

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1993

THESE n° 159 / 1

**EVALUATION DE L'ANXIETE
CHEZ LE SUJET AGE**



THESE

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

présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 1993

par
Isabelle DORMOIS
née le 3 Mars 1965 à Loudéac (Côtes d'Armor)

EXAMINATEURS de la THESE

- | | |
|--|---------------|
| Monsieur le Professeur LEGER | PRESIDENT |
| Madame le Professeur ARCHAMBEAUD | JUGE |
| Monsieur le Professeur DUMAS | JUGE |
| Monsieur le Professeur PIVA | JUGE |
| Monsieur le Docteur CLEMENT | MEMBRE INVITE |

Ex 1
Silil



ANNEE 1993

THESE n°/59

**EVALUATION DE L'ANXIETE
CHEZ LE SUJET AGE**

THESE

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

présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 1993

par

Isabelle DORMOIS

née le 3 Mars 1965 à Loudéac (Côtes d'Armor)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur LEGER	PRESIDENT
Madame le Professeur ARCHAMBEAUD	JUGE
Monsieur le Professeur DUMAS	JUGE
Monsieur le Professeur PIVA	JUGE
Monsieur le Docteur CLEMENT	MEMBRE INVITE

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE

- DOYEN DE LA FACULTÉ : Monsieur le Professeur BONNAUD

- ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA

Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie Infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean	Clinique Obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique Médicale Cardiologique
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et Informatique Médicale
BRETON Jean-Christian	Biochimie et Biologie Moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie Pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de Chirurgie Digestive
DARDE Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Albert	Clinique Thérapeutique et Rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation Fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie et Imagerie Médicale
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
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie et Biologie Moléculaire
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 et Transfusion
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 Traumatologique
PERDRISOT Rémy	Biophysique et Traitement de l'Image
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude	Médecine Légale
PRALORAN Vincent	Hématologie et Transfusion
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie Moléculaire
ROUSSEAU Jacques	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique et Traitement de l'Image
WEINBRECK Pierre	Maladies Infectieuses

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA FACULTÉ - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

Je dédie cette thèse

À mes parents,

**qui m'ont toujours aidée par leur présence et leur
réconfort en toutes circonstances.**

Trouvez ici un témoignage de mon amour.

À ma Grand-Mère,

**pour toute l'affection qu'elle m'a donnée et à qui je
dois tant.**

À toute ma famille,

qu'elle soit assurée de mon attachement.

À tous mes amis de Rennes, de Limoges et d'ailleurs,

qui m'ont encouragée et apporté leur soutien.

**À tous ceux avec qui j'ai travaillé durant mes études et mon internat et
qui m'ont aidée à la réalisation de ce travail.**

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur LEGER,

**Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service.**

**Vous nous avez guidé dans la découverte de la psychiatrie. Nous avons
pu bénéficier de la qualité de vos enseignements, de l'ampleur de
vos connaissances et de votre bienveillante compréhension.**

**Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger cette thèse.**

**Trouvez ici un témoignage de toute notre gratitude et
notre profond respect.**

À NOS JUGES,

Madame le Professeur ARCHAMBEAUD,

**Professeur des Universités de Médecine Interne,
Médecin des Hôpitaux.**

**Nous avons grandement apprécié l'enthousiasme avec lequel
vous avez reçu l'idée de ce travail.**

Nous avons pu bénéficier de votre gentillesse et de votre compréhension.

**Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez accordé
en acceptant de juger cette thèse.**

Soyez assurée de notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur DUMAS,

Professeur des Universités de Neurologie,

Médecin des Hôpitaux,

Chef de Service.

**Nous avons pu bénéficier de l'étendue de vos connaissances au cours
de notre semestre passé en Neurologie sous votre direction.**

Nous avons pu apprécier votre humanisme et votre disponibilité.

Vous nous faites l'honneur d'être présent pour juger ce travail.

Puissiez-vous trouver ici le témoignage de notre profond respect.

Monsieur le Professeur PIVA,

**Professeur des Universités de Médecine Légale,
Médecin des Hôpitaux,
Chef de Service.**

**Vous nous avez fait partager votre passion pour la médecine.
Nous avons pu bénéficier de l'excellence de vos enseignements
et apprécier la valeur de vos qualités humaines
en toutes circonstances.**

**Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.
Soyez assuré de notre reconnaissance et de tout notre respect.**

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE,

Monsieur le Docteur CLEMENT,

Psychiatre d'Adultes,

Praticien Hospitalier.

Ton aide précieuse a permis la réalisation de ce travail.

**J'ai pu apprécier ta rigueur, ta patience, ta disponibilité ainsi
que l'étendue de tes connaissances.**

Je te remercie de m'avoir guidée et encouragée jusqu'à ce jour.

Trouve ici l'assurance de toute ma reconnaissance et de mon amitié.

Monsieur F. MARCHAN,

**Je te remercie pour l'aide que tu as bien voulu m'apporter,
pour ta disponibilité et ta gentillesse.
Sois assuré de toute ma reconnaissance.**

Angé plein de gaieté, connaissez-vous l'angoisse,
La honte, les remords, les sanglots, les ennuis,
Et les vagues terreurs de ces affreuses nuits
Qui compriment le cœur comme un papier qu'on froisse ?
Angé plein de gaieté, connaissez-vous l'angoisse ?

Baudelaire - Les Fleurs du Mal.

PLAN

INTRODUCTION

1ère PARTIE : PARTIE THEORIQUE

I - RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES

1 - 1 Le vieillissement

1 - 2 Les troubles anxieux

II - DONNEES CLINIQUES

2 - 1 Sémiologie générale des conduites anxieuses

2 - 1 - 1 Crises d'angoisse

2 - 1 - 1 - 1 Manifestations subjectives

2 - 1 - 1 - 2 Manifestations somatiques

2 - 1 - 1 - 3 Manifestations psychosensorielles

2 - 1 - 1 - 4 Manifestations comportementales

2 - 1 - 2 Anxiété chronique

2 - 1 - 2 - 1 Sur le plan psychique

2 - 1 - 2 - 2 Sur le plan somatique

2 - 1 - 3 Les phobies

2 - 2 Points particuliers de la sémiologie anxieuse en psychogériatrie

2 - 2 - 1 Vertiges, malaises et chutes

2 - 2 - 2 Troubles du comportement

2 - 2 - 2 - 1 Rappels et définitions

2 - 2 - 2 - 2 Chez le sujet âgé

2 - 2 - 2 - 3 Tableaux cliniques

2 - 2 - 3 Les troubles fonctionnels

- 2 - 2 - 4 L'hypochondrie
- 2 - 2 - 5 La comorbidité Anxiété-Dépression
- 2 - 2 - 6 Les interactions Maladies somatiques - Troubles anxieux
 - 2 - 2 - 6 - 1 En gériatrie ou gérontopsychiatrie,...
 - 2 - 2 - 6 - 2 Les maladies psychiatriques...
 - 2 - 2 - 6 - 3 A l'inverse parfois,...
 - 2 - 2 - 6 - 4 Un épisode psychiatrique aigu...
 - 2 - 2 - 6 - 5 L'accroissement...
- 2 - 2 - 7 Le contexte psychosocial et les éventuels facteurs déclenchants
- 2 - 2 - 8 Conclusion

III - PSYCHOPATHOLOGIE

- 3 - 1 Les concepts de l'anxiété
 - 3 - 1 - 1 Théories freudiennes
 - 3 - 1 - 1 - 1 Première théorie (1895) : théorie économique
 - 3 - 1 - 1 - 2 Deuxième théorie : théorie fonctionnelle
 - 3 - 1 - 1 - 3 Rapport entre angoisse et dépression dans l'oeuvre de Freud
 - 3 - 1 - 2 Théorie cognitivo-comportementaliste
 - 3 - 1 - 2 - 1 Définitions
 - 3 - 1 - 2 - 2 Théorie
 - 3 - 1 - 2 - 3 En pratique
 - 3 - 1 - 3 Anxiété-Trait et Anxiété-Etat
 - 3 - 1 - 3 - 1 Conception d'anxiété-trait et d'anxiété-état selon Cattell
 - 3 - 1 - 3 - 2 Conception de Spielberger
- 3 - 2 Psychopathologie du vieillissement

IV - NOSOGRAPHIE DES ETATS ANXIEUX

- 4 - 1 Nosographie classique
 - 4 - 1 - 1 Etats anxieux réactionnels
 - 4 - 1 - 2 Etats anxieux et névroses
 - 4 - 1 - 3 Etats anxieux et psychoses
 - 4 - 1 - 4 Etats anxieux symptomatiques
- 4 - 2 Classification française des troubles mentaux
- 4 - 3 Classification de l'OMS : la C.I.M. 10
- 4 - 4 DSM III et DSM III R

V - PSYCHOMETRIE

- 5 - 1 Psychométrie générale
 - 5 - 1 - 1 Définition - Historique
 - 5 - 1 - 2 Classification
 - 5 - 1 - 2 - 1 Selon leur utilisation en psychiatrie
 - 5 - 1 - 2 - 2 Selon l'utilisateur
 - 5 - 1 - 2 - 3 Selon le système de cotation
 - 5 - 1 - 2 - 4 Selon la pathologie explorée
 - 5 - 1 - 3 Utilisation, limites et risques de la psychopathologie quantitative
 - 5 - 1 - 3 - 1 Construction d'une échelle
 - 5 - 1 - 3 - 2 Limites de la psychopathologie quantitative
 - 5 - 1 - 4 Evolution des approches méthodologiques
 - 5 - 1 - 4 - 1 La population concernée : critères diagnostiques et nouveaux concepts
 - 5 - 1 - 4 - 2 Les problèmes d'évaluation
 - 5 - 1 - 4 - 3 Les apports techniques
 - 5 - 1 - 4 - 4 Les problèmes de fond

