faut se préparer, mais qu'il faut se préparer surtout à être surpris quand même. Ce qui est mystérieux, c'est que certaines expériences sont intransmissibles dans leur totalité, notamment par leurs descriptions intellectuelles, tant qu'on ne les a pas vécues pour son propre compte. Mais j'ai traversé jusqu'ici sans panique la vieillesse et la pensée de la mort. Car longtemps, ça a été la pensée de la mort qui a été la plus difficile à neutraliser".

A travers ce court extrait, peuvent être cependant perceptibles quelques éléments propres au sujet vieillissant :

- La confrontation directe à la mort est manifestement inévitable, sa "neutralisation" difficile.
- Le bouleversement affectif se fonde sur l'irréversible modification des conditions de vie : le départ à la retraite, le deuil de certains êtres chers, la survenue de pathologies physiques, la solitude...

En fait il semble même que, à travers de petits événements, cette dynamique affective soit déjà à l'oeuvre. Ainsi continue G. Mounin : "Je me souviens nettement d'un premier avertissement. C'était un après-midi du début de l'été, je montais une petite côte à vélo, et tout à coup, j'ai senti quelque chose d'anormal, une résistance mécanique. J'ai pensé à un accident du pignon, du dérailleur et j'ai mis pied à terre. Tout était normal. Et c'est plusieurs jours après au moins, que je me suis rendu compte que le mécanisme grippé, c'était mes muscles et mes genoux. Mais je n'ai pas compris. Et non plus un matin, sept ou huit ans plus tard, lorsqu'en me rasant, je remarquais avec étonnement que, sans m'en rendre compte, j'avais perdu mon visage de vingt ans, celui aussi de la trentaine, et que je ressemblais maintenant à mon grand-père. Finalement, lors d'un voyage à Paris, j'eus un moment de stupéfaction quand une jeune voyageuse se leva pour me céder sa place. Je devais avoir l'air fatigué, après une journée très chargée. Elle avait vu le vieil homme que j'étais déjà sans le savoir vraiment".

Ainsi se fait progressivement l'intégration psychique de son propre vieillissement, intégration essentiellement affective et même douloureusement affective ; les dénégations de G. Mounin "Je n'ai pas compris le signal", signal dont il garde le souvenir plusieurs années plus tard, sont à considérer comme autant de refus inconscients de percevoir ce signal.

Quelles contraintes psychiques imposent donc le vieillissement et l'approche de sa propre mort ?

S. Freud affirmait que "dans son inconscient, chacun de nous est persuadé de sa propre immortalité" (M. Godefroy, 1982). La remise en cause de ce précepte est certainement à l'origine d'un profond sentiment de doute, d'un bouleversement de l'échelle des valeurs, d'une nouvelle recherche du sens de la vie. La confrontation à cet élément ultime du principe de réalité va nécessiter un refoulement de cette réalité, refoulement qui peut opérer des retours sous forme dépressive.

L'image altérée de soi-même que propose le miroir renforce encore le doute, impose chaque fois au sujet âgé de se reconnaître dans le vieillard qu'il est devenu. Cette "trahison" corporelle qui ne permet plus de croire à une identité idéale inconsciente, ne se contente pas d'altérer la surface, mais remet en cause toute l'unité psychosomatique. En effet, "le moi psychique se développe par étayage mais aussi par différenciation et clivage à partir du moi corporel. Il existe chez l'être humain une tendance à l'intégration, à réaliser une unité de la psyché et du soma, identité fondée sur l'expérience vécue entre l'esprit ou psyché et la totalité du fonctionnement psychique" (D. Anzieu, 1985). S. Freud avait déjà pressenti cette unité psychosomatique lorsqu'il écrivait : "Le moi dérive en dernier ressort des sensations corporelles, principalement de celles qui ont leur source dans la surface du corps. On peut le considérer comme la projection mentale de la surface du corps, en plus de le considérer, comme nous l'avons vu plus haut, comme représentant la superficie de l'appareil psychique" (D. Anzieu, 1985).

A travers l'image du corps vieillissant, les pertes obligées du troisième âge (deuils d'êtres chers, retraite, défaillances corporelles...) s'inaugure la crise existentielle du vieillissement. Celle-ci contraint le sujet âgé à abandonner un idéal du moi, véritable "fil d'Ariane" de la vie, qui lui a permis jusque là d'assurer son propre sentiment de continuité. D'autant que "l'intimité maternelle de la

mort" (Bachelard cité par M. Godefroy, 1982), par l'augmentation des tensions qu'elle suscite, renforce encore cette nécessité de rééquilibration libidinale.

Quelle ressource reste-t-il au sujet âgé pour négocier ce passage ?

Certains n'hésitent pas et refusent tout bonnement de s'engager dans cette voie périlleuse. Ainsi Mme G. Alice (observation n°4), 83 ans, pour qui la vieillesse reste inadmissible. Elle raconte ainsi son histoire : "Mes enfants m'ont laissé tout ce que j'avais lorsque mon mari est décédé il y a neuf ans d'un cancer à la tête. Il était boucher, puis il a laissé le commerce car cela le fatiguait trop. Il a commencé à cultiver la terre et cela n'a plus été du tout. On l'a mis à l'hôpital à St Junien et il y est mort". Mme G. essuie quelques larmes, et continue : "J'ai des ennuis car j'ai une personne qui est venue s'installer chez moi. Je ne la connaissais pas, elle m'a surprise. Elle s'est permis de me battre chez moi. Mes enfants m'ont dit de la mettre dehors ; le boucher, le boulanger me demandaient pourquoi je gardais cette femme. J'ai finis par la mettre dehors. Rendez-vous compte, elle venait même dormir dans mon lit " .

Mme G. manifeste en fait, à travers ce discours, un délire de non reconnaissance du conjoint. Mr G. n'est pas mort, il vit toujours avec elle, même si, depuis quelques temps, elle semble le considérer comme un intrus, ou plutôt une intruse. Il est handicapé, se déplace avec une canne, dont elle se sert fréquemment pour le battre, lui qui ne peut plus se défendre. Elle semble bien plus attentive aux conseils du boucher, fonction que son mari a assumé durant des années, et ne peut, positivement, plus voir ce vieux mari handicapé. Accepter ce vieil homme comme conjoint (étymologiquement : joint avec), c'est s'accepter vieille et mortelle. Confrontée à ce rappel constant du principe de réalité, Mme G. préfère le veuvage.

Chez le dément, la dissolution du sentiment du moi, véritable squelette interne, remet en cause l'organisation pulsionnelle, qui se fait anarchique. Les limites du moi sont rompues, puis persistent uniquement des vestiges de ces frontières. Quelques essais de réorganisation peuvent surgir, dans une tentative de protection contre l'angoisse archaïque menaçante.

Ainsi peut être observé un syndrome du compagnon tardif. Malgré la destruction progressive de l'objet psychique, la "représentation de chose" reste encore possible au début de la démence, le sujet "s'appuyant sur une partie saine de la

psyché" (M. Peruchon, G. Le Goues,). Le dément, en risque constant de perte d'objet interne, tente alors de recréer un squelette externe, tel qu'il a pu exister dans la petite enfance. On comprend que la mère, premier bon objet intériorisé, joue fréquemment ce rôle d'appui narcissique.

La démentalisation s'accélère, l'hallucination, production psychique relativement élaborée, devient impossible. L'organisation pulsionnelle se désagrège, perd ses liens : le compagnon tardif, qui assure une relative cohérence du moi, nécessite à présent l'appui d'un objet réel, perceptible, qui puisse tenir lieu de but pulsionnel. Pour M. Peruchon et A. Thomé-Renault (1992), le compagnon tardif comme les fausses reconnaissances se constituent en "prothèses antidépressives qui, par la projection du bon objet qu'elles autorisent, parent ainsi à la dissolution mortifère du moi". Quelle que soit la forme démentielle, le lien entre réalité externe et les vestiges de l'objet interne, restent longtemps possibles quoique de plus en plus rares et fugitifs.

Ainsi, à travers la démentalisation, cette "pathologie du lien" (G. Le Goues, M. Peruchon,), n'est-ce pas une image de son moi à l'état de vestige que donne le dément ? La perte du sentiment du moi fait perdre peu à peu toute identité aux pensées, aux mots, aux choses.

Le délire tardif, qui parvient à assurer une continuité au moi, représente donc une défense efficace contre la démence, par la stabilité pulsionnelle qu'il peut engendrer. Il semble que le délire tardif, par son organisation stable des pulsions, évite à la fois la souffrance dépressive et la dissolution démentielle.

En fait, chaque vieillard, par sa confrontation à la mort, par le vieillissement du corps, dans son image ou ses fonctions, par l'abandon progressif de ses rôles social et familial, se trouve ainsi menacé dans son narcissisme primaire, dans son idéal du moi. S. Freud (1969) dans son "Introduction au narcissisme" établit bien l'origine de cet idéal : "Ce que le sujet projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance ; en ce temps-là, il était lui-même son propre idéal".

La première tentative de réparation narcissique va entraîner le repli du sujet sur lui-même, la tentative de guérison par un retournement de la libido d'objet sur le moi, un recours au narcissisme secondaire. Peut-être faut-il voir là l'origine du

"manque d'écho" dont se plaint S. Freud à Lou Andréas Salomé (cf. p. 27), dans cet obligatoire amoindrissement de l'investissement objectal.

Quoi qu'il en soit, la fragilisation de cet idéal du moi, et pour les personnalités névrotiques le nécessaire abandon du primat génital, implique un rééquilibrage de la balance libidinale.

Les mécanismes de défense éprouvés seront primitivement utilisés comme en témoigne G. Mounin ("Je n'ai pas perçu le signal") dans un refoulement manifeste. Mais peu à peu ce mécanisme devient inefficace par la dissolution progressive de l'idéal du moi. "Le refoulement provient du moi ; nous pourrions préciser : de l'estime de soi qu'a le moi. La formation d'idéal du moi serait à côté du moi, la condition du refoulement" (S. Freud, 1969).

L'élaboration psychique du vieillissement devient inévitable, avec réorganisation de l'idéal du moi qui seul peut préserver le sentiment de continuité du moi, servir de guide dans cette dernière voie. Le risque est dans la rupture, dans le clivage de l'espace psychique, dans l'altération de la "peau" mentale qui fixe les limites du moi, ainsi que le décrit D. Anzieu.

G. Mounin (1987) a opéré ce travail de façon clairement satisfaisante : "Pour moi, le contrepoison, de longue date, a été la méditation soutenue de fragments d'expériences bien décrites, au hasard des rencontres de textes. J'ai longtemps souri avec indulgence devant certains remparts : les mots croisés, le Scrabble, les réussites et les universités du troisième âge, les voyages étonnants des caravanes de têtes chenues qu'on rencontre partout dans le monde. J'avais tort. Chacun va vers son remède".

Quelle solution a donc trouvé cet octogénaire dont le narcissisme, bien que malmené par l'afflux pulsionnel, ne porte plus guère que des cicatrices, parfois douloureuses ?

La sublimation apparaît bien ici comme l'exutoire naturel, la dérivation pulsionnelle s'orientant dans une démarche intellectuelle. "La sublimation représente l'issue qui permet de satisfaire aux exigences du moi sans amener le refoulement" (S. Freud, 1969).

Ici semble bien s'inaugurer la "deuxième sortie vers une période de latence" (J.C. Arbousse-Bastide et G. Le Goues, 1982). On peut imaginer alors que le moi, libéré de ses "exigences" pulsionnelles, puisse enfin accomplir le nécessaire "travail du vieillir" (H. Bianchi, 1989). La réidentification aux imagos parentales, éléments fondateurs de l'idéal du moi, permet de baliser le chemin à parcourir, de renforcer cet idéal, de "neutraliser" l'idée de sa propre mort. L'inscription, à la fois plus grandiose et plus humble, dans une chaîne intergénérationnelle redonne du sens à la vie, menacée de non-sens, de devenir insensée.

Mme L. Jeanne (observation n°2), 61 ans, donne bien l'impression d'une personne insensée, ce qu'elle vit douloureusement. L'anxiété importante imprime sa marque dans la tachypsychie, le discours décousu, l'agitation motrice. "On a mangé tout ce que l'on avait et on ne pourra jamais payer. Les enfants vont tous perdre leur situation. On nous dit que l'on n'est pas assuré comme il faut, la famille court à la ruine. Demain, je ne sais pas si je serais morte ou en vie ; je ne sais pas si j'ai fait pipi hier, je ne bois pas assez. Il y a toujours des problèmes, les bêtes qui meurent, la récolte ne vaut rien. Avec la retraite qu'il nous donne, on ne peut pas vivre". Ce délire éclos dans un contexte de retraite récente, de départ des enfants et Mme L. a ainsi perdu en peu de temps à la fois ses fonctions de mère et d'agricultrice. Cette double perte, visiblement non préparée, a brutalement ôté son sens à la vie.

La redéfinition d'un idéal du moi permet la préservation de l'intégrité du moi dans un sentiment de continuité, de renforcer ses limites, de conforter le moi-peau dans sa "fonction de maintenance du psychisme" (D. Anzieu, 1985). La nouvelle stabilité de la balance libidinale va pouvoir permettre la relance d'un jeu pulsionnel et un commerce objectal satisfaisant.

Comment peut-on comprendre, dans ce cadre, la survenue tardive de certaines décompensations du sujet âgé ?

On perçoit bien que cette élaboration psychodynamique, ce bouleversement économique, ne sont pas toujours simples, et qu'il n'y a pas loin de la réorientation de l'idéal du moi à la mélancolie, véritable deuil narcissique, par perte de l'idéal.

Pour G. Le Goues cité par J.P. Clément (1992), "le mécanisme antidépresseur le plus solide est la chance d'avoir connu une mère capable d'avoir été là au moment où il y en avait besoin".

Une bonne intériorisation des images parentales, passant par une heureuse résolution du complexe d'Oedipe, semble également permettre la mise en place d'une solide assise narcissique.