5 - 2 Psychométrie de l'anxiété

5 - 2 - 1 Généralités

5 - 2 - 2 Echelles d'anxiété

5 - 2 - 2 - 1 Echelles d'hétéroévaluation

5 - 2 - 2 - 2 Echelles d'autoévaluation

2ème PARTIE : ETUDE CLINIQUE

I - OBJECTIFS

II - MATERIEL ET METHODES

2 - 1 Population

2 - 2 Description des instruments choisis

2 - 2 - 1 Echelle de Hamilton

2 - 2 - 2 Echelle AMDP

2 - 2 - 2 - 1 AMDP

2 - 2 - 2 - 2 AMDP-AT

2 - 2 - 3 FARD

2 - 2 - 4 Echelle de dépression

2 - 2 - 5 MMS

2 - 3 Méthodes

2 - 3 - 1 Enregistrement des patients

2 - 3 - 2 Analyse statistique

2 - 3 - 3 Proposition d'une nouvelle échelle

III - RESULTATS

3 - 1 Résultats descriptifs simples

- 3 - 1 - 1 Anxiété clinique
- 3 - 1 - 2 Motif d'hospitalisation
- 3 - 1 - 3 Antécédents
- 3 - 1 - 4 Traitement à l'admission
- 3 - 2 Evaluation quantitative
- 3 - 3 Résultats des croisements et corrélations

IV - DISCUSSION

- 4 - 1 Méthodologie
- 4 - 2 Critiques des instruments choisis
 - 4 - 2 - 1 Echelle d'Hamilton
 - 4 - 2 - 2 L'AMDP-AT
 - 4 - 2 - 3 Diagramme FARD
 - 4 - 2 - 4 Echelle de dépression de Yesavage
 - 4 - 2 - 5 MMS de Folstein
- 4 - 3 Commentaires des résultats
 - 4 - 3 - 1 Anxiété clinique et anxiété quantitative
 - 4 - 3 - 2 Dépression
 - 4 - 3 - 3 Fonctions supérieures
 - 4 - 3 - 4 Influence des antécédents et du traitement
 - 4 - 3 - 5 Sélections des items

V - PROPOSITION D'UN NOUVEL INSTRUMENT DE PSYCHOMETRIE

- 5 - 1 Résultats théoriques
- 5 - 2 En pratique : présentation de notre instrument à propos de 5 observations cliniques
 - 5 - 2 - 1 Observations cliniques

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Les troubles anxieux ont fait l'objet d'un intérêt croissant dans les milieux cliniques et de recherche depuis 1980 mais leur étude en médecine gériatrique est encore peu répandue. Actuellement, peu d'études épidémiologiques ont été réalisées chez les sujets de 65 ans et plus dans le domaine de l'anxiété (Copeland, 1987).

Par contre, le développement de la psychogériatrie a permis la reconnaissance de particularités sémiologiques liées au vieillissement. Malgré cela, les instruments de psychométrie à notre disposition pour l'évaluation des troubles anxieux n'ont fait l'objet d'aucune validation dans le milieu gériatrique. De ce constat découle le sujet de notre travail : évaluation des troubles anxieux chez le sujet âgé de 65 ans et plus.

En effet, quelle peut être la fiabilité - en psychogériatrie - des échelles que nous utilisons et qui ne sont validées que pour la population adulte ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous aborderons dans une première partie quelques données actuelles concernant l'épidémiologie, la clinique, la psychopathologie et la nosographie des troubles anxieux et leurs particularités chez le sujet âgé.

Ensuite sera exposée notre étude clinique : 60 sujets âgés de 65 ans et plus ont été soumis à un entretien psychiatrique comprenant un recueil de données ayant servi pour le codage des patients, une évaluation clinique, trois échelles d'anxiété, le MMS et une échelle de dépression.

Le traitement informatique des données (plusieurs méthodes statistiques utilisées) nous a permis de repérer quelques items paraissant plus spécifiques ou à l'inverse trop peu significatifs d'un trouble anxieux du sujet âgé.

Finalement, il a été possible de retenir 20 items qui nous ont semblé les plus intéressants pour l'évaluation de l'anxiété chez le sujet âgé.

1ère PARTIE :

PARTIE THEORIQUE

I - RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES

1 - 1 LE VIEILLISSEMENT

D'après les données de l'OCDE, la population âgée dans l'ensemble des pays de l'OCDE doit presque doubler entre 1980 et 2040 pour passer de 87 millions à 175 millions. La croissance est particulièrement forte pour le groupe des 80 ans et plus, qui doit tripler dans cette même période, passant de 16 à 47 millions.

En 2040, une personne âgée sur trois aura plus de 85 ans dans les pays de l'OCDE. En France, on estime que nous aurons 865 000 personnes de plus de 85 ans en l'an 2000.

1 - 2 LES TROUBLES ANXIEUX

La prévalence des troubles anxieux dans la population générale adulte est estimée de 0,5 à 8,5 % selon les enquêtes européennes (Lepine, 1987 - 1978). Ces chiffres semblent plus élevés chez les sujets âgés de 65 ans et plus, mais nous ne disposons, à l'heure actuelle, d'aucune étude épidémiologique de prévalence dans cette population.

Aux Etats-Unis, les premiers résultats du programme ECA (Epidemiologic Catchment Area Study) montrent que 6 à 33 % des sujets de plus de 65 ans souffrent de troubles anxieux, toutes catégories confondues. Les mêmes auteurs soulignent la rareté des troubles paniques (0,1 %) et une relative fréquence des troubles phobiques (11,5 %) au sein de cette population (Weissman & al., 1985). Une nuance supplémentaire est apportée par Copeland (1986) à savoir que si le diagnostic de trouble anxieux n'est posé que chez 0,7 à 1,1 % des sujets au delà de 65 ans, on retrouve néanmoins un niveau d'anxiété important chez 15,3 à 15,7 % d'entre eux. En d'autres termes donc, les symptômes anxieux apparaissent relativement fréquents mais pas toujours diagnostiqués.

Par ailleurs, il est important de souligner que dans cette tranche d'âge, les patients se plaignent tardivement de leur gêne, quelquefois plus de dix ans après l'apparition des premiers symptômes (Shader & al., 1982) et que le trouble anxieux est souvent masqué par

une symptomatologie atypique qu'il peut être difficile de reconnaître en tant que telle.

En ce qui concerne la répartition des troubles anxieux, on retrouve une différence par rapport aux adultes jeunes (Schweizer & al., 1989) : les patients du troisième âge souffrent moins de troubles paniques mais davantage de phobies et surtout plus d'anxiété généralisée que les adultes jeunes.

Par ailleurs, l'évaluation de l'anxiété doit s'attacher à rechercher l'existence d'une symptomatologie dépressive associée (Pichot & Widlöchler, 1989). En effet, 20 à 45 % des sujets anxieux reçoivent secondairement un diagnostic de dépression (Hoehn-Saric, 1982). En matière de quantification du symptôme anxieux, il semblerait que, si on élimine la symptomatologie dépressive, l'intensité du trouble anxieux est statistiquement indépendante de l'âge (Pichot & Widlöchler, 1989).

II - DONNEES CLINIQUES

2 - 1 SEMIOLOGIE GENERALE DES CONDUITES ANXIEUSES

L'anxiété et l'angoisse peuvent revêtir deux aspects en clinique :

- la crise d'angoisse paroxystique,
- l'état permanent d'anxiété ou angoisse chronique.

L'existence de ces deux termes dans la langue française tend de plus en plus à disparaître chez les auteurs contemporains. Classiquement, l'anxiété est conçue comme un état mental de trouble et d'agitation, l'angoisse englobant l'anxiété et les manifestations somatiques de celle-ci (Brissaud, 1902).

D'un point de vue sémiologique, on observe dans chacune de ces formes des manifestations subjectives (signes psychiques) et objectives (signes somatiques) qui seront décrites pour chaque tableau.

2 - 1 - 1 LES CRISES D'ANGOISSE

Les crises d'angoisse sont des manifestations paroxystiques d'anxiété, limitées dans le temps et caractérisées par un début brutal dont l'acuité est le plus souvent perçue par le patient, même quand existent des manifestations permanentes d'anxiété généralisée (non paroxystique).

La symptomatologie de la crise comprend des manifestations subjectives et somatiques qui peuvent être associées à des symptômes psychosensoriels et à des troubles comportementaux (rares).

2 - 1 - 1 - 1 Manifestations subjectives

Toujours présentes, ce sont les sentiments aigus de détresse, d'anéantissement, de catastrophe imminente ; plus particulièrement le patient peut parler de peurs précises telles que la peur de devenir fou, de perdre le contrôle de lui-même, de perdre conscience ou la sensation de mort imminente. Ces sentiments, irrépessibles au moment de la crise, font souvent l'objet d'une critique secondaire ou d'une gêne honteuse (Boulenger, 1987).

2 - 1 - 1 - 2 Manifestations somatiques

On observe tout un cortège de manifestations à leur paroxysme, qui peuvent parfois motiver une consultation initiale en milieu médical avant d'être reconnues comme constitutives d'une crise d'angoisse.

Toutes les sphères peuvent être à l'origine de symptômes, plus particulièrement la sphère cardiovasculaire et respiratoire.

- Symptômes cardiorespiratoires : le signe le plus souvent observé est une sensation d'oppression thoracique, de "poitrine serrée". Le patient se plaint également de tachycardie, palpitations, précordialgies. Parfois, on retrouve des modifications de la tension artérielle

(hypo ou hyper). Au niveau respiratoire, on peut observer une tachypnée superficielle, une sensation d'étouffement ; parfois le patient présente des accès de toux non productive.

- Symptômes digestifs : le patient se plaint de dysphagie, de sensation "de boule dans la gorge", de douleurs abdominales, d'aérophagie, de nausées, d'accès de faim ou de soif. Il arrive qu'il ait le hoquet, des vomissements ou la diarrhée.

- Symptômes neurosensoriels, neuromusculaires et neurovégétatifs : ces signes sont très fréquents lors de crises aiguës. Ce sont des douleurs musculaires, des tremblements, des frissons, des paresthésies, des céphalées, des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles visuels (impression de voir flou), une instabilité à la marche.

Sur le plan neurovégétatif, on note des sueurs (notamment au niveau des mains et du visage), une sécheresse buccale, des accès de pâleur ou de rougeur .

2 - 1 - 1 - 3 Manifestations psychosensorielles

Ces symptômes ne sont pas toujours présents mais leur présence est hautement caractéristique et par ce fait doit être recherchée par l'interrogatoire.

Ce sont des phénomènes de déréalisation (impression soudaine d'étrangeté du monde extérieur, perte du caractère familier de tout ce qui vous entoure...) ou encore des sensations vestibulaires (flottement, mouvement...) une accélération du cours de la pensée, ralentissement de la notion du temps...

2 - 1 - 1 - 4 Manifestations comportementales

Bien que ce soit rare dans les crises aiguës d'angoisse, le patient peut toutefois présenter des troubles du comportement (et peut être plus particulièrement, nous le décrirons ultérieurement, en milieu gériatrique).

Ces manifestations peuvent être très diverses : arrêt inexplicable de l'activité en cours,

besoin impérieux de quitter le lieu où il se trouve, état de stupeur ou de sidération, état de fureur, fugues du domicile...

Les conséquences comportementales des crises sont rarement susceptibles d'être dangereuses pour le patient lui-même ou son entourage.

2 - 1 - 2 ANXIETE CHRONIQUE

Contrairement à la crise aiguë d'angoisse, l'anxiété permanente constitue un état chronique, qui accompagne le sujet dans tous les moments de son existence, à un niveau variable. Les perturbations que nous venons de développer dans le paragraphe précédent se retrouvent amoindries.

2 - 1 - 2 - 1 Sur le plan psychique

Même si leur niveau d'intensité est plus faible que dans l'attaque de panique, leur sens demeure identique : l'attente du danger, la perspective péjorative des événements, le désarroi de l'être, les sentiments d'inquiétude et de tension intérieure sont simplement vécus sur un mode mineur.

La thématique anxieuse est celle de l'infériorité, de la malchance, de la faiblesse, de la crainte permanente. Le MOI est incapable de répondre aux excitations de l'environnement, se décharge dans un comportement de dépendance, d'appel à l'aide. Il est en perpétuel état d'alerte.

2 - 1 - 2 - 2 Sur le plan somatique

Toutes les manifestations sont possibles, plus ou moins nombreuses et intenses, les plus fréquentes restant des domaines cardiovasculaires et respiratoires ou digestives.

Certains points nous paraissent plus importants :

- troubles du sommeil : représentés essentiellement par des difficultés d'endormissement (par des ruminations mentales incessantes) ou une fragilité du sommeil (éveils fréquents, cauchemars) et le "réveil à 3h du matin", classique "heure du pôle matinal de l'angoisse".

Plus rarement, il peut s'agir d'une hypersomnie, insuffisamment réparatrice.

- l'instabilité, la sub-agitation : le sujet "ne tient pas en place" ; hyperémotif, il réagit à tout stimulus dans des proportions exagérées : agitation, troubles vasomoteurs, spasmes viscéraux, changements répétés d'humeur...

Les réactions sont violentes et généralement non appropriées. Une conséquence de tous ces troubles est une sensation d'asthénie, d'épuisement avec leurs 2 pôles matinal et vespéral.

- les douleurs : elles peuvent être une expression de l'anxiété qui atteint n'importe quelle partie du corps. Le plus souvent, ces douleurs sont des céphalées sans topographie ni horaire particulier. Il peut y avoir également des douleurs touchant l'axe vertébral avec lombalgies, cervicalgies survenant à n'importe quel moment de la journée et ne s'accompagnant pas obligatoirement d'un sentiment d'anxiété.

- les symptômes génito-urinaires : douleurs pelviennes, cystalgies, pollakiurie, inhibition sexuelle sont des symptômes fréquents chez l'anxieux chronique.

Il est intéressant de s'attacher à l'organe cible dans les manifestations somatiques de l'anxiété : ce n'est pas un hasard si un individu donné investit telle ou telle partie de son corps pour exprimer son anxiété ; l'organe et le symptôme ont une valeur symbolique qu'il faut essayer de décrypter pour lui donner un sens et remonter à la source du conflit générateur d'anxiété.

2 - 1 - 3 LES PHOBIES

En tant que symptôme, une phobie est définie comme une peur spécifique intense dont

le stimulus est projeté à l'extérieur pour amoindrir l'angoisse. Elle exige du patient phobique des réactions propres, des mesures de "lutttes contraphobiques" ayant valeur d'activité de décharge.

La névrose phobique, caractérisée par la systématisation de l'angoisse sur des personnes, des choses, des situations ou des actes qui deviennent l'objet d'une terreur paralysante, avait été initialement désignée par Freud comme "hystérie d'angoisse".

Les thèmes phobiques peuvent être très divers : le plus fréquent se réfère à la phobie de l'espace. Il se manifeste par une peur de sortir dans la rue, la peur des espaces découverts (agoraphobie) ou des espaces clos (claustrophobie), la peur des ascenseurs, des montagnes, de l'obscurité, la peur des moyens de transport, la peur de la foule, etc...

Un autre type peut être "l'anthropophobie" ou crainte du milieu social : les relations individuelles ou collectives sont l'objet d'une angoisse panique ; on y retrouve la crainte de rougir en public (éreutophobie), la crainte de manger ou parler en public, de regarder les autres, de parler à un étranger, (phobies sociales) etc...

D'autre part, il peut persister chez l'adulte des phobies qui sont considérées comme des reliquats directs d'expériences infantiles : phobies des animaux, d'un objet...

Face à ces différentes situations qui constituent des états d'angoisse réels, pour les sujets phobiques, ces derniers utilisent des stratagèmes destinés à conjurer l'angoisse : ce sont les conduites d'évitement (le sujet évite l'objet ou la situation) et les conduites de réassurance (présence d'une personne ou d'un objet à valeur "contraphobique").

2 - 2 POINTS PARTICULIERS DE LA SEMIOLOGIE ANXIEUSE EN PATHOLOGIE GERIATRIQUE

L'approche diagnostique de l'anxiété du sujet âgé ne doit pas reposer exclusivement sur les concepts et la représentation qui guident le diagnostic de l'anxiété de l'adulte. De par le contexte dans lequel elle évolue et son mode d'expression, l'anxiété du sujet âgé possède des particularités qui peuvent rendre difficile son diagnostic et l'évaluation de sa signification psychopathologique.

La psychologie du sujet âgé, pour lequel tout handicap ou toute atteinte de l'intégrité physique et psychique est signe de déchéance et de mort, doit toujours être prise en compte. Elle seule permet de comprendre pourquoi une affection somatique mineure sans caractère objectivement inquiétant peut être à l'origine d'une anxiété massive : le sujet âgé peut y voir le rappel dramatique d'une mort inéluctable ; il peut craindre l'existence d'une maladie grave méconnue ou vivre cette maladie comme une menace directe pour son autonomie et sa survie.

D'autre part, le sujet âgé est fréquemment confronté à des situations objectivement pénibles : difficultés familiales et financières, décès d'êtres chers, solitude, hospitalisations, mise en institution, maladie chronique, handicaps physiques divers... Tout ceci nous contraint donc à admettre la grande fréquence de l'anxiété - symptôme chez le sujet âgé, et qui se doit d'être recherché lors de toute consultation médicale.

Dans un premier temps, seront développées plus particulièrement certaines plaintes fréquentes en psychogériatrie et qui doivent amener à rechercher un trouble anxieux :

- les vertiges, malaises et chutes,
- les troubles du comportement et les troubles du sommeil,
- les troubles fonctionnels,
- l'hypocondrie.

Secondairement, nous insisterons sur :

- la fréquente comorbidité anxiété - dépression,
- les interactions maladies physiques - maladies psychiatriques,
- le contexte psychosocial dans lequel vit la personne âgée et l'influence d'éventuels facteurs déclenchants.

2 - 2 - 1 VERTIGES, MALAISES ET CHUTES

Ces trois termes reviennent fréquemment dans le discours des sujets âgés et méritent qu'on y attache de l'intérêt, d'une part car cela peut être un signe d'une pathologie à préciser, d'autre part parce que ces symptômes constituent un véritable problème de santé publique par le nombre de patients concernés, les hospitalisations, la morbidité et le coût qui en résulte.

Pour illustration, ces chiffres rapportés par l'OMS en 1983 (CIGS, 1983) :

- un tiers des sujets de plus de 65 ans font au moins un épisode de malaise et/ou chute par an en France. Ce taux s'élève à plus de 50 % au-delà de 80 ans.

- 12000 décès par an seraient reliés à des chutes sans que l'on puisse faire la part entre les conséquences de la chute et les suites de l'affection initiale.

- dans 12 % des cas, aucune étiologie organique n'est retrouvée mais la majorité serait constituée par des troubles anxieux (Bouchon, 1986).

Le terme de vertige recouvre un grand nombre de significations (Ferrey, 1992), tant dans la langue commune que scientifique ; il peut désigner :

- une sensation traduisant une perturbation sensorielle,
- une angoisse situationnelle,
- un symptôme.

Par extension, le vertige se rapproche beaucoup de l'angoisse comme dans la définition de Sartre : "l'angoisse, c'est le vertige qui saisit l'homme".

Si le vertige peut être relié à une émotion agréable, nous le rencontrons souvent en pathologie associé à une peur, une crainte (... du vide, de la hauteur, d'un choc...) - peur parfois purement psychologique (mauvaise nouvelle, sentiment de honte en public...).