Les dépressions tardives des sujets âgés, dépressions qui prennent si fréquemment une forme mélancolique, rendent bien compte de la fracture de ce socle narcissique. Pour J.C. Dias Cordeiro (1973), cette dépression de l'âge laisserait envisager une mauvaise élaboration de la position dépressive au sens de M. Klein, dans l'échec actuel du remaniement des défenses.

Pour J. Bergeret (1985), la mélancolie serait, sur le plan topique, "une faille du moi, une faillite de l'idéal du moi", avec réactivation de la blessure narcissique archaïque fondamentale.

On peut cependant envisager, compte tenu du flux pulsionnel, que des tentatives maladroites de réparation narcissique soient alors mises en oeuvre, le vécu douloureux de la dépression s'avérant insupportable. L'inefficacité des mécanismes de défense habituels tels le refoulement ou la sublimation se manifeste à travers l'impossibilité, pour le sujet, de négocier cette position dépressive. Il sera donc fait appel à des mécanismes de défense plus archaïques (projection, clivage, déni...), dans un but contredépresseur et de renforcement du narcissisme fragilisé. Ainsi voit-on apparaître des tableaux mixtes mêlant sémiologie dépressive et délirante, celle-ci apparaissant comme une imparfaite défense contre celle-là. C'est ce que P.C. Racamier (1968) nommait déjà défense contredépresseur, véritable "combat intrapsychique" mené contre la poussée dépressive. Ainsi évoquait-il les déprimés jaloux, dont la dépression inachevée ou contrariée, enrichie d'une jalousie pathologique, serait un véritable compromis entre la perte et la récupération de l'objet.

Cependant, tous les délirants tardifs ne manifestent pas de sémiologie dépressive, certains trouvant au contraire dans leur délire une certaine forme de sérénité. Serait-ce que celui-ci, par sa stabilité, par l'investissement objectal qu'il permet, assurerait maintenant de solides défenses du moi ? Pour H. Le Boucher et G. Le Goues (1982), l'état délirant tardif n'est pas obligatoirement synonyme

d'état psychotique stable, il s'agit plutôt d'une "production psychique oeuvrant avec plus ou moins de bonheur pour le rétablissement de l'équilibre libidinal". L'organisation progressive et la fixation de ce système contredépressif peuvent cependant s'avérer indispensables, la menace dépressive persistant.

Mr T. Pierre (observation n°9), 79 ans, par les différents symptômes qu'il présente au cours de son hospitalisation, conforte l'idée du rôle protecteur du délire contre la dépression.

Mr T. est un agent de la S.N.C.F. en retraite. Il est porteur d'un pacemaker, souffre d'hypoacousie, a cessé depuis quelques années un alcoolisme débuté dans sa jeunesse. Sa personnalité antérieure est marquée de rigidité, de tendance à la jalousie, de méfiance.

Le décès de sa femme, survenu précocement, l'a laissé seul pour élever ses deux enfants, éducation qu'il n'a d'ailleurs jamais assumée, son fils et sa fille ayant été rapidement confiés à leurs grands-parents maternels. Il a donc vécu seul, en appartement, dans une petite ville rurale proche de Limoges.

Quelques troubles thymiques à type de dépression sont apparus il y a quelques mois, une tentative d'hébergement chez son fils s'est soldée par un échec : les disputes étaient incessantes, Mr T. essayant d'imposer en tout son propre mode de vie. Mr T. a donc été "placé" dans la maison de retraite de son village. Deux mois plus tard, après une tentative de noyade, il est hospitalisé à Limoges. La symptomatologie, primitivement mélancolique, a grandement évolué : un délire de persécution, centré sur le personnel de la maison de retraite, est apparu, soulageant manifestement le sentiment de désespoir préexistant. Lors de notre entretien, Mr T. présente un visage fermé, à l'expression soucieuse, très triste. Il reste réticent, méfiant, tente de clore rapidement l'entretien. La thymie reste dépressive, Mr T. exprime un profond sentiment de désespoir, quelques vagues idées de suicide, renie cependant tout vécu de culpabilité ou d'impuissance. La symptomatologie délirante est très nettement atténuée : persistent uniquement quelques idées mal définies de persécution, sans persécuteur désigné. L'anxiété a grandi ces derniers jours, alors que le délire s'amointrissait, et trouve son expression, lors de l'entretien, dans de maladroites tentatives de fuite, un regard toujours détourné, une réticence croissante.

L'instabilité de ce système délirant ne fait guère de doute à la lumière de cette observation, ni le rôle d'exutoire pulsionnel que peut constituer ce délire, dont la phase productive est remarquable par l'anxiolyse qu'elle procure.

L'organisation progressive et la fixation de ce système contredépressif peuvent cependant s'avérer plus confortables. Le délire se constitue en véritable "pansement" narcissique, permettant au moi de conserver une certaine cohésion, au prix, bien entendu, d'une perte de contact avec la réalité. On peut en rapprocher les "psychoses traumatiques" de A. Jouanneau (1974), "où la réalité dépasse les capacités d'intégration relationnelle du moi avec l'extérieur, comme une lumière trop intense compromet la vision claire" ; ou cette réflexion de S. Freud à propos des psychoses, tirée de son ouvrage "Les psychonévroses de défense" : "Le moi s'arrache à la représentation inconciliable, mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie, de la réalité".

Le recours au concept de moi-peau de D. Anzieu (1985) peut permettre un éclairage intéressant de cette pathologie du sujet âgé : s'inspirant des travaux de S. Freud et P. Federn, D. Anzieu désigne par moi-peau "une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps".

Le sentiment du moi, selon P. Federn, analogue du narcissisme primaire, constitue le noyau du moi, et il est normalement constant. Il assure le sentiment d'une unité dans le temps et le sentiment d'une unité dans l'espace au moment présent. P. Federn porte surtout son attention sur l'écorce, les limites du moi : "Chaque fois qu'il y a un changement d'investissement du sentiment du moi, nous avons le sentiment des frontières de notre moi" (D. Anzieu).

Le concept de D. Anzieu définit neuf fonctions au moi-peau. Les quatre premières fonctions surtout paraissent défailtantes lors de l'éclosion d'état délirant tardif. Ce sont : La maintenance du psychisme, la fonction contenant, le rôle de pare-excitation, l'individuation du soi.

Ainsi le moi-peau, qui laisse filtrer, de part et d'autre, des pulsions, ne peut manifestement plus remplir ses rôles de contenant, de pare-excitation et ne

garantit plus dès lors la maintenance du psychisme, véritable fonction de soutènement de l'appareil psychique. L'affaiblissement des frontières du soi fait perdre le sentiment d'être un être unique, bien individualisé.

Dans sa recherche active et désespérée de nouvelles frontières du moi, le délirant tardif met en place des limites, qui, bien que fausses, lui permettent de conserver un certain sentiment du moi.

Peut-être cette théorie nous permet-elle d'articuler la pathologie délirante tardive aux troubles démentiels, troubles qui se caractérisent par la perte du sentiment du moi et une dissolution totale des frontières du moi. On imagine bien que dans cette description peuvent prendre place tous les tableaux intermédiaires, incluant donc la démence délirante.

L'essai de guérison de l'appareil psychique que représentent les états délirants tente donc de redéfinir des frontières bien stables. Deux sentiments, pas toujours contradictoires, vont alors orienter le délire selon deux axes :

- le sentiment d'intrusion, de persécution, qu'on pénètre chez eux ;
- le sentiment contraire de pouvoir, d'absence de limite à leurs capacités.

A ces deux vécus correspondent en fait d'anarchiques pulsions à but tantôt objectal, tantôt narcissique.

Ainsi le thème de préjudice, si fréquent chez le vieillard délirant, peut être entendu à la fois comme un "je suis le bon objet, les autres sont mauvais", et impliquant un mécanisme projectif, ou bien comme la recherche d'un nouvel objet qui se dérobe.

Mme S. Thérèse (observation n°16), 81 ans, semble avoir trouvé, à travers son délire, un équilibre libidinal remarquable.

Elle vit habituellement seule, prend plaisir à d'épisodiques relations de voisinage. Une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire ainsi qu'une hypertension artérielle sont notées dans ses antécédents. Elle est plutôt exaltée que triste lors de l'entretien, et prend immédiatement la parole pour relater son expérience merveilleuse : "J'ai fait un voyage inoubliable, je suis passée à l'an

2000. J'ai eu mes 91 ans le 25 Janvier, et il s'est fait que l'an 2000 a commencé". "J'ai plongé au fond de la mer aussi ; comme Limoges est pollué, on ira vivre sur une autre planète, on sera heureux comme des coqs en pâte. Il n'y aura pas d'impôt, on mangera pour rien. La vie ne sera pas la même : on ne mourra pas, on sera logé, vous vous marierez, aurez des enfants, des petits-enfants, et encore, et encore. Personne ne mourra, vous les connaîtrez tous".

Mme S. est heureuse, à n'en pas douter. Que rêver de mieux, pour son narcissisme, que cette immortalité, cette toute puissance ? ("Je suis chargée de guérir le monde. Est-ce le bon Dieu, les astres, c'est dans moi"). Ce délire de longévité lui permet de plus de reprendre contact avec le monde, des générations entières de personnes éternellement heureuses l'entourent, la vénèrent, l'adorent au sens propre du mot. Elle rétablit ainsi un commerce objectal défaillant, qui, pour être irréel, n'en est pas moins réconfortant.

La question reste entière cependant, de savoir pourquoi tel vieillard va privilégier la voie délirante plutôt qu'une autre. D. Anzieu (1985) suggère que le moi acquiert le sentiment de sa continuité temporelle dans la mesure où le "moi-peau se constitue comme une enveloppe suffisamment souple aux interactions de l'entourage et suffisamment contenante de ce qui devient alors des contenus psychiques".

On peut alors percevoir qu'un manque de souplesse de l'appareil psychique, tel qu'on le trouve chez les personnalités paranoïaques, puisse rompre ce sentiment de continuité temporelle, indispensable au moi.

De même, tout défaut de structuration de l'appareil psychique peut être à la source de brutale décompensation, l'absence d'étayage extérieur prenant une ampleur catastrophique.

Mme T. Paulette (observation n°12), 70 ans, est exemplaire à ce titre. Elle a quitté sa famille à 20 ans pour vivre auprès de son mari. Deux enfants, géographiquement éloignés à présent, sont nés. Sa vie s'est déroulée sans grand accroc jusqu'en 1978, date d'une mammectomie pour un adénocarcinome. Son mari est décédé en 1984. Elle a rejoint sa mère pour lui prodiguer ses soins, tâche qu'elle a assumée sans faille jusqu'au décès de celle-ci en 1986. Ses voisins proches, gens âgés pour la plupart, étaient morts. Mme T. a débuté son délire, délire qui n'a guère évolué depuis lors malgré toutes les thérapeutiques.

IV. CONCLUSION

On connaît maintenant de façon assez claire les facteurs de risque prédisposant le sujet âgé à des décompensations délirantes ; l'isolement affectif, les handicaps sensoriels, visuels et auditifs, les événements précipitants et la personnalité antérieure jouent manifestement un rôle de premier plan dans cette pathologie.

Peut-on en déduire qu'il existe une "maladie délirante tardive" ?

Comment en comprendre la survenue durant le troisième âge ?

Notre étude a colligé 21 cas de délires tardifs, personnes âgées de plus de 60 ans, et hospitalisées au C.H.S. Esquirol à Limoges d'Octobre 1991 à Avril 1992. Malheureusement, la petite taille de notre échantillon de patients ne nous permet guère de déterminer une ou des populations particulièrement exposées à cette pathologie, de façon statistiquement significative. Néanmoins, cette voie de recherche paraît prometteuse, quelques corrélations ayant pu être établies sur notre petit groupe de patients. Quoi qu'il en soit, ce groupe se révèle bien comparable à ceux constitués par d'autres auteurs. La classification qui est ensuite tentée à l'aide du D S M III R se révèle imparfaite : peu adaptée à la pathologie psychogériatrique, à son polymorphisme sémiologique, elle impose la fiction d'étiquettes diagnostiques souvent contestables. Cette classification donne de plus l'image fautive de tableaux cliniques figés, peu évolutifs.

Or, l'histoire naturelle de cette pathologie délirante ne peut exclure son caractère mobile, extraordinairement dynamique : le délire se charge de sens, est toujours affectivement très investi. L'incontournable fragilisation narcissique, la confrontation à la mort, contraignent le sujet âgé à un remaniement pulsionnel, à une recherche d'un nouvel équilibre libidinal.

Ainsi une possible trame d'une psychopathologie des états délirants tardifs ne peut-elle manquer de prendre en compte les personnalités, l'aménagement de l'organisation antérieure des défenses face au vieillissement, et la qualité de l'entourage.

Face au vieillissement harmonieusement vécu grâce à des réinvestissements de bonne qualité, pourrait être alors opposée une échelle de déstructuration progressive dont les principaux degrés seraient :

- la dépression, qui serait un défaut d'élaboration des pertes réelles ou vécues. Cette perte porterait notamment sur une partie de l'idéal du moi.
- le délire, qui tente d'établir des défenses contredépressives, sans modification aucune de l'idéal du moi, mais choisit la voie de l'inadaptation du moi à la réalité. Les pulsions restent cohérentes, narcissiques ou libidinales à la recherche d'un objet.
- la démence enfin, véritable naufrage narcissique qui entraîne l'éclatement de l'idéal du moi, la totale désorganisation pulsionnelle.

On est bien loin ici du D S M III R et de son morcellement diagnostique obligatoire qui ne peut tenir compte du remarquable dynamisme psychique des vieillards.

BIBLIOGRAPHIE

Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1985, 254.

Arbousse-Bastide J.C., Le Goues G. Mouvement défensifs du moi au cours du vieillissement. *Acta psychiatrica*, 1982, 12 (6), 75-83.