D'un point de vue psychosomatique, on constate que le vertige naît d'une situation que le sujet ne parvient pas à dominer : c'est le signe du débordement par l'anxiété du contrôle de soi-même, de même que les malaises, les chutes et le cortège de symptômes qui leur sont associés (tremblements, imprecision du mouvement, faiblesse musculaire, perturbations viscérales).

La signification plus ou moins consciente de ces troubles serait une inscription psychosomatique d'une faiblesse, d'une incapacité, de l'impossibilité d'affronter une situation, au total une atteinte narcissique, une reviviscence de l'angoisse de castration (Ferrey, 1992).

Un bilan étiologique complet s'impose afin d'éliminer une étiologie curable (cardiologique, neurologique ou ORL notamment). Dès que la description des troubles ou les

résultats des investigations plaident en faveur d'une étiologie anorganique, il faut s'attacher à rechercher une anxiété, parce qu'elle est très rarement mise en avant par le patient qui ne la ressent que comme secondaire et "légitime" : se sentant incertain de son équilibre corporel, il perçoit le risque de chute et tend à éviter les situations qui pourraient compromettre son équilibre. Dans les cas extrêmes, l'anxiété est telle que la crainte de la chute se transforme en phobie. S'il s'agit le plus généralement d'une traduction d'anxiété généralisée, il faut savoir que des symptômes vertigineux peuvent également correspondre à une forme atypique de crise de panique (ou forme larvée).

2 - 2 - 2 TROUBLES DU COMPORTEMENT

2 - 2 - 2 - 1 Rappels et définitions

Le comportement a été défini par Piaget en 1967 comme "l'organisation même de la vie, mais appliquée ou généralisée à un secteur plus large d'échanges avec le milieu". En effet, il apparaît évident que nos comportements sont sous la dépendance de facteurs multiples et complexes, s'analysant en terme de tendances et de moyens, de contraintes et de libertés, etc...

De même que les conduites et comportements ont évolués au cours des civilisations, ils se modifient au fur et à mesure du développement de chaque individu, en interaction avec l'environnement. A chaque stade correspond donc un et/ou des comportement(s) normaux, c'est-à-dire adaptés au contexte ; mais cette évolution peut être émaillée d'accidents et on parle alors de troubles du comportement.

2 - 2 - 2 - 2 Chez le sujet âgé

L'apparition de troubles du comportement peut traduire (Michel, 1989) :

- une perception inadéquate du temps par l'individu,
- une modification de l'idée du MOI avec l'avancée en âge : le MOI, lieu de travail psychique, peut être l'objet d'une défaillance suscitant alors l'émergence d'une angoisse qui

désorganise encore davantage l'idée que le sujet peut avoir de son intégrité psychique,

- des modifications psychopathologiques liées au vieillissement du corps, de l'organisme.

Pour Cuny (1989), les conduites et comportements moteurs anormaux "apparaissent comme un mode d'expression privilégié dans les états psychogériatriques".

2 - 2 - 2 - 3 Tableaux cliniques

- *Raréfaction ou suppression de l'activité motrice :*

Elle se rencontre dans les tableaux d'inhibition et s'exprime dans le ralentissement, la diminution de l'initiative motrice pouvant aller jusqu'à un état de stupeur (Feline et Lepine, 1982).

De telles conduites peuvent correspondre à des troubles phobiques ou à des équivalents d'attaque de panique (Cuny, 1989). Par exemple, le sujet âgé n'exprimera pas sa crainte de sortir dehors, il restera immobile.

- *Augmentation et exagération de l'activité motrice :*

L'expression en est variable : agitation, déambulation nocturne principalement mais aussi diurne, para- ou dyskinésies,... à l'extrême des fugues.

Là encore, l'anxiété peut être la cause de tels états ; une situation fréquente en psychogériatrie doit être rapportée ici : il n'est pas rare de voir les personnes âgées s'agiter en fin de journée et début de nuit, ces états traduisant simplement la crainte d'aller au lit, de s'allonger, la peur du noir, ... De même des états d'agitation anxieuse sont possibles chez les sujets âgés dépressifs.

- *Fugues :*

En gérontopsychiatrie, la fugue est considérée comme une conduite, une manière de réagir à des stress externes ou internes (Commandeur & al., 1989).

Il y a fugue chaque fois qu'un sujet cède à un besoin de partir, souvent sans but et à

l'aventure, besoin auquel il a de la peine à résister. Trois traits caractérisent essentiellement la fugue : inattendue, déraisonnable, généralement limitée dans le temps.

La fugue génère parmi l'entourage un état d'anxiété, voire de panique. Parmi les significations possibles de cet événement on retrouve la traduction d'une angoisse : à l'inverse des réactions adaptées de fuite, face à une situation menaçante, la fugue s'accomplit sans aucune intentionnalité apparente.

- Troubles sphinctériens, déficience des soins corporels et de l'hygiène :

Le reflet du corps vieillissant peut être source d'angoisse rendant donc difficiles les actes simples de toilette et d'hygiène... d'autant plus que ces mêmes actes peuvent être gênés de part de nombreuses pathologies liées au vieillissement - pathologie rhumatismale notamment (Michel JP, 1989).

Certains sujets peuvent souffrir d'une phobie de l'eau, se traduisant donc par une négligence de la toilette quotidienne ; pour d'autres, ce sera la crainte de tomber dans la baignoire...

- Troubles du sommeil :

Comme chez l'adulte, l'anxiété généralisée peut se traduire par des difficultés d'endormissement et/ou des éveils répétés. Les troubles phobique et obsessionnel compulsif s'accompagnent de difficultés d'endormissement quand le ou les stimuli responsables des phénomènes anxieux sont associés au coucher (Billiard, 1990).

Des éveils soudains concomittant de symptômes de la série anxieuse peuvent traduire des attaques de panique.

Enfin, les déambulations nocturnes et le refus de se coucher évoquent l'angoisse de quitter l'environnement (Charazac, 1985)

2 - 2 - 3 LES TROUBLES FONCTIONNELS

Le trouble fonctionnel est une maladie de la relation, à retentissement somatique. Il

s'agit d'une mise en scène somatique d'un conflit non résolu entre besoin et désir (Sapir, 1992).

Cette entité recouvre l'ensemble des perturbations physiologiques (principalement viscérales et neurovégétatives) secondaires à l'exagération des manifestations de l'émotion (Tatossian in Manuel alphabétique de la Psychiatrie, 1984).

Selon Sapir (1992), il est important de ne pas négliger les troubles fonctionnels des sujets du troisième âge, car ils sont vécus comme une gêne, ils perturbent la relation à l'environnement.

La prise en charge d'un trouble fonctionnel repose d'une part sur l'administration d'une chimiothérapie, d'autre part dans la reconnaissance du sujet et de sa lutte entre ses besoins et ses désirs. Il est nécessaire de s'attacher à retrouver un état phobique très souvent associé au trouble fonctionnel : si le trouble fonctionnel comporte une plainte somatique, la phobie le plus souvent implique le corps dans sa totalité.

2 - 2 - 4 L'HYPOCONDRIE

L'hypocondrie a été définie par H. Ey comme "l'estimation péjorative de l'état d'intégrité ou de santé du corps". En pratique, il apparaît malaisé d'échapper au double risque d'une objectivité qui méconnaîtrait la subjectivité du patient ou à l'inverse d'accorder une trop large part au vécu subjectif sans tenir compte d'une réalité pathologique objective.

Selon Maurel (1975 in : Manuel Alphabétique de Psychiatrie. A. Porot), l'hypocondrie est l'expression d'une douleur morale en termes de pathologie organique et conduit le patient à l'établissement d'une relation ambiguë avec le médecin, tantôt sollicité tantôt rejeté par le malade qui détient seul le secret de son mal. Le sujet se laisse à percevoir comme un "malade imaginaire".

En pratique gériatrique, il n'est pas rare que les patients expriment leur anxiété par des plaintes somatiques (notamment les sphères cardiaque, respiratoire et digestive), les troubles prenant alors le masque de l'hypocondrie. Mais le sujet âgé est souvent porteur de maladies organiques réelles et faire la part des choses n'est pas toujours chose facile à un âge avancé.

Deux attitudes doivent être évitées :

- négliger le versant anxieux des troubles, risquant à terme de pérenniser l'affection somatique,

- méconnaître une affection somatique dont la traduction essentielle est psychique : hyperthyroïdie, insuffisance coronarienne et cardiaque, insuffisance respiratoire, AVC, hypoglycémie sont pourvoyeuses de manifestations risquant d'être prises à tort comme l'expression d'une anxiété banale.

A un âge avancé, l'être humain est susceptible de souffrir de plusieurs pathologies à la fois et les différentes interactions risquent de modifier les tableaux qui sont présentés au praticien.

2 - 2 - 5 LA COMORBIDITE ANXIETE-DEPRESSION

Le Littré ainsi que le Larousse donnent à la dépression un double sens :

- celui d'un manque ou de perte de pression, tel qu'on l'observe en météorologie,
- celui d'une période de ralentissement et de diminution, synonyme de crise ou de récession comme cela peut se produire en économie.

Dans les disciplines médicales, le terme "dépression" recouvre également plusieurs définitions et en psychiatrie on parle de dépression "chaque fois qu'existe un fléchissement, passager ou durable, du tonus neuropsychique" (Porot, 1984). En tant que symptôme, la dépression est une modification pathologique de la variété normale de l'humeur qu'est la tristesse. Schématiquement, le noyau dépressif s'organise autour des troubles de l'humeur avec deux piliers cardinaux que sont l'humeur dépressive et le ralentissement psychomoteur et les symptômes associés, à savoir l'anxiété, les troubles du caractère, les troubles somatiques, le désir de mort etc... (Léger, 1988).