Azima H., Lemieux M., Azima F.J. Isolement sensoriel : étude psychopathologique et psychanalytique de la régression et du schéma corporel. *L'évolution psychiatrique*, 1962, XXVII (2), 259-281.

Balier C. Pour une théorie narcissique du vieillissement. *L'information psychiatrique*, 1979, 55 (6), 635-645.

Ballet G., Arnaud F.L. Délire systématisé des grandeurs sans affaiblissement intellectuel notable chez un vieillard de quatre-vingts ans passés. *Annales médico-psychologiques*, 1895, 8 (1), 161-173.

Ballet G. *Traité de pathologie mentale*, Paris, Doin, 1903, 574-575.

Baruk H. La gériatrie psychiatrique, résultats de l'expérience d'un service de gérontologie psychiatrique à l'établissement national de St-Maurice. *L'information psychiatrique*, 1958, 4 (4), 247-257.

Bergeret J., Broussolle P., Jourlin N. Les psychoses tardivement psychotiques. *L'information psychiatrique*, 1972, 48 (2), 135-137.

Berner P., Berner C. La psychoses naissante vient-elle de troubles cognitifs ou de troubles affectifs ?. In : H. Grivois (Ed), *psychose naissante, psychose unique ?*, Paris, Masson, 1991, 105-114.

Berrios G.E., Brook P. Delusions and the psychopathology of the elderly with dementia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1985, 72, 296-301.

Bianchi H. Travail du vieillir et travail du trépas. *Psychanalyse à l'université*, 5 (20), 613-619.

Bianchi H. Vieillir, ou les destins de l'attachement. In : H. Bianchi, J. Gagey, J.P. Moreigne, G. Balbo, D.Y. Poïvet, L.V. Thomas (Eds), *La question du vieillissement, perspectives psychanalytiques*, Paris, Dunod, 1989, 33-63.

Bland R.C., Orn H. Schizophrenia : Schneider's First Rank Symptoms and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 137, 63-68.

Boiffin A. Le vécu de la personne âgée dans les institutions. *Psychologie médicale*, 1983, 15, 1219-1222.

Boiffin A. La relation d'objet chez le vieillard : à propos du veuvage. *Annales de Psychiatrie*, 1989, 4 (1), 43-46.

Boiffin A., Le Goues G. L'hospitalisation et la personne âgée. *La revue de gériatrie*, 1982, 7 (3).

Bouckson G., Commandeur M.C., Romette-Ruau G., De Alcalá P., Delheure E. Psychose et démence sénile. *Psychologie médicale*, 1987, 19 (8), 1263-1265.

- Brennes-Jette C.C., Winett R.L. Late onset paranoïd Disorder. *Amer J. Orthopsychiat*, 1987, 57 (4), 485-494.
- Burgermeister J.J., Dias Cordeiro J.C., De Ajuriaguerra J. Les états délirants à début tardif. *Confrontations psychiatriques*, 1970, 5, 63-82.
- Casey D.A., Wandzilak T. Senile macular Degeneration and Psychosis. *J. Geriatr. Psychiatr. Neurol.*, 1988, 1, 108-109.
- Claude H., Ey H. Hallucinosse et hallucination. *L'encéphale*, 1932, II, 576-621.
- Clement J.P. Deuil et vieillissement. In : *Les séminaires du GIRAD 1990-1991*, Neuilly sur Seine, Laboratoire Euthérapie, 1992, 64-80.
- Cooper A.F., Garside R.F., Kay D.W.K. A comparison of deaf and non deaf patients with paranoïd and affective psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1976, 129, 532-538.
- Dedieu-Anglade G. Malades hospitalisés en milieu psychiatrique pour la première fois, au cours du troisième âge. *L'information psychiatrique*. 1969, 45 (5), 487-510.
- Dedieu-Anglade G. Psychothérapie des troubles psychonévrotiques au cours du vieillissement. *Encycl. Med. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37 541, A¹⁰, 10-1981.
- Dessuant P. *Le narcissisme*. Paris, Presses universitaires de France, 1988, 125 p.
- Dias Cordeiro J.C. Les états délirants tardifs : approche phénoménologique et psychodynamique. *Thèse N° 3270*, Genève, 1972.
- Dias Cordeiro J.C. Etats délirants du troisième âge. *L'encéphale*, 1973, 62 (1), 20-55.
- Dias Cordeiro J.C. Les conduites délirantes chez l'âge. *Psychologie médicale*, 1989, 21 (8), 1125-1131.
- D S M III R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson, 1989, 624 p.
- Durand J.P., Lenfant A.Y. Le délire d'apparition tardive du sujet âgé : problèmes de classification. *Thèse Lille II*, 1990, 147 p.
- Ey H., Bernard P., Brisset C. *Manuel de psychiatrie*. Paris, Masson, 1989, 1166 p.
- Ferenczi S. *Oeuvres complètes, Tome III*. Paris, Payot, 1982, 151-155.
- Fish F. Senile Schizophrenia. *J. Ment Science*, 1960, 106, 938-946.
- Frances A., Brown R.P., Kocsis J.H., Mann J.J. Psychotic depression : a separate entity ? *Am. J. psychiatry*. 1981, 138 (6), 831-833.
- Freud A. *Le moi et ses mécanismes de défense*. Paris, Presses universitaires de France, 1975, 166 p.
- Freud S. *La vie sexuelle*. Paris, Presses universitaires de France, 1989, 159 p.

- Freud S. *Névrose, psychose et perversion*. Paris, Presses universitaires de France, 1973, 303 p.
- Glassman A.H., Roose S.P. Delusional depression: a distinct clinical entity ? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1981, 38, 424-427.
- Grahame P.S. Schizophrenia in old age (late paraphrenia). *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, 493-495.
- Godefroy M. Vieillesse et chirurgie esthétique. *Actualités psychiatriques*, 1982, 6, 99-101.
- Guelfi J.D., Boyer P., Consoli S., Olivier Martin R. *Psychiatrie*, Paris, Presses universitaires de France, 1987, 932 p.
- Guillemard A.M. Faut-il avoir peur ? In : B. Veysset-Puijalon (Ed), *Etre vieux, de la négation à l'échange*, Paris, Autrement, 1991, 29-40.
- Hasegawa K. The epidemiological study of depression in late life. *Journal of affective disorders*, 1985, Sup. 1, 3-6.
- Herbert M.E., Jacobson S. Late paraphrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1967, 113, 461-469.
- Holden N.L. Late paraphrenia or the paraphrenias ? *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, 635-639.
- Jeanneau A. Le délire n'est pas un rêve. *Revue française de psychanalyse*, 1974, 5 (6), 1137-1139.
- Kay D.W.K., Roth M. Environnemental and hereditary factors in the schizophrenias of old age. *J. Ment. Science*, 1961, 107, 649-686.
- Kay D.W.K. Late paraphrenia and its bearing on the aetiology of schizophrenia. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1963, 39, 159-169.
- Kendler K.S., Spitzer R.L., Williams J.B.W. Psychotic disorders in D S M III R. *Am. J. Psychiatry*, 1989, 146 (8), 953-960.
- Kivela S.L., Pakhala K. Delusional depression in the elderly : a community study. *Z. Gerontol.* 1989, 22, 236-241.
- Koehler K. First Rank Symptoms of schizophrenia : questions concerning clinical boundaries. *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134, 236-248.
- Kraepelin E. *Introduction à la psychiatrie clinique*. Paris, Navarin, 1984, 439 p.
- Laplanche J., Pontalis J.B. *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1990, 514 p.
- Lasègue C. De l'évolution du délire de persécution. *Ann. Med. Psychol.*, 1881, 5, 272-277.
- Le Boucher H., Le Goues G. Valeur économique des états délirants tardifs. *Actualités psychiatriques*, 1982, 6, 67-71.

Le Boucher H., Le Goues G., Angelergues R. Réémergence de l'autoérotisme au cours du vieillissement. *Act. Psych.* 1982, 12 (6), 61-65.

Léger J.M., Tessier J.F., Garoux R. Rôle du compagnon imaginaire et de l'objet transitionnel dans la vie affective du dément sénile. *Psychologie médicale*, 1983, 15 (10), 1565-1566.

Léger J.M., Tessier J.F. Les états délirants chez le sujet âgé. *Sem. hôp. Paris*, 1985, 61 (31), 2269-2274.

Léger J.M., Garoux R. Tessier J.F., Chevalier B. Le compagnon tardif et l'objet non animé du sujet dément sénile. *Ann. Med. Psychol.*, 1986, 144 (4), 341-355.

Léger J.M., Clément J.P., Tessier J.F. Y a-t-il une spécificité des délires de l'âge ? *Congrès de psychiatrie et neurologique de langue française*. Montréal, 1989.

Léger J.M., Tessier J.F., Mouty M.D. *Psychopathologie du vieillissement*. Paris, Doin, 1989, 253 p.

Léger J.M., Clément J.P. D S M III, D S M III R et pathologie mentale du sujet âgé. Intérêts et limites. *Psychologie médicale*, 1990, 22 (7), 617-624.

Le Goues G. Système de pare-excitation et vieillissement. *Act. Psych.*, 1982, 12 (6), 83-89.

Le Goues G., Le Morvan A., Boiffin A. L'abord de l'agé vu par le clinicien en psychologie. *La revue de gériatrie*, 1982, 7 (3), 127-131.

Le Goues G. L'expérience du discontinu. *Ann. Psychiatr.*, 1989, 4 (1), 31-35.

Le Goues G. Le travail du vieillir. In : B. Veysset-Pujalon (Ed), *Etre vieux, de la négation à l'échange*, Paris, Autrement, 1991, 146-152.

Le Goues G., Peruchon M. Ultimes processus de pensée. *Rev. franç. Psychanal.*, 1992, 1, 135-148.

Lewine R., Renders R., Kirchhofer M., Monsour A., Watt N. The empirical hétérogénéité of First Rank Symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1982, 140, 498-502.

Marneros A. Schizophrenic First Rank Symptoms in organic mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 152, 625-628.

Mellor C.S. First Rank Symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1970, 117, 15-23.

Meyers B.S., Greenberg R. Late life delusionnal depression. *Journal of affective disorders*, 1986, 11, 133-137.

Meyers B.S. Late life depression and delusions. *Hospital and Community Psychiatry*, 1987, 38 (6), 573-574.

Moriss R.K., Rovner B.W., Folstein M.F., German P.S. Delusions in newly admitted residents of nursing homes. *Am. J. Psychiatry*, 1990, 147, 299-302.

Mounin G. Né le 20 Juin 1910. In : B. Veysset-Pujalon (Ed), *Etre vieux, de la négation à l'échange*, Paris, Autrement, 1991, 122-129.

- Mousnier C. Approche historique de la psychogériatrie. *Mémoire pour la délivrance du certificat d'études spéciales de psychiatrie*, Limoges, 1991, 168 p.
- Murakami M. Hallucinatory - delusional states in the elderly : treatment classification. *Keio. J. Med.*, 1990, 39 (3), 142-158.
- Musalek M., Berner P., Katschnig H. Delusional theme, sex and age. *Psychopathology*, 1989, 22, 260-267.
- Pascalis J.G., Perceau A., Theret L., Jarraya A., Achich A. Les classifications de Kraepelin à la D S M III. *Ann. Med. Psychol.*, 1989, 147 (3), 359-362.
- Pearlson G.D., Kreger L., Rabins P.V., Chase G.A., Cohen B., Wirth J.B., Schlaepfer T.B., Tune L.E. A chart review study of late - onset and early - onset schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1989, 146 (12), 1568-1573.
- Pelicier Y. Le temps, l'âge et l'institution. *Psychologie médicale*, 1983, 15 (8), 1209-1211.
- Pelletier J.C., Oppenheim G. Idées délirantes du troisième âge, aspects cliniques et approche situationnelle. *Rev. française de psychiatrie*, 1987, 5 (1), 15-20.
- Peruchon M., Le Goues G. Les processus de pensée dans la maladie d'Alzheimer - approche psychanalytique. *Bulletin de psychologie*, 1990, 398, 11-14.
- Peruchon M., Thomé-Renault A. *Destins ultimes de la pulsion de mort*. Paris, Dunod, 1992, 192 p.
- Porot M. Approche d'une classification française des délires. *Ann. Med. Psychol.*, 1989, 147 (3), 374-381.
- Post F. The management and nature of depressive illness in late life : a follow-through study. *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, 393-404.
- Post F. Aspects of psychiatry in the elderly. *Proc. R. Soc. Med.*, 1967, 60, 249-254.
- Racamier P.C. Aggression et jalousie : deux singuliers visages de la dépression. *L'évolution psychiatrique*, 1968, 33, 291-307.
- Reisberg B., Ferris S.H., De Leon M.J., Grook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry*, 1982, 139 (9), 1136-1139.
- Reverzy J.F. Introduction à une psychopathologie de la crise. *Perspectives psychiatriques*, 1981, 11 (81), 87-89.
- Richard J., Droz P. Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie gériatrique. *Confrontations psychiatriques*, 1984, 24, 275-297.
- Ritti A. Les psychoses de la vieillesse. *Rapport du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française*. Paris, Masson, 1896, 3-48.
- Robinson J.R. The natural history of mental disorder in old age. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, 783-789.

Robinson D.G., Spiker D.G. Delusional depression - a one-year follow up. *Journal of affective disorders*, 1985, 9, 79-83.

Rossmann-Parmentier A., Suchet D., Kocher Y., Artes Y., Vogel M., Liere J., Ploton L., Simeone I. Comment utiliser la crise psychogériatrique pour améliorer le maintien à domicile ? *Ann. Psychiatr.*, 1989, 4 (1), 76-81.

Roth M., Morrissey J.D. Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age. *J. Ment. Science*, 1952, 98, 66-80.

Roth M. The natural history of mental disorder in old age. *J. Ment. Science*, 1955, 101, 282-301.