Il existe parfois des difficultés à poser le diagnostic d'état dépressif : ainsi la distinction entre un état d'anxiété morbide et la maladie dépressive est souvent impossible d'autant plus que la dépression peut commencer par un état anxieux (Tessier, 1988).

Akiskal et coll. (1978) ont montré que nombre d'états dépressifs mineurs étiquetés

comme tels s'avéraient être en réalité, aux vues de l'évolution, des états d'anxiété phobique ou de névroses d'angoisse.

L'erreur de diagnostic peut également se faire dans l'autre sens ; bien que le risque évolutif à long terme soit la confusion entre ces deux états, les deux concepts sont cependant différents, avec parfois des chevauchements (Roth, 1972). Dans le but de faciliter le diagnostic différentiel, Moamaï (1988) a établi une liste de 15 indices à rechercher avec attention chez le sujet âgé :

1) Dans la dépression, il y a la tristesse profonde ; dans l'anxiété, il y a l'inquiétude et la peur.

2) Le sujet dépressif présente habituellement un ralentissement psychomoteur alors que le sujet anxieux est hyperactif et agité.

3) On oppose le réveil matinal (vers 2 - 3 h du matin) du patient déprimé aux difficultés d'endormissement du patient anxieux (s'endort vers 2 - 3 h du matin).

4) Le sujet déprimé se sent plus mal le matin mais son état s'améliore au cours de la journée ; le patient anxieux se sent bien le matin mais à mesure que le temps passe, son anxiété augmente et peut même dégénérer en panique nocturne.

5) Dans la dépression, il y a généralement anorexie comme si le sujet ne mangeait plus pour mourir ; dans les troubles anxieux, il y a boulimie comme si le patient mangeait pour calmer son anxiété.

6) Le déprimé âgé se plaint souvent de constipation alors que dans l'anxiété on retrouve plutôt un léger état diarrhéique.

7) Dans la dépression, il y a autoaccusation et sentiment de culpabilité ; le patient anxieux se sent victime et accuse les autres.

8) Le patient déprimé est habituellement indifférent à ce qui se passe dans son milieu environnant ; à l'opposé le patient anxieux est attentif et en état d'alerte.

9) Le patient déprimé a perdu toute capacité de jouir ; le patient anxieux reste susceptible de jouir de certaines activités.

10) Dans la dépression, il y a généralement le désir de la mort ; dans l'anxiété il y a crainte de la mort.

11) Dans la dépression, il y a perte d'estime pour soi ; dans l'anxiété l'estime de soi est conservée.

12) La tension artérielle est généralement diminuée dans la dépression, augmentée dans l'anxiété.

Les 3 derniers indices nous paraissent être plus discutables en ce qui concerne leur valeur discriminative :

13) La dépression commence après 35 ans alors que l'anxiété commence plutôt avant 35 ans.

14) Les sujets déprimés ne répondent pas aux benzodiazépines ; les patients anxieux y répondent favorablement.

15) Dans la dépression, il y a risque d'abus d'alcool ; dans les troubles anxieux, il y a risque d'abus de médicaments.

Une étude de Shader (1982), réalisée sur une population âgée, retrouve une symptomatologie atypique et où se mêlent les signes de la lignée anxieuse avec ceux de la lignée dépressive. Les symptômes peuvent coexister depuis longtemps - les plaintes étant très souvent tardivement exprimées par le sujet âgé - et donner un tableau complexe mêlant troubles de la personnalité et comportementaux, signes d'anxiété et de dépression. Toutefois, il est possible de repérer certaines caractéristiques :

- les symptômes anxieux se manifestent souvent de façon somatique avec des plaintes concernant les sphères cardiovasculaire et digestive.

- les signes dépressifs sont plutôt centrés sur des sentiments de solitude, d'incompréhension et d'inutilité. L'asthénie peut être extrême avec une activité réduite, mais le ralentissement psychomoteur n'est pas aussi marqué que dans la dépression de l'adulte jeune.

- enfin dans les situations où l'anxiété domine les troubles du sommeil et de l'alimentation sont plutôt à type d'hypersomnie et de crises hyperphagiques. Dans de tels tableaux, l'anxiété est généralement proche du trouble anxieux généralisé et il semblerait que les troubles anxieux précèdent les troubles dépressifs.

A côté des chevauchements possibles entre les troubles anxieux et dépressifs, il est

important de considérer les interactions entre la pathologie somatique (et les diverses thérapeutiques) et les troubles anxieux, ceci d'autant plus que le vieillissement est bien le stade où la maladie organique a la plus forte prévalence.

2 - 2 - 6 INTERACTIONS MALADIES SOMATIQUES-TROUBLES ANXIEUX

Si bien des points séparent la médecine somatique et la psychiatrie, force est de reconnaître qu'il existe néanmoins des liens entre ces deux spécialités, et des interactions. Face à cette dichotomie, l'anxiété peut apparaître comme le pont unissant médecine et psychiatrie. Pour E. Zarifian (1990), "l'étude de l'anxiété est le moyen de communiquer entre médecins et psychiatres". En effet, l'anxiété implique le corps et le psychisme et s'exprime simultanément à ces deux niveaux : elle peut provoquer une atteinte lésionnelle du corps, de même que toute atteinte somatique peut générer de l'anxiété.

Donc, que ce soit en médecine générale ou dans le cadre d'une spécialité quelle qu'elle soit, une collaboration médicopsychiatrique doit être envisagée dès que l'on pense se situer dans l'une des cinq situations suivantes :

- 1) la prise en charge d'un malade chronique,
- 2) une maladie psychiatrique se présentant sous un masque somatique,
- 3) une maladie organique à expression psychiatrique,
- 4) l'hospitalisation en médecine d'un malade psychiatrique à l'occasion d'un épisode *psychiatrique* aigu,
- 5) le suivi et la prise en charge d'un patient ayant un traitement psychotrope.

Chacune de ces situations peut être revue en détail pour les sujets de 65 ans et plus.

2 - 2 - 6 - 1 En gériatrie ou gérontopsychiatrie, les maladies chroniques rencontrées sont rarement de pronostic vital sévère (myopathie, SLA...) puisque le décès survient généralement précocément ; néanmoins on peut avoir à suivre des patients atteints d'affections plus bénignes mais cependant invalidantes d'un point de vue fonctionnel (ex :

rhumatisme chronique) et donc susceptible d'être à l'origine de troubles anxieux et/ou dépressifs. Par ailleurs, certaines maladies comportent en elles-même une expression psychiatrique propre (ex : LED). D'autre part, en gériatrie, bon nombre d'affections prennent un caractère chronique car ne débouchent pas sur une guérison (cardiopathie...). Dans tous les cas, il est important de dépister l'existence de troubles anxieux afin de pouvoir les traiter.

2 - 2 - 6 - 2 Les maladies psychiatriques se présentant sous un masque somatique doivent être tout particulièrement recherchées en gérontopsychiatrie. Toutes les symptomatologies peuvent se voir : amaigrissement massif, asthénie extrême, fièvre au long cours, troubles digestifs... pour traduire des troubles anxieux.

2 - 2 - 6 - 3 A l'inverse parfois, des maladies organiques se présentent sous une forme psychiatrique. En médecine gériatrique, deux situations sont plus fréquentes :

- les déséquilibres ioniques : en rapport bien souvent avec une alimentation "fantaisiste", voire une dénutrition (difficultés de mastication, dysphagie...) et une déshydratation. Un trouble métabolique peut avoir diverses expressions psychiatriques : en matière d'anxiété, l'expression se fera surtout sur le mode de perplexité anxieuse (Godeau, 1991),

- les pathologies iatrogènes : les sujets âgés reçoivent souvent plusieurs thérapeutiques associées, ce qui multiplie les risques d'effets indésirables. Ainsi on peut rencontrer des états d'agitation anxieuse, voire des états proches des attaques de panique (corticothérapies, hormones thyroïdiennes, certains anti-dépresseurs psychostimulants : amineptine...)

2 - 2 - 6 - 4 Un épisode psychiatrique aigu peut parfois motiver une hospitalisation en médecine en urgence : c'est par exemple le cas des attaques de panique majeures qui peuvent se traduire par une poussée hypertensive paroxystique ou une détresse cardiorespiratoire aiguë.

2 - 2 - 6 - 5 L'accroissement de l'espérance de vie amène à prendre en charge de

plus en plus souvent des patients âgés nécessitant un traitement psychotrope en association avec d'autres thérapeutiques ; la collaboration entre les différents prescripteurs s'impose afin d'éviter les troubles anxieux induits (cf 2 - 2 - 6 - 3).

Avant de clore ce chapitre, il faut souligner les problèmes posés par l'altération des organes sensoriels, phénomène lié au vieillissement de l'organisme. En effet, il nous est apparu, au cours de notre étude personnelle, que dans bien des situations, la personne âgée souffre énormément d'un déficit sensoriel (apparition d'une surdité, diminution de la vue...). Ces troubles gênent la communication, le sujet se retrouve isolé, coupé du monde extérieur. Comment ne pas comprendre la situation d'angoisse que cette rupture entraîne ?

"Comment vais-je me déplacer si je ne vois pas ?"

"Je n'entends rien, j'ai peur..."

Ces situations, en réalité fréquentes, méritent donc un intérêt tout particulier, d'autant qu'un appareillage adapté permettra au sujet de retrouver une part de son autonomie... en tout cas, ses raisons d'être anxieux seront atténuées.

En 1986, aux Etats-Unis, la Section de Psychogériatrie du Guy's Campus et The Age Concern Institute of Gerontology ont mené conjointement une étude, au sein d'une population âgée de 65 ans et plus afin d'établir :

- la prévalence des troubles cognitifs, des désordres anxieux et dépressifs,
- la nature et les conséquences des maladies somatiques,
- les niveaux de dépendance et d'autonomie,
- le recours aux services de santé et aux services sociaux dans cette population.