Simeone I. La crise. *Psychologie médicale*, 1985, 17 (8), 1107-1109.

Tessier J.F., Léger J.M. Problèmes d'autonomie posés par la survenue de certains troubles psychiques chez le sujet âgé : éléments de réponse ? *Ann. Psychiatr.*, 1989, 4 (1), 21-26.

Therme J.F. Troubles psychiatriques du sujet âgé et congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de 1889 à 1989. à paraître.

Vignat J.P. Famille, personnalité et personne âgée. *Psychiatrie française*, 1987, 3, 397-403.

Watt J.A. The relationship of paranoid states to schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142 (12), 1456-1458.

Watt J.A. Hearing and premorbid personality in paranoid states. *Am. J. Psychiatry*, 1985, 142 (12), 1453-1455.

Wertheimer J. La recherche en psychogériatrie. *Ann. Psychiatr.*, 1989, 4 (1), 55-60.

Widlöcher D. Méthodologie de la recherche en psychiatrie. *Encycl. Med. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37 040, B¹⁰, 1980.

I. INTRODUCTION	12
II. PREMIERE PARTIE	13
A. Historique	13
B. Approche de la question : Conceptions actuelles	16
1. Importance du problème	16
2. Le problème de l'adulthoodisme	18
3. Désafférentations sensorielles	19
a) Sphère auditive	20
b) Sphère visuelle	23
c) Sphère tactile	27
4. Isolement social	28
5. Personnalités antérieures	30
6. Pathologies familiales	33
7. Evénement déclenchant	35
8. Psychopathologie de la vieillesse	37
a) Généralités	37
b) Narcissisme et régression	41
c) Concept de crise	46
C. Délire et autres pathologies psychiatriques	50
1. Idées délirantes et dépression	50
2. Idées délirantes et troubles cognitifs	54
3. Idées délirantes et confusion	59
D. Etude entreprise	61
1. Méthodologie et définitions	61
2. Résultats	63
3. Commentaires et problèmes rencontrés	74
a) Problèmes liés à la méthodologie de l'étude :	74

b) Problèmes liés au sujet âgé :	76
4. L'enquête en quelques mots	77
III. DEUXIEME PARTIE: DISCUSSION	78
A. Le délire de l'âgé est-il une schizophrénie ?	78
B. Proximité délire - dépression.	101
IV. CONCLUSION	113
ANNEXES	
Observation N°1	
Observation N°2	
Observation N°3	
Observation N°4	
Observation N°5	
Observation N°6	
Observation N°7	
Observation N°8	
Observation N°9	
Observation N°10	
Observation N°11	
Observation N°12	
Observation N°13	
Observation N°14	
Observation N°15	
Observation N°16	
Observation N°17	
Observation N°18	
Observation N°19	
Observation N°20	

Observation N°21

Lettre d'introduction à l'étude.

Echelles de cotation utilisées :

Mini Mental Status de Folstein

Echelle de Reisberg

Echelle d'anxiété de Hamilton

Echelle de dépression de Hamilton

Définition de la schizophrénie selon le D S M III R.

ANNEXES

LIMOGES, le 15 Octobre 1991



CENTRE
HOSPITALIER SPECIALISE
ESQUIROL

F. MORGANT - Interne DES

PSY - Sce Professeur GAROUX

poste 1280

Monsieur, Madame,

Un travail est actuellement entrepris en vue d'une thèse à propos du délire tardif du sujet âgé.

Nous envisageons dans ce but de repérer puis d'évaluer les personnes âgées de 65 ans et plus, sans antécédent psychiatrique, présentant un premier épisode délirant et admises au C. H. S. Esquirol du 1er octobre 1991 à fin mars 1992.

Dans ce but, nous sollicitons de votre part l'autorisation de rencontrer les patients hospitalisés dans votre secteur.

Une collaboration de votre part est indispensable pour nous signaler toute admission entrant dans le cadre de notre étude ; un échange entre médecins serait également fructueux.

En vous remerciant de votre aide, veuillez agréer, Monsieur, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

F. MORGANT

Tél. 55.43.12.80.

5 Rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES Cédex

Fax : 55-43-10-12

OBSERVATION N°1

Mr P. Robert, 68 ans, était conducteur électricien à la SNCF. Il fréquente actuellement l'hôpital de jour pour personnes âgées en raison d'un épisode dépressif important. Celui-ci semble avoir pour origine un conflit conjugal ancien et accentué par l'arrêt d'un éthyisme chronique. Un fils unique, né de ce mariage, rend fréquemment visite au couple, qui vit, par ailleurs, de façon isolée. Avant que ne survienne cette dépression, Mr P. s'occupait essentiellement autour de la maison, jardinait un peu, prenait soin de ses pigeons.

Il a pour antécédents médico-chirurgicaux une hypertension artérielle, une polynévrite éthylique, un diabète non insulino-dépendant. Une surdité importante le contraint à porter un appareil auditif.

Depuis une semaine sont apparues des idées délirantes.

Mr P. entre lentement dans le bureau, le visage immobile et douloureux, la tenue un peu négligée. Il paraît accablé lorsqu'il nous fait part de ses sentiments actuels : "Je n'ai plus de mémoire, je n'ai plus de moral. Il n'y a que des idées noires, tout le reste est parti...". L'entretien est difficile, les troubles de l'attention importants malgré un désir de collaboration indéniable.

La fin de la rencontre apporte quelques éléments nouveaux : "J'ai peur..., peur...". Mr P. lance un regard de côté, visiblement paniqué, hésite à se confier. "C'est passager" dit-il enfin, puis "Je ne vais tout de même pas vous donner mes idées !". Se confirme ensuite des idées de persécution importantes, dans un délire qui se révèle bien structuré, quoique pauvre. Les mécanismes interprétatifs et intuitifs s'y révèlent nettement.

La thymie quasi mélancolique reste cependant toujours au premier pla ; l'idée de culpabilité, de nécessaire punition semble en fait structurer ce délire.

Les classifications de cet épisode peuvent être ainsi envisagées :

- Classification française : mélancolie délirante
- Classification D S M III R : épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur. Axe II : possible personnalité dépendante.

OBSERVATION N° 2

Mme L. Jeanne, 61 ans, est une exploitante agricole en retraite depuis un an. Elle vit depuis lors avec son mari dans leur ferme, où ils reçoivent la visite fréquente de leurs cinq enfants. Ils entretiennent de bonnes relations avec leurs voisins. Depuis quelques mois est apparue une hyperthyroïdie, actuellement traitée par Néomercazole et Aulocardyl. Mme L. qui est gênée par une baisse de l'acuité visuelle, chausse depuis quelques mois la paire de lunettes de son père décédé.

Son hospitalisation actuelle est la conséquence de troubles psychiques apparus simultanément à son hyperthyroïdie. Là aussi les vécus dépressifs et persécutifs semblent étroitement intriqués, dominés par une anxiété majeure avec tachypsychie et agitation motrice. Elle s'exprime ainsi : "On a mangé tout ce que l'on avait et on ne pourra jamais payer. Les enfants vont tous perdre leur situation. La famille court à la ruine. Avec la retraite qu'ils nous donnent, on ne peut pas vivre...". Si le mécanisme reste ici essentiellement intuitif, des éléments hallucinatoires sont également notés : "J'ai parfois des bourdonnements d'oreille, ça fait de la musique, je ne la reconnais pas. J'ai vu des mouches, puis une boule de soleil que je voulais tuer ; elle était là, mais pas vraiment...".

L'entretien est assez peu aisé compte tenu d'une certaine réticence : "Je ne suis pas obligée de vous répondre. On m'a amenée dans cette prison, je n'étais pas d'accord !".

Ainsi chez Mme L. prédominent des thèmes de ruine, de culpabilité, de mort accompagnés d'une anxiété diffuse majeure avec hypervigilance.

Un certain degré de désorientation spatiale est également noté sans troubles cognitifs importants.

La classification de ses troubles peut être ainsi faite :

- Classification française : trouble psychique dans le cadre d'une hyperthyroïdie.
- D S M III R : psychosyndrome organique. Axe III : Hyperthyroïdie.

OBSERVATION N° 3

Mme T. Marie, 64 ans, n'a pas eu une vie facile : mariée jeune, elle a longtemps "fait des ménages", jusqu'au départ de son mari en 1972. Son fils unique, marié, vit dans une autre région et ne peut lui rendre que de trop rares visites. Elle vit maintenant seule depuis plusieurs années dans un appartement à Limoges, sans amitié solide.

Ses premiers troubles remonteraient à 1987, date à laquelle elle se serait violemment disputée avec une voisine. Depuis lors, son état psychique s'est lentement dégradé et des troubles du comportement récents ont entraîné cette hospitalisation.

Mme T. a un aspect nettement négligé, le contact est d'emblée facile. Elle s'exprime aisément, sans aucune réticence mais le discours est mal structuré, émaillé de coq à l'âne ; la thymie, loin d'être euphorique, semble au contraire empreinte d'une certaine tristesse. L'entretien n'est cependant pas toujours aisé car Mme T. manifeste par ailleurs des troubles de l'attention importants : Ainsi, elle annonce avoir besoin de sa paire de lunettes durant la passation du MMS de Folstein, sort de la pièce et revient quelques minutes plus tard avec son sac à main... mais sans sa paire de lunettes. Les fonctions intellectuelles sont par ailleurs correctes (MMS à 23/30), l'orientation préservée.

Le psychisme est globalement envahi d'un vécu persécutif grandissant, le monde entier participant manifestement à cette cabale : "Mon fils vient aujourd'hui pour avoir la clef, mais il a déjà mon compte en banque... (Une pie chante, dehors). Tiens, voilà la pie, c'est un signe de malheur, elle est toujours devant ma chambre. Mon mari habite dans ma maison, et en plus il a gardé les meubles".

Le voisinage actuel est directement impliqué dans ses idées de persécution : "C'est une portugaise qui vit au-dessous de chez moi, au lieu d'aller au WC, elle fait dans un seau, et quand je mange, elle l'ouvre. Toute la journée, elle envoie des bombes qui sentent... Je vais Caraï, c'est du portugais, je ne sais pas ce que cela veut dire...". Mme T. est intarissable à ce propos, manifestant à travers ce délire des mécanismes intuitifs vraisemblablement mêlés à des hallucinations olfactives.

La classification française pourrait ici évoquer deux diagnostics :

- un délire de persécution mais le mécanisme interprétatif fait défaut.
- une mélancolie délirante.

De même sur l'axe I du D S M III R, on peut envisager différents diagnostics :

- une schizophrénie chronique avec exacerbation aigue, de type indifférencié.
- un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

Axe II : possible personnalité schizotypique.

OBSERVATION N° 4

Mme G. Alice, 83 ans, longtemps ouvrière dans l'industrie du gant, se présente comme une grand-mère pimpante, souriante. Elle assumait sans problème ses tâches ménagères deux mois auparavant. Depuis lors, cela lui est devenu impossible.

Elle vit avec son mari au premier étage d'une maison, le deuxième étage étant occupé par leur fils aîné et sa famille. Quatre autres enfants sont par ailleurs bien présents auprès du couple. Le seul ennui de santé de Mme G., une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, ne semble ni la gêner, ni l'inquiéter.

Ce qui lui arrive depuis quelques temps la tourmente manifestement beaucoup plus : "Mes enfants m'ont laissé tout ce que j'avais lorsque mon mari est décédé il y a neuf ans d'un cancer à la tête. Il était boucher, puis il a laissé le commerce car cela le fatiguait trop. Il a commencé à cultiver la terre et cela n'a plus été du tout. On l'a mis à l'hôpital à St Junien et il y est mort". Mme G. essuie quelques larmes, et continue : "J'ai des ennuis car j'ai une personne qui est venue s'installer chez moi. Je ne la connaissais pas, elle m'a surprise. Elle s'est permis de me battre chez moi. Mes enfants m'ont dit de la mettre dehors ; le boucher, le boulanger me demandaient pourquoi je gardais cette femme. J'ai finis par la mettre dehors. Rendez-vous compte, elle venait même dormir dans mon lit ".

Mme G. présente à l'évidence un délire de non reconnaissance du conjoint. La prosopagnosie reste élective, sans fausse reconnaissance. Les fonctions intellectuelles semblent cependant bien amoindries (score à 14/30 au MMS de Folstein). La thymie reste correcte.

On notera par ailleurs que Mme G. est actuellement hospitalisée à la demande de la famille, compte tenu d'une agitation psychomotrice et d'actes de violence sur la personne de son mari. Le scanner crânien demandé ne montre aucune anomalie.

La classification française retiendrait sans doute le diagnostic de démence débutante délirante.

Pour le D S M III R, Mme G. présente un trouble délirant non spécifié sur l'axe I.

OBSERVATION N° 5

Mme P. Anna, 63 ans, a eu une vie peu commune : Elle est originaire d'Allemagne, où elle s'est mariée une première fois, a eu deux petites filles . Ses deux enfants décèdent en bas âge, de cause accidentelle semble-t-il. Son mari décède en Indochine. Elle a vingt neuf ans lorsqu'elle se remarie avec un commandant de l'armée française et vient s'installer en Limousin.

Depuis quelques mois, elle vit seule en appartement. Ses journées sont consacrées aux oeuvres de la paroisse, à des visites aux personnes âgées.

Ses antécédents médicaux chirurgicaux sont importants : chirurgie mammaire pour tumeur bénigne, ovariectomie subtotale, infarctus du myocarde en 1986.

Mme P. a un contact bon d'emblée, elle est soigneusement vêtue, et témoigne tout au long de l'entretien d'un calme, d'une sérénité dénués de toute anxiété. La pudeur des sentiments dont elle fait preuve lorsqu'elle évoque ses relations avec son mari, ses pleurs abondants lors de l'évocation du décès de ses deux fillettes sont tout à fait adaptés. Ses problèmes actuels sont abordés sans grande réticence : ses voisins actuels tenteraient de la chasser de son appartement pour en prendre possession. A l'appui de cette idée, Mme P. dit avoir trouvé quelques mégots de cigarettes sous sa fenêtre, qu'"ils" fument quand "ils" surveillent la nuit. Lorsque ses voisins ont, quelques jours auparavant, vidé leur cendrier de voiture devant chez elle, elle a pu constater que la marque de cigarettes était la même.

A ce délire persécutif bien structuré, interprétatif, se surajoutent des hallucinations psychosensorielles indéniables.

Le voisin, ingénieur en électronique, radio amateur, a installé un amplificateur et des bobines ; Mme P. capte ses paroles par la télévision. Lorsqu'elle téléphone, ses conversations sont écoutées, commentées. Ce commentaire des actes, injurieux, s'est peu à peu étendu à toute sa vie, notamment lors de sa toilette où on lui dit qu'"elle se décrasse"

Mme P. ne présente par ailleurs ni trouble cognitif ou thymique ; aucune dissociation ou discordance n'est perceptible. La conviction délirante reste inattaquable.

En France, Mme P. serait immédiatement reconnue comme psychose hallucinatoire chronique.

Le D S M III R laisse planer plus d'ambiguïté et peut faire évoquer deux diagnostics :

- une schizophrénie subchronique de type paranoïde.
- un trouble délirant à type de persécution.

OBSERVATION N°6

Mme D. Emma, 65 ans, exploitante agricole à la retraite, est entrée à l'hôpital psychiatrique quelques jours après une cholecystectomie qui s'était déroulée sans problème. Elle présente des antécédents d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, est porteuse d'un filtre cave en raison d'embolies pulmonaires lors d'un alitement. Sans être aveugle, Mme D. souffre par ailleurs d'un handicap visuel. Elle vit habituellement en compagnie de son mari dans une maison de campagne où elle reçoit la visite fréquente de sa fille.

A l'examen, le ralentissement psychomoteur est immédiatement patent : le débit verbal est lent, l'asthénie importante. Des thèmes d'indignité, de culpabilité, ainsi que des idées de mort émaillent sans cesse le discours. La recherche d'une symptomatologie confusionnelle reste négative : Mme D. ne présente ni désorientation temporo-spatiale, ni troubles mnésiques, ni perplexité. La conviction qui s'attache au délire est totale. Si le thème dépressif, voire mélancolique ne fait pas de doute, il s'enrichit d'un authentique délire : "J'ai un microbe, tout le monde le dit ici, ma famille est mise de côté à cause de ce virus. Il ne se développe que lorsqu'on boit de l'alcool, pourtant il me semble que je n'ai pas bu. Je ne voudrais pas contaminer tout l'hôpital. Si il faut dire que j'ai bu de l'alcool pour pouvoir guérir ma famille, je le dirai. C'est un déshonneur pour toute ma famille, que ce virus soit provoqué par l'alcool, tous se moquent de moi, il faut me faire une piqûre puis me faire incinérer pour faire disparaître le virus".

Le mécanisme du délire semble essentiellement intuitif mais s'y mêle un épisode hallucinatoire : "C'était comme des bêtes qui se promenaient sur le mur, qui dansaient. Il y avait des tortues, des chapeaux, du vert, du rouge".

Mme D. présente donc une pathologie qui peut être ainsi classée :

- Classification française : mélancolie délirante.

- D S M III R :

* trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, ou

* épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur, de type mélancolique.

OBSERVATION N°7

Mr B. Henri, 77 ans, est un ancien métayer. Il vit maintenant seul dans une maison, sa femme étant décédée depuis de nombreuses années. Ses quatre enfants, installés dans la région, restent cependant bien présents auprès de lui. Son seul antécédent notable est une maladie de Parkinson traitée depuis quelques mois.

Un leg de ses biens à ses enfants, leg réalisé il y a trois mois, pourrait être à l'origine de l'actuelle décompensation. Mr B. a été adressé à l'hôpital pour des vertiges d'apparition récente. L'agression, durant la première nuit, de son voisin de chambre, a entraîné une rapide mutation en milieu spécialisé (ce voisin, après huit jours de coma, n'a, semble-t-il, pas gardé de séquelles !).

Mr B. présente bien, semble parfaitement adapté tant dans son comportement que dans ses propos. Le contact est bon, Mr B. manifestant un grand plaisir à discuter, à faire valoir une excellente mémoire (date exacte de son mariage, du décès de sa femme...).

Il aborde sans réticence les événements qui l'ont conduit à cette hospitalisation : "Ma belle-fille divorcée est venue me voir à l'hôpital, j'ai reconnu son père allongé à côté de moi, ça m'a énervé...".

Malheureusement, la belle-fille de Mr B. continue de le poursuivre, de l'injurier : "Heureusement, mon fils a amené hier le détecteur dans la chambre, ça a un peu nettoyé depuis, mais elle continue de me parler. Quand je respire, elle me lance de l'opium à la figure pour m'endormir et me prendre mon argent. Hier, ça sentait le napalm dans ma chambre.

L'organisation de ce délire est strictement en secteur, Mr B. parvenant à soutenir longuement une conversation sans aborder ses problèmes actuels.

Ainsi la coexistence de mécanismes imaginatifs d'une part, hallucinatoires olfactifs et psychosensoriels d'autre part, semble probable dans ce délire. On ne relève par ailleurs ni troubles thymiques ou confusionnels dans ce tableau chronique.

Les classifications peuvent se présenter ainsi :

- Classification française : délire paranoïaque avec persécuteur désigné.
- D S M III R : trouble délirant à type de persécution.

Axe II : possible personnalité narcissique.

OBSERVATION N°8

Mr P. Paul, 71 ans, est un agriculteur en retraite. Il demeure toujours à la ferme en compagnie de sa femme. Un fils, l'aîné de leurs huit enfants, a repris les terres et les cultive à la satisfaction générale. Mr P. y a gagné un rôle de conseiller technique, d'auxiliaire indispensable. Ses antécédents médico-chirurgicaux comportent : une brucellose, une hernie discale opérée, une hypoacousie non appareillée.

Il entre dans le bureau en traînant les pieds, manifestement très ralenti. Le visage est figé dans une grimace douloureuse. Le discours reste très pauvre, englué dans une bradypsychie insurmontable. La perte des intérêts, l'anhédonie apparaissent rapidement source d'une clinophilie, de troubles du sommeil, de l'appétit. L'idéation délirante se manifeste à travers des sentiments d'incurabilité, d'indignité, de culpabilité : "C'est ma faute, je ne peux pas guérir, je ne demande pas à guérir d'ailleurs". S'y surajoute un thème de négation d'organe indiscutable : "Ce n'est pas de la constipation, je ne peux pas, je ne pourrai plus..."

L'entretien apporte cependant un élément nouveau dans la découverte d'un événement déclenchant : Mr P. parvient, avec de grandes difficultés, à évoquer une défaillance sexuelle survenue un mois auparavant, défaillance qui, selon lui, a généré sa maladie actuelle.

Les classifications s'établissent aisément ainsi :

- Classification française : syndrome de Cotard.
- D S M III R : épisode dépressif majeur de type mélancolique avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur.

OBSERVATION N°9

Mr T. Pierre, 79 ans, est un agent de la S.N.C.F. en retraite. Il est porteur d'un pacemaker, souffre d'hypoacousie, a cessé depuis quelques années un alcoolisme débuté dans sa jeunesse. Sa personnalité antérieure est marquée de rigidité, de tendance à la jalousie, de méfiance.

Le décès de sa femme, survenu précocement, l'a laissé seul pour élever ses deux enfants, éducation qu'il n'a d'ailleurs jamais assumée, son fils et sa fille ayant été rapidement confiés à leurs grands-parents maternels. Il a donc vécu seul, en appartement, dans une petite ville rurale proche de Limoges.

Quelques troubles thymiques à type de dépression sont apparus il y a quelques mois, une tentative d'hébergement chez son fils s'est soldée par un échec : les disputes étaient incessantes, Mr T. essayant d'imposer en tout son propre mode de vie. Mr T. a donc été "placé" dans la maison de retraite de son village. Deux mois plus tard, après une tentative de noyade, il est hospitalisé à Limoges. La symptomatologie, primitivement mélancolique, a grandement évolué : un délire de persécution, centré sur le personnel de la maison de retraite, est apparu, soulageant manifestement le sentiment de désespoir préexistant. Lors de notre entretien, Mr T. présente un visage fermé, à l'expression soucieuse, très triste. Il reste réticent, méfiant, tente de clore rapidement l'entretien. La thymie reste dépressive, Mr T. exprime un profond sentiment de désespoir, quelques vagues idées de suicide, renie cependant tout vécu de culpabilité ou d'impuissance. La symptomatologie délirante est très nettement atténuée : persistent uniquement quelques idées mal définies de persécution, sans persécuteur désigné. L'anxiété a grandi ces derniers jours, alors que le délire s'amointrissait, et trouve son expression, lors de l'entretien, dans de maladroites tentatives de fuite, un regard toujours détourné, une réticence croissante.

Le mécanisme interprétatif de ce délire ne fait guère de doute.

Ainsi peut être classé de tableau clinique :

- Classification française : état dépressif de forme persécutoire.

- D S M III R :

* trouble délirant à type de persécution

* ou épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

Axe II : possible personnalité narcissique.

OBSERVATION N°10

Mr G. Alfred a 91 ans. Ancien négociant en vin, célibataire acharné, il vit maintenant dans la maison de retraite d'un petit village limousin. Sa seule famille se constitue d'une soeur et d'une petite nièce ; il entretient avec l'une et l'autre de médiocres relations.

Ses antécédents consistent en une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, une hypertrophie prostatique et une hypoacousie modérée.

Un conflit familial, né d'intérêts financiers divergents, pourrait être à l'origine de ses problèmes actuels.

Mr G. se prête volontiers à l'entretien qui lui est proposé, manifestant même un enthousiasme indéniable. Le contact, on peut s'en douter, est bon d'emblée. Mr G. nous expose immédiatement l'origine de sa joie de vivre actuelle : "Je suis le chef du gouvernement légal... en intérim. Vous avez des ordres du préfet de la Dordogne ? Le sentiment d'exhaltation est marqué, se manifestant à travers des idées de toute puissance : "J'ordonne que tout le monde soit heureux ! Je suis à l'origine de la naissance du monde catholique... qui est aussi la naissance de l'humanité !". Quelques thèmes persécutifs y sont cependant mêlés : "Je suis riche à millions, mais ma famille fera tout pour se les procurer...".

Le mécanisme semble totalement imaginatif, la conviction est absolue. On ne note aucun trouble des fonctions intellectuelles supérieures : l'orientation, la mémoire, la gnose sont bonnes. Aucun élément de déréalisation ou de dissociation n'apparaît dans ce délire.

Au total, le tableau clinique que présente Mr G. pourrait être ainsi classé :

- Classification française : paraphrénie.
- D S M III R : trouble délirant de type mégalomane.

OBSERVATION N°11

Mme B. Mathilde a 83 ans, vit seule dans une petite maison, isolée : son mari est décédé depuis de nombreuses années, le couple n'avait pas d'enfant, elle ne fréquente plus depuis longtemps ses deux soeurs en raison de dissensions anciennes. Elle souffre d'hypertension artérielle et d'accès d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire.

Mme B. a eu la surprise, depuis quelques semaines, de voir sa mère s'installer chez elle. Doutant de ses sens, elle a mené l'enquête, s'est rendue à la mairie pour contrôler l'acte de décès, rédigé en Août 1966. Quoiqu'il en soit, une agréable cohabitation s'est établie, cohabitation qui a été brutalement rompue lors de la disparition de la mère. Mme B., fort inquiète, s'est rendue à la gendarmerie, craignant une fugue, voire un assassinat, et a été prestement dirigée vers l'hôpital psychiatrique par son médecin traitant. Cette "résurrection" maternelle ne cesse cependant de l'intriguer, et les tentatives de rationalisation lui semblent manifestement peu convaincantes : "Il s'agit d'un dédoublement de personnalité, sans doute" (ton très dubitatif, au contraire).

Dans cette observation, si une certaine tristesse de l'humeur est bien perceptible, elle ne semble guère atteindre au pathologique : Mme B., qui vient de reperdre sa mère, s'en attriste simplement.

Des troubles cognitifs sont cependant bien perceptibles dans cette observation (MMS à 8/30, avec aphasie de Broca). Ils s'accompagnent d'une négligence du membre supérieur gauche. L'anamnèse nous apprend que Mme B. a présenté la veille un malaise brutal, ses troubles moteurs et phasiques sont alors apparus. Le MMS de Folstein réalisé à l'admission, deux jours auparavant, montrait un score à 27/30. L'accident vasculaire cérébral en territoire sylvien droit ne fait guère de doute.

La classification de ce tableau clinique peut être ainsi proposée :

- Classification française : syndrome du compagnon tardif. Probable démence vasculaire débutante.
- D S M III R : trouble schizophrénique.

OBSERVATION N°12

Mme T. Paulette, 70 ans, a mené une vie de femme au foyer. Elle a quitté sa famille à 20 ans pour vivre auprès de son mari. Deux enfants, géographiquement éloignés à présent, sont nés. Sa vie s'est déroulée sans grand accroc jusqu'en 1978, date d'une mammectomie pour un adénocarcinome. Son mari est décédé en 1984. Elle a rejoint sa mère pour lui prodiguer ses soins, tâche qu'elle a assumée sans faille jusqu'au décès de celle-ci en 1986. Ses voisins proches, gens âgés pour la plupart, étaient morts. Mme T. a débuté son délire, délire qui n'a guère évolué depuis lors malgré toutes les thérapeutiques.