Les auteurs (Lindesay J., Briggs K. et Murphy E.) ont retrouvé une forte association entre maladie organique et anxiété généralisée et agoraphobie. Par contre, les phobies spécifiques ne semblent pas significativement liées à l'existence d'une maladie physique. Cette association est d'autant plus forte que les sujets sont âgés et le taux de troubles organiques serait plus élevé chez les femmes de 75 ans et plus que chez les hommes du même âge.

2 - 2 - 7 LE CONTEXTE PSYCHOSOCIAL ET LES EVENTUELS FACTEURS DECLENCHANTS

Parmi les différentes études réalisées jusqu'alors, il n'a pas été montré de corrélation ni entre l'anxiété généralisée et la classe sociale, ni entre les troubles phobiques et le niveau social (Lindesay et al., 1989 - 1991).

Par contre, on retrouve une corrélation entre la fréquence des troubles phobiques et la perte précoce d'un ou des deux parents, corrélation d'autant plus forte qu'il s'agit d'une perte par décès (par opposition aux pertes par divorce ou séparation). Autrement dit, la mort précoce d'un parent peut être un facteur de risque de phobie lors du vieillissement (Lindesay, 1991). De même qu'il existe une association entre l'angoisse de séparation dans l'enfance et les attaques de panique avec agoraphobie à l'âge adulte, il se pourrait que la vulnérabilité aux troubles phobiques prédispose aux différentes formes d'anxiété à différents moments de la vie en réponse à des menaces spécifiques liées à l'âge (Lindesay, 1991). Enfin, des événements vitaux stressants renvoyant à une notion de perte dans les semaines ou les mois précédants (mort d'un proche par exemple) sont bien évidemment corrélés à l'installation d'un trouble anxieux - panique et agoraphobie surtout (Raskin, 1982, Thorpe et Burns, 1983).

Il a déjà été signalé dans le paragraphe précédent que toute pathologie somatique peut être le prélude à l'apparition de troubles anxieux, quelle que soit sa forme. D'autre part, lors de l'hospitalisation d'une personne âgée, il est très souvent utilisé des moyens de contention physique..., or ceci semble être une des meilleures méthodes pour développer une agitation et une angoisse majeure chez une personne qui se sent alors "prisonnière" (Charazac, 1983).

2 - 2 - 8 CONCLUSION

Au total, l'éventualité d'un trouble anxieux chez un sujet âgé de 65 ans et plus doit être évoquée devant l'existence :

- soit de signes décrits dans la sémiologie classique des crises aiguës d'angoisse ou du fond anxieux chronique,

- soit de plaintes particulières n'ayant pas fait leur preuve en matière d'organicité telles que :
 - vertiges, malaises et chutes qui peuvent correspondre à des troubles phobiques,
 - troubles du comportement et du sommeil pouvant traduire des raptus anxieux, des phobies ou un fond anxieux généralisé,
 - troubles fonctionnels et hypocondrie fréquents en psychogériatrie, souvent révélateurs d'une anxiété sous jacente.

Enfin, il faut savoir rechercher une anxiété devant des situations "à risques" telles que :

- l'existence d'un syndrome dépressif : une anxiété y est souvent associée, parfois même précédant l'apparition du trouble dépressif,
- une pathologie somatique réelle : qu'elle soit aiguë ou chronique, toute affection organique est une situation anxiogène, surtout en psychogériatrie où l'organisme vieillissant est plus vulnérable à toute sorte d'agression,
- les difficultés sociales liées à la mise à la retraite, à l'arrêt des diverses activités socioculturelles, à la diminution des facultés physiques et/ou psychiques... qui sont aussi des facteurs susceptibles de générer des troubles anxieux.

III - PSYCHOPATHOLOGIE

3 - 1 LES CONCEPTS DE L'ANXIETE

L'angoisse et l'anxiété, expériences proprement humaines, appartiennent à un domaine particulièrement controversé de la psychiatrie. Elles apparaissent dans toutes les entités nosographiques et ont fait l'objet de nombreuses recherches notamment en psychopathologie, ce qui nous vaut de disposer actuellement de conceptions théoriques multiples.

Toutefois, par souci de clarté, nous nous limiterons à l'exposé des deux principaux courants de pensée à savoir :

- la conception psychanalytique de Freud,

- le modèle cognitivocomportementaliste, dérivé du Behaviorisme de Watson, puis nous envisagerons la différenciation entre les concepts d'Anxiété-Trait et Anxiété-Etat.

3 - 1 - 1 THEORIES FREUDIENNES

Il nous faut d'abord préciser que la conception de l'Angoisse selon Freud a été l'objet d'une 1ère théorie à la fin du 19ème siècle, basée sur la clinique et qu'elle a été secondairement modifiée pour s'intéresser essentiellement à l'origine de l'Angoisse.

3 - 1 - 1 - 1 Première théorie (1895) : théorie économique

Dans cette première période, Freud insiste sur la théorie physiologique de l'angoisse qui s'énonce ainsi : "l'angoisse serait la décharge, par d'autres voies somatiques, d'une excitation sexuelle insatisfaite". L'angoisse est donc ici considérée comme un éprouvé physique par absence de possibilité de décharge entraînant une stase d'énergie, sans que cette énergie puisse se lier ou susciter une activité mentale ou une représentation.

Dans ses descriptions cliniques, il insiste sur l'excitabilité générale, qu'il considère comme un signe commun et constant et qui traduit une accumulation d'excitation que le sujet se révèle incapable de supporter. Freud introduit ici la notion d'une dimension d'un "en-plus" ou encore de trouble économique. Le deuxième aspect clinique est l'attente anxieuse, sorte de "quantum" d'angoisse librement flottante et symptôme central dans la théorie freudienne. Cette énergie libre "est chaque fois prête à se lier avec n'importe quel contenu représentatif qui convienne". Sur ce fond d'attente anxieuse, on connaît en clinique l'accès d'angoisse, le plus souvent vécu comme une intensification brutale de l'angoisse avec d'importantes manifestations somatiques pouvant parfois s'exprimer uniquement sur le plan somatique sans que l'angoisse y soit perçue comme affect.

3 - 1 - 1 - 2 Deuxième théorie : théorie fonctionnelle

La seconde théorie de l'angoisse trouve son apogée dans le texte de 1929 "Inhibition, symptôme et angoisse". Elle explique l'origine de l'angoisse comme un signal de danger provoqué par le conflit intrapsychique. Le rôle des instances psychiques y est dominant, en particulier le rôle du MOI.

Freud lie l'angoisse aux représentations dangereuses refoulées : ces dernières suscitent l'angoisse et le danger est indéterminé puisque refoulé. Par l'ensemble du mécanisme de défense mis en oeuvre, on obtient une projection du danger pulsionnel vers l'extérieur. L'angoisse devient signal, signifiant du danger interne, c'est-à-dire des représentations susceptibles de devenir conscientes. C'est donc bien le MOI le véritable lieu de l'angoisse : le MOI menacé retire son propre investissement de la perception menaçante et le dépense sous forme d'angoisse.

Le tableau ci-dessous schématise ces deux théories freudiennes.

1892	Théorie 1	1917	Théorie 2	1989
	ECONOMIQUE		GENETIQUE	
	Angoisse automatique Pas d'élaboration ou de liaison par rapport au refoulement		Angoisse signal d'une situation de perte Mémoire Contrôle effraction de l'angoisse automatique Implique le refoulement	
	Ordre biologique Court circuité le MOI Manifestation du ÇA Subie comme un traumatisme Conflits pré-oedipiens		Ordre métapsychologique Perçue au niveau du MOI Manifestation du MOI Alarme défensive Symbolisation lors de la situation oedipienne	

Les théories freudiennes de l'angoisse d'après HARDY & coll. (1985)

3 - 1 - 1 - 3 Rapports entre angoisse et dépression dans l'oeuvre de Freud

Soulignons au préalable la polysémie du terme dépression : tantôt affect à tristesse excessive ou persistante, tantôt syndrome lorsqu'il est associé à d'autres symptômes comme l'insomnie, l'amaigrissement ou le ralentissement psychomoteur.

Freud n'a jamais élaboré de théorie de la dépression, ni comme affect, ni comme syndrome mais il a utilisé ce terme tantôt comme symptôme, tantôt comme syndrome selon le contexte.

A la suite de Freud, Karl Abraham différencie angoisse et dépression en disant : "il y a entre l'angoisse et la dépression une relation analogue à celle qui existe entre la peur et le deuil. Nous craignons un malheur à venir, nous sommes en deuil d'un malheur réalisé".

Autrement dit :

- l'angoisse s'adresse au futur alors que la dépression se réfère au passé,
- l'angoisse se trouve du côté du danger alors que la dépression se situe du côté de la perte. ("le danger est à l'angoisse ce que la perte est à la dépression" : K. Abraham).

3 - 1 - 2 THEORIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTE

3 - 2 - 1 - 1 Définitions

Pour Watson :

- le comportement "c'est ce que l'organisme fait et dit"...
- "dire c'est faire, c'est-à-dire se comporter"

La psychologie du comportement porte donc à la fois sur les comportements externes et internes, en considérant chaque comportement comme réductible au schéma S - R (stimuli - réponse).

3 - 1 - 2 - 2 Théorie

Selon l'hypothèse cognitiviste, l'anxiété résulte de l'interprétation de certaines situations ou stimuli comme témoignant d'une menace ou d'un danger.

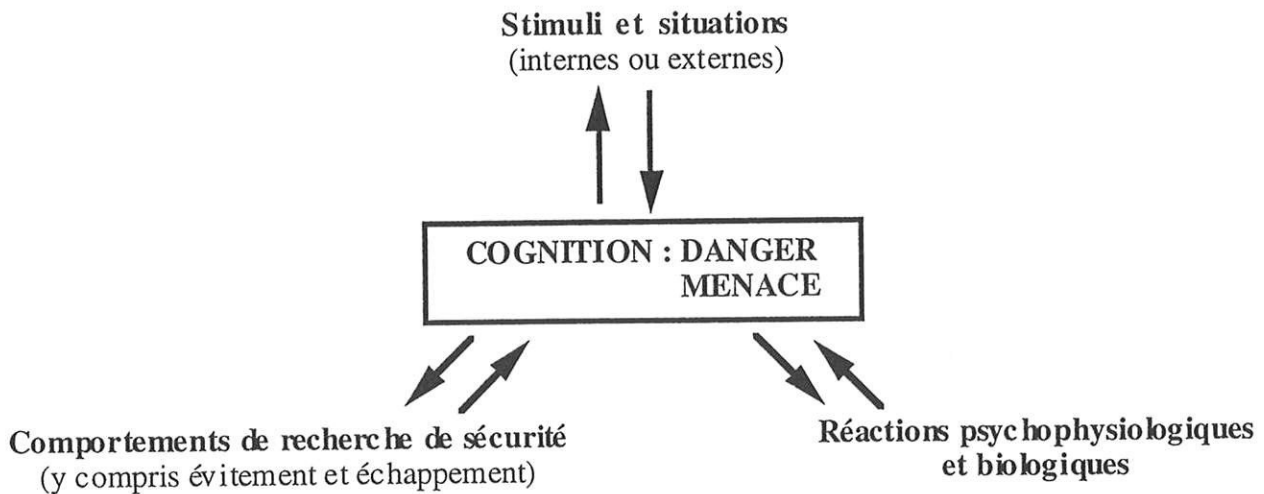
L'anxiété peut donc être déclenchée par des stimuli internes ou externes (par exemple la présence d'un nodule sous cutané au niveau du cou ou la lecture d'un article concernant les risques de transmission du virus HIV). Dès lors qu'une telle impression de menace ou de danger survient, le patient commence à se préoccuper des facteurs qu'il associe au danger. Les pensées anxieuses peuvent ainsi entrer en interaction avec les situations qui en sont à l'origine, les rendant encore plus menaçantes par un phénomène d'attention sélective à des stimuli "ayant trait à la menace " (Salkovskis, 1990).

Deux autres mécanismes peuvent avoir un impact important sur les pensées anxieuses et vice versa :

- l'anxiété provoque presque inévitablement des effets biologiques et des réactions psychophysiologiques, qui peuvent alors renforcer l'angoisse initiale (par exemple, la stimulation brutale du système nerveux autonome entraînant des symptômes tels que tachycardie, dyspnée...)

- l'angoisse génère un comportement de recherche de sécurité susceptible d'aggraver la symptomatologie. Là encore, l'effet de la réaction aux pensées anxieuses va à l'encontre du but recherché, aboutissant à maintenir ou renforcer encore les pensées initiales (Clark, 1988 ; Salkovskis, 1988).

Le schéma suivant illustre cette hypothèse cognitivo-comportementale (Beck-Emery, 1982 ; Greenberg, 1985).



3 - 1 - 2 - 3 En pratique

Ainsi suivant ce modèle, l'anxiété peut être considérée comme n'importe quelle autre manifestation psychopathologique c'est-à-dire comme un ensemble de réponses de l'organisme qui sont observables et modifiables sur trois plans :

- le plan des réactions physiologiques au premier chef desquelles la composante sympathique du SNA,
- le plan des patterns comportementaux, sur lequel on agira indirectement ou directement comme par exemple par la technique d'immersion, une des méthodes des thérapies comportementales.
- enfin le plan verbal et idéique c'est-à-dire du comportement mental, qui pourra faire l'objet d'une approche dite de "restructuration cognitive".

3 - 1 - 3 ANXIÉTÉ-TRAIT ET ANXIÉTÉ-ÉTAT

La distinction entre ces deux notions découle d'une question plus générale : l'anxiété est-elle une ou multiple ?

En fait c'est l'analyse des questionnaires et échelles qui a permis de différencier l'anxiété actuelle ou anxiété-état et l'anxiété potentielle ou anxiété-trait. La première se réfère à une disposition temporaire (notion d'anxiété situationnelle), alors que la seconde concerne une

disposition permanente (notion d'anxiété généralisée).

3 - 1 - 3 - 1 Conception d'anxiété-trait et d'anxiété-état selon Cattell

Selon Cattell, "il peut y avoir des individus anxieux, qui toute leur vie agissent à un niveau d'anxiété plus élevé, et des individus typiquement non anxieux, qui sont temporairement dans un état d'anxiété extrême" (1961).

Parler de l'anxiété-trait présuppose une notion de continuité, donc l'anxiété-trait doit apparaître comme un facteur stable dans le temps au fil des répétitions des estimations du niveau d'anxiété du sujet. Le trait se définit comme "une structure responsable d'un pattern de comportement".

Quant à l'anxiété-état, elle doit être identifiable par des caractéristiques propres, et avoir une "unité". L'état ne joue qu'un rôle de "modulateur et se définit par rapport au trait puisqu'il "peut se manifester sous n'importe quelle modalité de trait".

En conclusion donc, pour Cattell c'est la notion de TRAIT qui prédomine.

3 - 1 - 3 - 2 Conception de Spielberger

A l'inverse, c'est pour lui la notion d'état qui est centrale. Il s'est attaché à étudier la variabilité des états, en négligeant bien souvent de contrôler les propriétés du trait.

Selon Spielberger (1966) la notion d'état est l'héritière du concept de "MOOD" (humeur ou état d'humeur-disposition).

L'état représente l'expérience subjective de sentiments d'appréhension ou de tension, d'autant plus probable que l'individu possède une anxiété-trait élevée. On voit donc que le rôle de la situation est fondamental.

"Le trait implique un besoin ou une disposition comportementale acquise qui prédispose un individu à percevoir une large gamme de circonstances comme dangereuses et effrayantes et de répondre à ces situations par des réactions disproportionnées au danger (...). Tandis que l'état est une réponse à un stimulus d'ordre interne ou externe, le trait reflète les résidus des

expériences passées qui en quelque sorte déterminent des différences individuelles à manifester des états anxieux".

3 - 2 PSYCHOPATHOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

Nous ne reviendrons pas sur le fait qu'il apparait très difficile de définir de façon satisfaisante le vieillissement normal : l'âge chronologique est un facteur très relatif et nullement satisfaisant, dépendant de trop nombreuses variables (culturelles, économiques, sociales...)

Henri Ey (6e traité, 1989) a défini la sénescence à tous les niveaux d'intégration de l'organisme (molécules, cellules, tissus, organes, organismes et même personnalité), phénomène directement lié à la vie, naturel et inéluctable.

Quoi qu'il en soit, le vieillissement de l'homme s'accompagne d'une fragilisation progressive de la personnalité, résultant de l'interférence entre les processus biologiques caractéristiques du sujet et la pression de l'environnement (Léger, 1990).

Ceci étant, il n'en est pas moins une "crise existentielle" qui met l'individu devant la nécessité d'assumer et de s'adapter à la diminution progressive et plus ou moins rapide de ses diverses fonctions somatiques, psychiques et sociales. Le vieillissement apparait ainsi comme un véritable travail de maturation dont la réussite dépendra des capacités adaptatives du sujet, lesquelles dépendent de sa personnalité antérieure (Clément, 1990).

Nous savons que le cerveau et les fonctions supérieures sont "normalement" altérés lors du vieillissement : des études anatomopathologiques font état d'une diminution de la densité neuronale dans le cerveau sénescant, des études neurophysiologiques plus récentes retrouvent une modification des systèmes de neurotransmission (Allain, 1980 ; Rinne, 1990), alors que le niveau général du fonctionnement cérébral semble être maintenu chez le sujet vieillissant (Boller, 1990).

Parfois cependant, le sujet âgé a du mal à faire face à cette transformation ; le corps s'épuise, la dépendance est croissante... et face à cela une des caractéristiques principales et spécifiques de la personne âgée est l'angoisse de perte, d'abandon, de séparation (Le Gouès,

1984). L'avancée en âge s'accompagne effectivement d'une accumulation de pertes :

- mise à la retraite avec perte de l'investissement professionnel et précarisation de la situation financière,

- privations sociales avec les séparations familiales et les deuils éventuels,

- privations sensorielles, modifications corporelles, remaniements psychologiques (modification des traits de caractère dans le sens de l'égoïsme, de l'attachement excessif aux biens, de la réduction des intérêts, de l'évitement du changement...)

- isolement des siens, solitude.

Par réaction, le MOI du sujet sénescence dispose de plusieurs mécanismes de défense et de réinvestissement : la réaction la plus banale est une régression narcissique, mais il peut s'agir également de repli sur soi, dénégation, déni ou encore de réactions de révolte et d'agressivité envers la génération suivante (Clément, 1990) (c'est le vieillard autoritaire, hargneux, ayant une propension à critiquer "la jeunesse actuelle").

La prise de conscience de son affaiblissement par le sujet âgé, l'échec de ses forces adaptatives, l'affaiblissement des défenses contre les pulsions peuvent entraîner divers symptômes (Clément, 1990). Les plaintes somatiques sont fréquentes, souvent le reflet d'une anxiété. Les déficits sensoriels réels peuvent être à l'origine pour leur propre compte d'anxiété et/ou de réaction dépressive.

Dans le domaine psychiatrique, tous les champs de la pathologie sont couverts : délires, épisodes confusionnels, états dépressifs, états démentiels notamment.

A travers ces différents troubles, on ne peut que constater l'intrication étroite entre les conséquences somatiques du vieillissement (pôle biologique) et le poids du milieu extérieur sur le sujet âgé (pôle social). On admet que leur origine est toujours multidéterminée et s'articule autour d'une baisse de l'adaptabilité (pôle psychologique) (Léger, 1988).