Elle présente une anxiété manifeste à travers un discours flou, mal structuré, à thème persécutif dominant. Elle s'exprime ainsi : "J'avais téléphoné pour savoir s'il y avait un train, ils m'ont dit oui, je suis allée, il n'y en avait pas. Les cheminots ont appelé un taxi pour Figeac. Je ne sais pas si c'est la vérité ou un piège, on m'a demandé les billets, puis on les a poinçonnés. Tout cela me paraît curieux, ça pourrait être un piège. Tout le monde me regarde, surtout les cheminots, quand je me promène à Capdenac... Ce qui est sûr, c'est qu'ils ont fait tout cela exprès, je ne sais pas pourquoi". Le mécanisme interprétatif ne fait ici guère de doute, quoiqu'il s'enrichisse parfois d'hallucinations visuelles : "Parfois il y a des toiles d'araignées qui passent, j'ai essayé de les attraper, mais c'est dans mon cerveau. L'autre jour il y avait des corbeaux dehors, je les ai montré aux infirmiers, ils n'ont rien vu... ". Une certaine tristesse reste perceptible à travers tout le discours, corroborant le diagnostic d'épisode dépressif fait quelques semaines auparavant.

La classification actuelle pourrait être ainsi établie :

- Classification française : délire paranoïaque d'interprétation.
- D S M III R : trouble délirant à type de persécution.

OBSERVATION N°13

Mme G. Yvonne, 71 ans, est magasinnière en retraite. Elle vit en compagnie de son mari dans leur maison, au sein d'un village. De ses deux fils, un seul est en vie, l'autre s'est suicidé il y a quelques années.

Ses antécédents médico-chirurgicaux sont importants : ulcère gastrique, insuffisance veineuse, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, possible accident vasculaire cérébral diagnostiqué en Avril 1990.

Ses troubles remonteraient à l'été 1989 : Mr G. lui aurait alors fait part de son désir de mettre fin à leur vie sexuelle. Cette décision inattendue a manifestement bouleversée Mme G., pour laquelle ce refus ne peut avoir qu'une signification : "Il a quelqu'un d'autre !". Elle est actuellement hospitalisée pour idées délirantes et agressivité vis-à-vis de son mari.

Mme G. s'exprime aisément, sans réticence. Son anxiété transparaît à travers une logorrhée modérée. La thymie, plutôt dépressive, est adaptée au vécu de perte. Elle s'exprime ainsi : "C'est une grue qui m'a fait enfermée ici. Effectivement, j'ai battu mon mari ; depuis 45 ans que je suis mariée, il m'a toujours trompée. Depuis huit ans, ça dure avec elle ; je les ai surpris au lit de la dame : je me promenais dans les champs, mon mari a des abeilles dans les champs là-bas, je me suis arrêtée près d'une cabane, la maison de cette femme est tout à côté ; le chien s'est mis à aboyer, ils ont vu que quelqu'un arrivait devant la maison. Je les ai vus sortir du lit, ils sont sortis par derrière, mon mari avait son slip et son short sur les genoux, elle avait juste enfilé une robe, je ne soupçonnais pas cela !".

Le mécanisme du délire semble être essentiellement intuitif, s'y mêle quelques hallucinations psychosensorielles : "Elle me contrôle comme elle veut parfois ; elle devine ce que je pense et me force parfois à penser telle ou telle chose. Je pense qu'elle est une sorcière".

Aucune altération cognitive, aucun trouble mnésique ne sont notés. Mme G. vit son délire avec une conviction inébranlable.

La classification de ce tableau peut être ainsi faite :

- Classification française : délire de jalousie.
- D S M III R : trouble délirant à type de jalousie.

OBSERVATION N°14

Mme G. Justine, 83 ans, ancienne commerçante, vit en compagnie de son mari dans leur maison à Limoges. Leur fille unique est décédée d'hydrocution il y a quelques années ; leur petit-fils leur rend d'épisodiques visites. Le couple a peu d'amis, reste isolé.

Les antécédents de Mme G. sont notés : hypoacousie importante, prolapsus utérin, anite hémorroïdaire, infection urinaire, diverticulose sigmoïdienne.

Elle a été hospitalisée un mois auparavant pour une rectorragie, est anorexique depuis lors.

L'opposition est importante tout au long de l'entretien, Mme G. refuse ainsi de répondre aux six derniers items du MMS de Folstein. L'anxiété ainsi qu'une thymie franchement mélancolique s'exprime à travers tout le discours émaillé de "non, non, non, ce n'est pas possible". Le ralentissement psychomoteur est peu marqué.

Les thèmes délirants sont variés, passent de l'hypochondrie à la négation d'organe, de la persécution à la conviction d'avoir un cancer. "Je sens que je vais être complètement tordue, c'est impensable. Depuis que je suis là on a fait que me gaver. Les tuyaux étaient bouchés, maintenant ils m'ont débouchée mais ça va encore plus mal. Il y a des gens qui me veulent du mal sûrement pour me mettre dans un état pareil mais je ne sais pas qui c'est. On m'a gavée ici, cinq personnes me tenaient et me nourrissaient de force. Le médecin m'a donné quelques petits torchons pour éviter que je me salisse. On m'a tenue, bras et jambes, et on m'a fait des piqûres. On m'a mise dans un état de saleté épouvantable. On en veut à ma vie, je ne sais pas qui. Je n'ai plus rien à dire que de me laisser finir d'abattre...".

Le mécanisme délirant semble ici être de nature interprétative, Mme G. s'appuyant sur des faits réels (rectorragie, soins infirmiers...) pour bâtir son délire. Celui-ci a peu à peu envahi toute sa vie psychique.

On peut établir ici les classifications :

- Classification française : mélancolie délirante.
- D S M III R : épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur.

OBSERVATION N°15

Mme L. Elisabeth, 92 ans, est une secrétaire en retraite. Mme L. Elisabeth vit habituellement seule chez elle, au rez-de-chaussée d'une grande maison. Elle reçoit l'aide d'une aide ménagère et de ses voisins, gentiment attentifs à ses besoins. Son fils unique vit à Montluçon, d'où il ne peut guère s'occuper d'elle. Bien que souffrant de cécité et d'hypoacousie modérée, Mme L. persistait jusqu'à présent à vivre chez elle, dans cet appartement où elle a dû déménager en 1984.

Mme L. ne présente pas d'agitation motrice mais l'exaltation thymique dont elle fait preuve ne peut nous échapper, ni la logorrhée qu'elle manifeste tout au long de l'entretien. Le contact avec la réalité est bien préservé : "Mes voisins ont écrit à mon fils que je dérangeais le quartier. C'est mon fils qui m'a fait enfermer ici, soi disant que je déraille, que je ne me soignerais pas comme il faut".

Mme L. fait remonter le début de ses problèmes au décès de son petit chat, survenu deux ans après son installation dans cet appartement. Le thème du délire est un thème de persécution par le voisinage et coexiste avec quelques idées de grandeur. "Ils ont branché mon téléphone chez eux, ils prenaient toutes mes communications ; si ça ne leur plaisait pas, ils coupaient. La grande persécution, c'était de m'empêcher de dormir : ils envoyaient la lumière dans les yeux, du courant électrique dans le lit. Quand je me réveillais, ils me mettaient la lumière dans les yeux, j'ai passé huit jours sans dormir...". "Il y a un an, j'étais dans ma chambre seule, puis toutes les lattes du plancher se retournent, c'est prévu pour aérer la pièce selon ma propriétaire ; je reçois alors un coup de battoir au front, j'en avais encore des traces le lendemain". "J'ai travaillé dans le contrespionnage durant la guerre car j'étais secrétaire d'un grand journal parisien. J'étais parfois en contact avec la guépéou, les russes...". Mme L. peut continuer ainsi durant des heures, rapportant anecdotes sur anecdotes, décrivant même les circonstances de son hospitalisation, lorsque téléphone coupé, fenêtres grandes ouvertes, elle s'est trouvée, pieds nus, dans le vent, dans sa chambre où les meubles avaient été déplacés. Elle a ouvert la porte, la rue était silencieuse, elle a appelé à l'aide. Elle a entendu une voix de femme :

"Ne vous inquiétez pas, la police va être là" et effectivement ils sont arrivés, l'ont étendue, couverte puis amenée chez son médecin.

Si la thymie semble ici légèrement dépressive, elle reste tout au long de l'entretien adaptée au discours de Mme L. Les troubles cognitifs sont mineurs, mal évalués par le MMS de Folstein en raison de la cécité.

Le tableau clinique que présente Mme L. peut donc être ainsi présenté :

- Classification française : paraphrénie.
- D S M III R :
 - * Schizophrénie chronique avec exacerbation aigue, ou
 - * épisode maniaque.

OBSERVATION N°16

Mme S. Thérèse, 81 ans, était garde-malade, femme de ménage avant de prendre sa retraite. Elle ne s'est jamais mariée. Elle vit habituellement seule, prend plaisir à d'épisodiques relations de voisinage. Une arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire ainsi qu'une hypertension artérielle sont notées dans ses antécédents. Elle est plutôt exaltée que triste lors de l'entretien, et prend immédiatement la parole pour relater son expérience merveilleuse : "J'ai fait un voyage inoubliable, je suis passée à l'an 2000. J'ai eu mes 91 ans le 25 Janvier, et il s'est fait que l'an 2000 a commencé". "J'ai plongé au fond de la mer aussi ; comme Limoges est pollué, on ira vivre sur une autre planète, on sera heureux comme des coqs en pâte. Il n'y aura pas d'impôt, on mangera pour rien. La vie ne sera pas la même : on ne mourra pas, on sera logé, vous vous marierez, aurez des enfants, des petits-enfants, et encore, et encore. Personne ne mourra, vous les connaîtrez tous".

L'imagination semble bien être l'unique mécanisme de cette construction délirante. Quelques troubles cognitifs sont notés, l'orientation temporo-spatiale et la mnésie se révélant parfois approximative (MMS de Folstein à 21/30).

Les classifications peuvent se présenter ainsi :

- Classification française : paraphrénie.
- D S M III R : trouble schizophréniforme.

OBSERVATION N°17

Boucher en retraite depuis douze ans, Mr R. est décrit par son entourage comme un homme sûr de lui, intransigeant, solitaire, méfiant et contrariant. Ses antécédents médicaux sont notables : artérite et bronchite chronique consécutifs à un tabagisme important, arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, séquelle de nécrose inférieure à l'électrocardiogramme. Il se serait également adonné quelques temps aux boissons alcoolisées. Il vit actuellement avec sa femme, voit peu son frère, et manifeste son goût pour des activités solitaires : jardinage, télévision, lecture de journaux.

L'épisode actuel semble trouver son origine dans une discussion avec son médecin traitant : Mr R. en a retenu que son état de santé déplorable devenait sans recours, qu'il fallait vivre pleinement chaque moment, chaque jour, car ceux-ci lui étaient comptés.

D'emblée, Mr R. laisse comprendre son profond désintérêt pour l'entretien qui lui est présenté. Les réponses sont très laconiques, à la limite du refus. La passation du M M S est précédé d'un "Je ne sais pas. J'ai mauvaise mémoire" de mauvais augure. Cependant Mr R. aborde les épreuves sans hésiter, les réponses fusent, faciles, aisées.

L'atmosphère semble s'éclaircir, lorsque Mr R., sous un prétexte quelconque, mais irréfutable, quitte la pièce. Après quinze minutes de pause, la conversation reprend visiblement contre le gré de Mr R.. Le trouble thymique est manifeste malgré ses dénégations : "Le moral est moyen. Je vais aller mieux...".

Les thèmes délirants sont, comme on peut s'y attendre, franchement persécutoires : "Je suis chassé de chez moi par les politiques car je refuse de faire de la politique. Dès que je sors de chez moi, je suis poursuivi par les idéologiques". Le monde entier s'est ligué contre lui, on tente de l'empoisonner, il "préfère être égorgé plutôt que de prendre les médicaments".

Cette conviction délirante est poussée à son extrême lorsque se surajoute un syndrome d'illusion des sosies ou syndrome de Capgras. "Dimanche, le sosie de ma femme ainsi que celui de son fils sont venus. Jeudi, je pense que c'était vraiment elle. Je ne peux pas vous dire comment je la reconnais. Je n'ai pas de moyens pour savoir si c'est ma femme ou pas, je vois bien, je sais". "Les chocolats de ma femme, hier, ils n'étaient pas conformes ; aujourd'hui, je mange une banane et c'est de l'ersatz de banane".

Le mécanisme délirant interprétatif ne fait ici guère de doute. Aucun trouble cognitif n'apparaît. L'anxiété et une thymie dépressive sont présentes tout au long de l'entretien.

Les classifications peuvent être ainsi faites :

- Classification française : syndrome de Capgras ou d'illusion des sosies.
- D S M III R :
 - * trouble délirant à type de persécution.
 - * épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

Axe II : probable personnalité paranoïaque.

OBSERVATION N°18

Mme T. Lucienne, 65 ans, a longtemps travaillé en usine sur des machines électriques. Elle est veuve depuis 23 ans, vit seule dans une cité H.L.M. où elle reçoit la visite de deux de ses fils durant le week-end. Son troisième fils habite dans une autre région. Elle ne fréquente que très peu de monde, voit cependant quotidiennement une amie proche.

Ses seuls antécédents consistent en une hypertension artérielle et une intolérance aux glucides.

Les troubles sont apparus de façon brutale, sans facteur précipitant semble-t-il, quelques mois auparavant. Le ralentissement psychomoteur apparaît majeur d'emblée, le visage, très peu mobile, exprime la souffrance, l'angoisse. Cette anxiété s'amenuise peu à peu au cours de l'entretien, Mme T. semblant manifestement soulagée d'aborder son problème actuel. "J'entends des voix dans ma tête, ils disent des injures, racontent ce que je fais". Il existe également une imposition des actes. Ces voix, uniquement masculines, ne conversent pas entre elles mais s'adressent toujours à Mme T. La conviction délirante de Mme T. est totale. Ainsi la veille, elle refusait fermement d'aller se coucher car "il y avait des serpents sous l'oreiller", lui avait-on dévoilé. Aucune autre hallucination n'est présente, le délire reste limité à cet automatisme mental. Mme T. se demande cependant parfois s'il ne s'agit pas d'un contrôle exercé sur son esprit par une personne extérieure, pour l'"embêter".

La classification de ce tableau clinique se présente ainsi :

- Classification française : psychose hallucinatoire chronique.
- D S M III R : schizophrénie subchronique de type paranoïde.

Axe II : possible personnalité schizoïde.

OBSERVATION N°19

Mme B. Marie-Louise, 84 ans, a longtemps exercé le métier de choisisseuse en porcelaine chez un célèbre porcelainier limougeaud. Mme B., veuve, vit en foyer logement depuis quelques années. Elle y reçoit la visite fréquente de son fils et ses petits-enfants, voit de façon plus épisodique sa soeur et son beau-frère avec lesquels elle entretient de bonnes relations. Elle ne présente pas d'altérations des fonctions supérieures mais quelques difficultés dans la vie quotidienne sont apparues depuis le début des troubles. La personnalité antérieure ne semble pas avoir été pathologique. Depuis plus d'un an, elle présente des troubles thymiques dépressifs, réagissant mal aux antidépresseurs, qui ont amené à lui proposer une hospitalisation de nuit. Environ deux mois plus tard, apparaissent des hallucinations psychosensorielles. Lorsqu'elle entre dans le bureau, Mme B. est en pleurs, visiblement bouleversée. "Je ne peux plus partir aujourd'hui, il faut que je reste quatre ans de plus à l'hôpital, c'est mes voix qui me l'on dit, il y avait ma soeur et le Dr T.". On notera à ce propos qu'effectivement, la décision de l'hospitaliser à temps complet a été prise depuis trois jours, et annoncée par le Dr T. en présence de la soeur. Mme B. reconnaît bien les voix qui s'adressent à elle, il s'agit en général de personnes qu'elle a vues récemment, qui peuvent soit l'aider, la consoler, la soutenir ou parfois l'insulter, lui annoncer de mauvaises nouvelles.

Les idées de persécution, de vol sont présentes ainsi que des thèmes de mort : "Mon fils est mort. Six personnes de ma famille sont décédées". La tristesse foncière de l'humeur est importante tout au long de l'entretien, l'anxiété fluctue selon le sujet abordé.

La pathologie présentée par Mme B. est ainsi classée :

- Classification française : psychose hallucinatoire chronique.
- D S M III R :
 - * schizophrénie subchronique de type indifférencié, ou
 - * trouble schizoaffectif.

OBSERVATION N°20

Mme J. Marguerite, 77 ans, est une agricultrice en retraite. Son mari et elle vivent à présent à la ferme, sans plus exercer d'activité. Elle a pour antécédents une maladie de Parkinson peu invalidante, une hypertension artérielle, un angor, une hypoacousie.

Mme J. se marie à 17 ans avec un agriculteur qui se révèle rapidement violent et alcoolique. Un fils naît de cette union un an plus tard. Le couple divorce peu après, Mme J. élève seule son fils, travaillant comme "employée dans les maisons bourgeoises". En 1939, elle a 24 ans et se remarie. Le couple et l'enfant vivent bien durant des années, Mr et Mme J. laissent peu à peu l'exploitation aux mains de "leur" fils. Au début des années 1980, Mme J. est suivie pour des troubles dépressifs épisodiques, peu sévères. C'est en 1983 que le fils, toujours célibataire, présente un épisode dépressif pour lequel un placement volontaire est proposé en vue de traitement. Mme J. refuse l'internement de son fils ; celui-ci s'empoisonne volontairement quelques jours plus tard et décède. Mr et Mme J. font face à cette douloureuse situation, mais un an plus tard, alors qu'approche la date anniversaire du décès de son fils, Mme J. développe un système délirant pour lequel toute thérapeutique restera inefficace.

Ce délire est riche, bien organisé, et parvient tant bien que mal à juguler une thymie plutôt dépressive. Un manque du mot discret existe, ainsi que quelques troubles de la mémoire antérograde (MMS à 18/30).

Mme J. s'exprime ainsi : "Depuis que Jean est mort, les infirmières passent à la maison. Auparavant, c'était lui qui faisait les piqûres de mon mari. Maintenant, mon mari est en grande relation avec l'une d'elles. Je ne peux pas monter les escaliers, je dors dans la salle de bain, dans un pauvre petit lit. Elle dort avec lui toutes les nuits. Elle est même venue ici, rendez-vous compte, j'en ai souffert. Depuis trois mois, elle fait mon lit en portefeuille, elle veut vraiment me faire du mal. J'avais acheter une chemise pour l'hiver, je ne l'avais pas portée une fois, elle l'a emportée. Quand j'achète de la viande, ma nièce doit l'emporter, car cette infirmière réussit à l'infecter. Elle continue d'avoir des relations intimes avec mon mari, puisqu'elle vient jusqu'ici faire mon lit en portefeuille".

Les mécanismes délirants en oeuvre ici semblent être de nature intuitive et interprétative.

La classification de ce tableau peut donc être ainsi faite :

- Classification française : délire de jalousie et persécution.

- D S M III R :

* trouble délirant à type de jalousie et persécution, ou

* épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

OBSERVATION N°21

Mme M. Georgette, 86 ans, a toujours bien tenu son rôle de femme au foyer. Elle vit seule en appartement, bien entourée par son fils qui réside dans le même immeuble. Elle présente quelques troubles cognitifs, connus de longue date, qui n'entravent guère sa vie quotidienne. Une légère hypoacousie ainsi qu'une baisse modérée d'acuité visuelle ne semblent guère la gêner. Elle a présenté, deux mois auparavant, une phlébite qui a nécessité son hospitalisation avec alitement, entraînant des troubles du comportement. Sa mutation en hôpital psychiatrique a été décidée. "L'entrée" de Mme M. dans le bureau est remarquable : Elle est très maquillée malgré ses vêtements négligés, fait remarquer d'emblée la belle couleur de ses longs cheveux. Compte tenu de son alitement prolongé et d'un prolapsus utérin extériorisé, la rééducation de la marche n'a pas été simple chez cette femme qui le rapporte ainsi, avec emphase : "Je suis restée dix huit mois sans marcher, et puis mon fils m'a demandé de marcher, je me suis levée et je lui ai montré. Il était très fier de moi". Aux thèmes mégalomaniques abordés ultérieurement, se mêlent alors quelques idées de transformation corporelle : "Mes mains ont maigri depuis quelques jours", elle contemple, satisfaite, ses doigts déformés par l'arthrose, "par contre, vous avez vu, ma poitrine regrossit" et joint le geste à la parole.

Pas d'anxiété, pas d'élément dépressif, Mme M. est une femme heureuse.

La classification se présente ainsi :

- Classification française : psychose hystérique.
- D S M III R : trouble délirant de type mégalomaniac.

ECHELLE DE DETERIORATION GLOBALE POUR L'EVALUATION DE
LA DEMENCE PRIMAIRE (REISBERG B. ET AL)

cocher la case correspondante

1 - Pas de signes d'altérations cognitive

Les patients de stade 1 présentent un aspect clinique normal; ils ne se plaignent pas de déficit de la mémoire. A l'interrogatoire, on ne retrouve pas le déficit de la mémoire.

2 - Altération cognitive très légère

C'est la phase des "trous de mémoire". Le patient se plaint de déficit de la mémoire. Le plus fréquemment, les patients à cette phase se plaignent d'oublier où ils ont mis des objets familiers et d'oublier des noms qu'ils connaissaient bien auparavant. A l'interrogatoire, il n'y a pas de preuve objective de déficit de la mémoire, ni de déficiences dans la vie professionnelle ou sociale. Le patient à cette phase fait preuve d'une inquiétude justifiée concernant ces symptômes.

3 - Altération cognitive légère

Les déficits cliniques nets les plus précoces apparaissent à ce stade. Toutefois, la preuve objective d'un déficit de la mémoire n'est obtenue que par un interrogatoire poussé mené par un géronto-psychiatre. Des tests cliniques peuvent révéler un déficit de la concentration. De même, le patient peut faire preuve d'une capacité diminuée à se souvenir des noms des personnes auxquelles il ou elle vient d'être présenté. Le patient à ce stade peut lire un passage dans un livre et n'en retenir que peu de chose.

La diminution de ses performances devient manifeste dans des situations professionnelles ou sociales contraignantes. Ses collègues finissent par se rendre compte des performances relativement médiocres du patient. Des

difficultés à trouver ses mots et des noms peuvent devenir évidentes pour ses proches. Le patient peut perdre ou égarer un objet de valeur. Il arrive fréquemment que le patient puisse pour la première fois perdre son chemin en effectuant un trajet familial.

La discrétion des symptômes cliniques peut être amplifiée par les dénégations qui souvent commencent à devenir manifestes chez ces patients. Une anxiété légère à moyenne accompagne également les symptômes. Celle-ci s'aggrave si les patients sont obligés d'affronter des difficultés professionnelles ou sociales qu'ils trouvaient précédemment stimulantes mais que, dans leur état actuel, ils ne sont plus à même de dominer.

4 - Altération cognitive moyenne



C'est la phase avancée de l'état confusionnel ; un déficit net se révèle lors d'un interrogatoire clinique minutieux. Les déficits sont manifestes dans de nombreux domaines. Le déficit de concentration est habituellement mis en évidence si on demande au patient d'effectuer une série de soustractions. Ils font preuve d'une diminution de la connaissance des événements récents de leur propre vie, ainsi que des événements courants de leur entourage. A un interrogatoire minutieux, ces patients peuvent aussi présenter un déficit de la mémoire de leur propre passé. La faculté d'effectuer des trajets seul est notoirement réduite, et des difficultés à gérer leur budget personnel peuvent devenir apparentes.

A ce stade, les patients ne peuvent plus accomplir de tâches complexes de façon précise et efficace. Cependant, certaines facultés restent intactes de façon caractéristique. Les patients continuent à bien se situer dans le temps et par rapport aux autres. Ils distinguent sans hésiter les personnes et les visages familiers des étrangers. Il n'y a en général pas de déficit de la capacité du patient à effectuer des trajets connus.

La dénégation devient souvent le mécanisme de défense qui prédomine à ce stade. L'altération claire et évidente de ses propres facultés intellectuelles et cognitives est une perte trop accablante pour être acceptée et reconnue pleinement et consciemment. On observe un émoussement de l'émotivité et un retrait de situations antérieurement stimulantes.

5 - Altération cognitive moyennement grave

C'est la phase de début de la démence. A ce stade, les patients ne peuvent plus survivre sans assistance. Durant les entretiens, ils ne sont plus capables de se rappeler un aspect significatif important de leur vie courante. Par exemple, ils peuvent avoir beaucoup de difficultés à se souvenir, ou donner des réponses incorrectes, lorsqu'on leur demande leur adresse ou leur numéro de téléphone, le nom de membres proches de leur famille - comme les petits-enfants - ou le nom du lycée ou de l'université où ils ont fait leurs études. Fréquemment les patients sont quelque peu désorientés dans le temps (date, jour de la semaine, saison) ou l'espace. Quelqu'un d'instruit peut avoir des difficultés à compter de 40 à 0 de 4 en 4, ou de 20 à 0 de 2 en 2.

Les patients à ce stade gardent le souvenir de nombreux événements importants les concernant ou touchant autrui. Ils connaissent inmanquablement leur propre nom, et généralement celui de leur conjoint et de leurs enfants. Ils n'ont pas besoin d'aide pour leur toilette ou les repas, mais ils peuvent avoir quelque difficulté à choisir le vêtement qui leur ira, et cela peut leur arriver de s'habiller de façon inadéquate (par exemple, ils peuvent se tromper de pied en mettant leurs chaussures).

6 - Altération cognitive grave

C'est la phase moyenne de la démence. Ces patients peuvent occasionnellement oublier le nom de leur conjoint, dont ils dépendent entièrement pour survivre. Ils sont pratiquement inconscients de leur vécu récent. Ils conservent quelques souvenirs de leur passé, mais de façon floue. Ces patients, pour une grande part, n'ont pas conscience de leur entourage, de l'année ou de la saison. Ils peuvent avoir des difficultés pour compter de 10 à 0, et parfois de 0 à 10.

A ce stade, les patients ont besoin d'une assistance importante dans leur vie quotidienne. Par exemple, ils peuvent devenir incontinents. Ils ont aussi besoin d'aide pour effectuer des trajets, mais ils pourront occasionnellement continuer à se déplacer seuls sur des trajets familiers. Le rythme diurne est fréquemment perturbé. Mais les patients se souviennent presque toujours

de leur propre nom. Souvent, ils demeurent capables de distinguer dans leur entourage les personnes qui leur sont familières des personnes étrangères.

A ce stade, on note des changements de la personnalité et de l'émotivité. Ceux-ci sont très variables, incluant : 1) un comportement délirant, par exemple accuser le conjoint d'être un imposteur, s'adresser à des êtres imaginaires ou à des reflets dans un miroir, 2) des symptômes obsessionnels, par exemple une répétition continuelle de tâches ménagères simples, 3) des symptômes d'anxiété, une agitation et même un comportement violent qui n'existait pas auparavant, 4) une aboulie cognitive, c'est-à-dire une perte de la volonté résultant du fait que le patient n'est pas en mesure de poursuivre sa pensée suffisamment longtemps pour aller jusqu'au bout d'une action.

7 - Altération cognitive très grave



Le stade 7 est la phase terminale de la démence ; toute faculté verbale a disparu. Il arrive fréquemment qu'il n'y ait plus aucun discours, seulement des grognements. Ces patients souffrent d'incontinence urinaire et ont besoin d'une assistance pour leur toilette et les repas. Ils perdent également leurs facultés psychomotrices. Par exemple, ils peuvent perdre la faculté de marcher. Le cerveau semble ne plus être capable de commander le corps. On observe fréquemment des signes et des symptômes neurologiques généralisés, corticaux et en foyer.

ECHELLE D'APPRECIATION DE L'ANXIETE DE MAX HAMILTON

Pour chaque item, choisissez la note qui correspond, d'après votre expérience, à l'intensité du comportement. Les définitions qui suivent l'énoncé de l'item sont des exemples servant de guide. Marquez dans la case située à droite le chiffre (de 0 à 4) définissant l'intensité. Tous les items doivent être notés.

0 Absent

1 Intensité légère

2 Intensité moyenne

3 Intensité forte

4 Intensité maximale (invalidante)

1 - Humeur anxieuse

Inquiétude

Attente du pire

Appréhension (anticipation avec peur)

Irritabilité

2 - Tension

Sensations de tension

Fatigabilité

Impossibilité de se détendre

Réaction de sursaut

Pleurs faciles

Tremblements

Sensations d'être incapable de rester en place

3 - Peurs

Du noir
Des gens qu'on ne connaît pas
D'être abandonné seul
Des gros animaux, etc...
De la circulation
De la foule

4 - Insomnie

Difficultés d'endormissement
Sommeil interrompu
Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil
Rêves pénibles
Cauchemars
Terreurs noctures

5 - Fonctions intellectuelles (cognitives)

Difficultés de concentration
Mauvaise mémoire

6 - Humeur dépressive

Perte des intérêts
Ne prend plus plaisir à ses passe-temps
Dépression
Insomnie du matin
Variation de l'humeur dans la journée

7 - Symptômes somatiques généraux (musculaires)

Douleurs et courbatures dans les muscles
Raideurs musculaires

Sursauts musculaires

Secousses cloniques
Grincements des dents
Voix mal assurée

8 - Symptômes somatiques généraux (sensoriels)

Tintement d'oreilles
Vision brouillée
Bouffées de chaleur ou de froid
Sensations de faiblesse
Sensations de picotements

9 - Symptômes cardiovasculaires

Tachycardie
Palpitations
Douleurs dans la poitrine
Battements des vaisseaux
Sensations syncopales
Extra-systoles

10 - Symptômes respiratoires

Poids sur la poitrine ou sensation de constriction
Sensations d'étouffement

Soupirs
Dyspnée

11 - Symptômes gastro-intestinaux

Difficultés pour avaler

Vents

Dyspepsie

- Douleurs avant ou après le repas
- Sensations de brûlure
- Ballonnement
- Pyrosis
- Nausées
- Vomissements
- Creux à l'estomac

"Coliques" abdominales

Borborygmes

Diarrhée

Perte de poids

Constipation

12 - Symptômes génito-urinaires

Mictions fréquentes

Urgence de la miction

Aménorrhée

Ménorragies

Apparition d'une frigidité

Ejaculation précoce

Absence d'érection

Impuissance

13 - Symptômes du système nerveux autonome

Bouche sèche
Accès de rougeur
Pâleur
Tendance à la sudation
Vertiges
Céphalée de tension
Horripilation

14 - Comportement lors de l'entretien



Tendu, non à son aise
Agitation nerveuse
- des mains
- tripote ses doigts
- serre les poings
- tics
- serre son mouchoir
Instabilité : va et vient
Tremblement des mains
Front plissé
Faciès tendu
Augmentation du tonus musculaire
Respiration haletante
Pâleur faciale
Avale sa salive
Eructations
Tachycardie au repos
Rythme respiratoire à plus de 20/mn
Réflexes tendineux vifs
Tremblement
Dilatation pupillaire
Exophtalmie
Sudation
Battements des paupières

MINI MENTAL STATUS (FOLSTEIN ET AL. 1975)

- 1 - Quel jour de la semaine sommes-nous ?
- 2 - Quelle est la date d'aujourd'hui ?
- 3 - En quel mois sommes-nous ?
- 4 - En quelle saison sommes-nous ?
- 5 - En quelle année sommes-nous ?
- 6 - Où sommes-nous ici ? (Quel hôpital, quelle maison de retraite)
- 7 - A quel étage sommes-nous ?
- 8 - Dans quelle ville sommes-nous ?
- 9 - Dans quel département (province) sommes-nous ?
- 10 - Dans quel pays sommes-nous ?
- 11, 12, 13 - Répétez les mots suivants : "Citron, clé, ballon" (l'examineur doit prononcer ces mots au rythme de un par seconde). Chaque réponse correcte = 1. En cas de difficultés, recommencer jusqu'à 5 fois.
- 14, 15, 16, 17, 18 - Soustraire 7 de 100 ainsi de suite. Chaque réponse juste = 1. Maximum 5 réponses correctes.
- 19, 20, 21 - Vous souvenez-vous des trois mots que vous avez répétés tout à l'heure ?
- 22 - Qu'est-ce que c'est que cela ? (Montrer un crayon)
- 23 - Qu'est-ce que c'est que cela ? (Montrer la montre)
- 24 - Répétez : "Pas de si ni de mais". (Chaque réponse correcte = 1)

25, 26, 27 - Faire exécuter au sujet les 3 ordres successifs : prenez cette feuille de papier, pliez-la par le milieu, et posez-la par terre (max. 3 points).

28 - Lisez et faites ce qu'il y a sur cette feuille de papier ("fermez vos yeux").

29 - Ecrivez une phrase de votre choix sur cette feuille.

30 - Copiez ce dessin sur cette feuille.

ECHELLE DE DEPRESSION D'HAMILTON VERSION NIMH (3-67)**1 - Humeur dépressive**

cotation	Absent
cotation 1	Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
cotation 2	Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
cotation 3	Le sujet communique ces états affectifs non verbalement - par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
cotation 4	Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2 - Sentiments de culpabilité

cotation 0	Absent
cotation 1	S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

- cotation 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions comdamnables.
- cotation 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de persécution.
- cotation 4 Entend et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3 - Suicide

- cotation 0 Absent.
- cotation 1 A l'impression que la vie ne vaut pas d'être vécue.
- cotation 2 Souhaite être mort ou équivalent ; toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- cotation 3 Idées ou geste de suicide.
- cotation 4 Tentative de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

4 - Insomnie au début de la nuit

- cotation 0 Pas de difficulté à s'endormir.
- cotation 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir - par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

cotation 2 Se plaint d'avoir chaque soir
des difficultés à s'endormir.

5 - Insomnie du milieu de la nuit

cotation 0 Pas de difficulté.

cotation 1 Le malade se plaint d'être
agité et troublé pendant la
nuit.

cotation 2 Il se réveille pendant la nuit
(coter 2 toutes les fois où le
malade se lève du lit, sauf si
c'est pour uriner).

6 - Insomnie du matin

cotation 0 Pas de difficulté

cotation 1 Se réveille de très bonne heure
le matin mais se rendort.

cotation 2 Incapable de se rendormir s'il
se lève.

7 - Travail et activités

cotation 0 Pas de difficultés

cotation 1 Pensées et sentiments
d'incapacité, fatigue ou
faiblesse se rapportant à des
activités professionnelles ou
de détente.

cotation 2 Ralentissement manifeste à l'entretien

cotation 3 Entretien difficile.

cotation 4 Stupeur

9 - Agitation

cotation 0 Aucune.

cotation 1 "Joue" avec ses mains, ses cheveux, etc.

cotation 2 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10 - Anxiété psychique

cotation 0 Aucun trouble

cotation 1 Tension subjective et irritabilité

cotation 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs

cotation 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage

cotation 4 Pleurs exprimés sans qu'on se pose de questions

11 - Anxiété somatique (concomitants physique de l'anxiété)

cotation 0 Absente

cotation 1	Discrète (gastro-intestinaux, bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)
cotation 2	Moyenne
cotation 3	Grave (cardio-vasculaires : palpitations, céphalées)
cotation 4	Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle (Respiratoires : hyperventilation, soupirs, pollakiurie, transpiration)

12 - Symptômes somatiques gastro-intestinaux

cotation 0	Aucun
cotation 1	Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
cotation 2	A des difficultés à manger en l'absence d'indications du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

13 - Symptômes somatiques généraux

cotation 0	Aucun
------------	-------

cotation 0	Pas de perte de poids
cotation 1	Perte de poids probable liée à la maladie actuelle
cotation 2	Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet)

17 - Perte de poids (appréciée par pesées)

cotation 0	Moins de 500 g de perte de poids par semaine
cotation 1	Plus de 500 g de perte de poids par semaine
cotation 2	Plus de 1 kg de perte de poids par semaine

18 - Prise de conscience

cotation 0	Reconnaît qu'il est déprimé et malade
cotation 1	Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
cotation 2	Nie qu'il est malade

19 - Variations dans la journée (matinée)

cotation 0	Aucune
cotation 1	Légère

cotation 2 Importante

20 - Variations dans la journée (après-midi)

cotation 0 Aucune

cotation 1 Légère

cotation 2 Importante

21 - Dépersonnalisation et déréalisation

cotation 0 Absente

cotation 1 Légère (par ex. sentiment que
le monde n'est pas réel)

cotation 2 Moyenne (idée de négation)

cotation 3 Grave

cotation 4 Entraînant une incapacité
fonctionnelle

22 - Symptômes délirants (persécutifs)

cotation 0 Aucun

cotation 1 Soupçonneux

cotation 2 Idées de référence

cotation 3 Idées délirantes de référence
et de persécution

23 - Symptômes obsessionnels et compulsionnels

cotation 0 Absents

cotation 1 Légers

cotation 2 Graves

24 - Sentiment d'impuissance

cotation 0 Non présent

cotation 1 Impression subjective mise en évidence seulement par l'interrogatoire

cotation 2 Le malade exprime spontanément ses sentiments d'impuissance

cotation 3 Le malade a besoin d'être stimulé, guidé et rassuré pour accomplir les tâches de routine en salle et les soins de toilette

cotation 4 A besoin d'une aide physique pour s'habiller, faire sa toilette, manger, pour son hygiène personnelle

25 - Sentiment d'être sans espoir

cotation 0 Non présent

cotation 1 Doute par intermittence que les "choses iront mieux", mais peut être rassuré

cotation 2 A constamment l'impression "qu'il n'y a pas d'espoir", mais accepte d'être rassuré

cotation 3 Exprime des sentiments de découragement, de désespoir, de pessimisme sur l'avenir qui ne peuvent être dissipés

cotation 4 Persévère spontanément et de façon inappropriée à affirmer "je n'irai jamais bien" ou quelque chose d'équivalent

26 - Sentiment de dévalorisation (allant d'une légère perte d'estime pour soi-même, de sentiment d'infériorité d'une auto-dépréciation à l'idée délirante que le sujet ne vaut absolument rien)

cotation 0 Non présent

cotation 1 Indique des sentiments de dévalorisation (perte de l'estime pour soi-même) seulement si on l'interroge

cotation 2 Indique spontanément des sentiments de dévalorisation (perte de l'estime pour soi-même)

cotation 3 Diffère de la cotation 2 par son intensité : le malade indique spontanément "qu'il ne vaut rien", qu'il est "inférieur", etc.

cotation 4 Idées délirantes de dévalorisation - par ex. "Je ne suis qu'un tas de détritius" ou quelque chose d'équivalent.

CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE
SELON LE D S M III R

A - Présence de symptômes psychotiques caractéristiques pendant la phase active : soit (1), soit (2), soit (3) pendant au moins une semaine (sauf quand ils répondent favorablement au traitement).

1 - Deux des manifestations suivantes :

a - Idées délirantes.

b - Hallucinations au premier plan (toute la journée pendant plusieurs jours ou plusieurs fois par semaine pendant plusieurs semaines, la durée de chaque expérience hallucinatoire n'étant pas limitée à quelques instants).

c - Incohérence ou relâchement net des associations.

d - Comportement catatonique.

e - Affect abasé ou grossièrement inapproprié.

2 - Idées délirantes bizarres (c'est-à-dire impliquant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable dans la culture du sujet, par exemple une divulgation de la pensée, ou l'idée d'être sous l'influence d'une personne décédée).

3 - Hallucinations au premier plan avec présence d'une voix sans relation apparente avec une dépression ou une élation, ou dans lesquelles une voix commente en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou dans lesquelles deux ou plusieurs voix conversent entre elles.

B - Au cours de la perturbation, le fonctionnement dans des domaines tels que le travail, les relations sociales, et les soins personnels est nettement inférieur au niveau le plus élevé atteint avant la survenue de la perturbation.

C - Un trouble schizoaffectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés, c'est-à-dire si un syndrome dépressif majeur ou un syndrome maniaque a été présent au cours d'une phase active de la perturbation, la durée totale de tous les épisodes thymiques a été courte par rapport à la durée totale des phases actives et résiduelles de la perturbation.

D - Des signes permanents de la perturbation pendant au moins six mois. La période de six mois doit comprendre une phase active pendant laquelle étaient présents des symptômes psychotiques caractéristiques de la schizophrénie avec ou sans phases prodromiques ou résiduelles.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

51

BON A IMPRIMER N° _____

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

La naissance de ce que l'on peut appeler maintenant la psychogériatrie, vraisemblablement stimulée par l'évolution démographique, met en lumière peu à peu l'existence de pathologies autres que la démence, et propres au sujet âgé.

Les délires tardifs ont retenu ici toute notre attention. Leurs facteurs de risque, analysés à travers une revue de la littérature, regroupent les handicaps sensoriels, l'isolement social, la notion d'événements déclenchants, des troubles de la personnalité antérieure. La psychopathologie de la vieillesse permet de se pencher sur les concepts de narcissisme, de régression, de crise chez le vieillard. Elle nous permet de mieux percevoir les intrications existant entre délires tardifs d'une part, dépression et démence d'autre part. La tentative de classification de cette pathologie à l'aide du D S M III R semble bien vouée à l'échec ; seule une conception psychodynamique semble pouvoir donner un sens à ces délires. Ainsi se réaffirme la vitalité et l'originalité psychique des sujets âgés.

Mots Clefs : *Délire tardif - vieillard - psychopathologie - classification D S M III R.*