Cette intrication peut se traduire dans tous les domaines de la pathologie psychiatrique du vieillard par des phénomènes spécifiques liés à l'âge, et qui de ce fait ne sont pas toujours interprétés à leur juste valeur, faute de connaissances encore très précises en matière de psychogériatrie. Notre travail se veut donc d'être une contribution à ce secteur particulier de la psychiatrie, représenté par l'anxiété du sujet âgé.

IV - NOSOGRAPHIE DES ETATS ANXIEUX

La nosographie des états anxieux pose une série de questions, la première étant celle de sa définition :

- qu'est ce que l'anxiété ?
- que recouvre ce concept ?
- quelles sont ses limites ?

Nous remarquerons d'abord une difficulté d'ordre linguistique : il existe en effet de nombreuses dénominations pour ce vaste domaine, ce qui laisse présager la complexité du concept (angoisse, anxiété, peur, panique).

- Le terme "peur" est employé si le sujet est confronté à un danger réel (par comparaison le terme "anxiété" s'applique à l'anticipation d'un danger réel ou imaginaire).

- Certains auteurs différencient l'anxiété de l'angoisse par l'intensité de l'affect, l'angoisse correspondant à un affect plus profond, plus intense ; d'autres estiment qu'il existe dans l'angoisse des phénomènes physiques associés à une sensation de mort imminente.

- Enfin, le terme "panique" correspond aux crises paroxystiques d'angoisse (Klein, 1981), survenant de façon imprévisible et ayant une symptomatologie intense.

Quoi qu'il en soit, l'anxiété apparaît dans des domaines aussi divers et variés que la philosophie, la morale, la théologie, l'art, la sociologie, la médecine et dans la médecine : la psychiatrie, la psychopathologie et la biologie. Ceci nous permet de dire que l'anxiété concerne l'Homme dans sa totalité (Singer, 1987).

Mais si l'anxiété est un phénomène humain infiltrant toutes les activités, comment faut-il la limiter dans le domaine de la psychiatrie et existe-t-il une angoisse normale à différencier d'une angoisse pathologique ?

Ces diverses interrogations ont été au centre de querelles entre les diverses écoles de

psychiatrie aboutissant à la multiplication des conceptions nosographiques.

Nous décrirons successivement :

- la nosographie dite "classique",
- la classification française des troubles mentaux selon l'INSERM,
- la classification internationale de l'OMS : la CIM 10,
- les travaux de l'école américaine : DSM III et DSM III R.

4 - 1 NOSOGRAPHIE CLASSIQUE

Son principe de base repose sur des critères symptomatiques et évolutifs, sans différencier les plans sémiologiques et étiologiques. Elle constitue plus une énumération qu'une classification à proprement parler, ne reposant sur aucune idée directrice (Ey H., 1953). Selon C. Pull, le schéma classique reconnaît l'existence de quatre variétés principales d'états anxieux : réactionnels, névrotiques, psychotiques et symptomatiques (Pull, 1987).

4 - 1 - 1 ETATS ANXIEUX REACTIONNELS

Des événements intenses, violents et inattendus peuvent provoquer des troubles anxieux (entrant dans le cadre des névroses traumatiques).

Les troubles peuvent être immédiats (caractérisés par une anxiété paroxystique avec agitation psychomotrice ou inhibition stuporeuse) ou différés, apparaissant après un temps de latence variable et caractérisés par des ruminations incessantes de l'événement traumatique, des souvenirs pénibles, des cauchemars au cours desquels le sujet revit le traumatisme.

4 - 1 - 2 ETATS ANXIEUX ET NEVROSES

- *Névrose d'angoisse* : l'anxiété apparaît comme le symptôme central de cette entité. Elle s'exprime de façon paroxystique par des crises aiguës survenant sur un fond anxieux constitué sur l'anticipation de nouvelles crises.

- *Névrose phobique* : l'angoisse est ici liée par déplacement à des objets ou des situations particulières et n'apparaît qu'en leur présence.

- *Névrose obsessionnelle* : elle est caractérisée par l'existence de phénomènes obsessionnels, les rituels, le doute et les vérifications.

L'angoisse apparaît d'une part lors de la pensée compulsive, lors de l'intrusion de la pensée obsédante d'où l'établissement des rites conjuratoires et des conduites de vérification. La pensée anticipatoire peut être par elle-même anxiogène.

- *Névrose hystérique* : marquée essentiellement par le mécanisme de conversion. L'angoisse disparaît pour laisser place à un symptôme qui a un sens en rapport avec la problématique du sujet.

- *Névrose hypochondriaque* : caractérisée par des préoccupations anxieuses concernant le corps, les maladies et la mort.

- *Le fond anxieux* : anxiété diffuse, souvent existentielle avec des manifestations peu intenses et peu précises, prenant parfois le masque d'une maladie somatique.

4 - 1 - 3 ETATS ANXIEUX ET PSYCHOSES

L'anxiété apparaît dans toutes les psychoses :

- l'évolution de la schizophrénie est souvent émaillée d'épisodes d'angoisse massive et intense.

- dans une bouffée délirante aiguë, l'angoisse est fréquente, dans les délires chroniques elle peut être prévalente mais toujours concomitante d'hallucinations ou d'idées délirantes.

4 - 1 - 4 ETATS ANXIEUX SYMPTOMATIQUES

Les troubles anxieux peuvent être liés à :

- des atteintes somatiques : cardiopulmonaires (coronaropathies, embolie pulmonaire, bronchite chronique, asthme...), endocriniennes (dysthyroïdies, troubles glycémiques...), digestives (R.G.O., ulcère gastroduodéal...), infectieuses (septicémie, méningite, neurosyphilis...), métaboliques ou du système nerveux central (AIT, vascularites, myasthénie, démences...).

- l'alcoolémie chronique,

- l'utilisation abusive de drogues et de médicaments,

- certaines thérapeutiques :
 • non psychotropes : corticoïdes, sympathomimétiques, hormones thyroïdiennes...

• psychotropes : amphétamines, antidépresseurs (tricycliques et IMAO), benzodiazépines, sevrage aux hypnotiques etc...

4 - 2 CLASSIFICATION FRANÇAISE DES TROUBLES MENTAUX

Cette classification de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) comporte 20 catégories diagnostiques subdivisées en sous-catégories permettant d'individualiser les principales entités qui les constituent. L'anxiété n'y apparaît que dans une seule sous-catégorie : il s'agit des "états anxieux névrotiques ; névroses d'angoisse", qui se situe dans la catégorie "Névroses et états névrotiques".

4 - 3 CLASSIFICATION DE L'OMS : CIM (Classification Internationale des Maladies)

La classification internationale des maladies (C.I.M.) est un instrument statistique, essentiel pour le recueil et la diffusion des données sur la mortalité et la morbidité qui soient

comparables à travers le monde. Les troubles mentaux ont reçu une place de plus en plus importante dans la C.I.M., qui est régulièrement révisée ; la dernière révision date de 1992 avec la parution de la 10e édition de la C.I.M.

Les troubles mentaux font l'objet du 5e chapitre de la classification ; les troubles anxieux se retrouvent au niveau des "troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" (F40 - F48).

On y retrouve diverses sous-catégories répertoriées dans le tableau suivant :

F 40 - Troubles anxieux phobiques :

- agoraphobie,
- phobies sociales,
- phobies spécifiques,
- autres troubles anxieux phobiques,
- troubles anxieux phobiques sans précision.

F 41 - Autres troubles anxieux :

- troubles paniques,
- anxiété généralisée,
- troubles anxieux et dépressifs mixtes,
- autres.

F 42 - Troubles obsessionnels compulsifs.

F 43 - Réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation.

F 44 - Troubles dissociatifs (de conversion).

F45 - Troubles somatoformes.

F 48 - Autres troubles névrotiques.

4 - 4 DSM III ET DSM III R

Le DSM, système de classification mis au point par l'Association Américaine de Psychiatrie, propose des critères d'inclusion et d'exclusion dans les catégories diagnostiques, apportant un langage commun aux cliniciens et aux chercheurs.

En 1980, la 3e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux se distinguait de ses prédécesseurs à la fois par ses principes (appel à un a-théorisme descriptif systématique, modalités techniques originales avec son diagnostic multi-axial) et son ampleur qui en faisait un véritable traité (extension importante par rapport au petit fascicule qu'était le DSM II) (Pichot, 1989 in Mini DSM III R).

Mais son emploi a rapidement mis en évidence des insuffisances tant dans sa présentation que dans son contenu et en 1987, fut mise au point une révision du DSM III (DSM III R). Cette édition corrigée a notamment apporté des modifications dans le domaine des "troubles anxieux".

(A signaler qu'une 4e édition, le DSM IV, est sur le point de paraître).

Les principales différences entre le DSM III et le DSM III R concernant les troubles anxieux sont résumées dans le tableau suivant :

TROUBLES ANXIEUX	
Remarque 1	
DSM III	DSM III R
<ul style="list-style-type: none"> . Troubles phobiques . Agoraphobie avec attaques de panique . Trouble panique 	<ul style="list-style-type: none"> . Trouble panique avec agoraphobie . Trouble panique sans agoraphobie
Remarque 2	
<ul style="list-style-type: none"> . Agoraphobie sans attaques de panique 	<ul style="list-style-type: none"> . Agoraphobie sans antécédent de trouble panique spécifier : avec ou sans attaque paucisymptomatique
Remarque 3	
<ul style="list-style-type: none"> . Phobie sociale . Phobie simple . Anxiété généralisée (trouble) 	<ul style="list-style-type: none"> . Phobie sociale, spécifier si type généralisée . Phobie simple . Anxiété généralisée
Remarque 4	
<ul style="list-style-type: none"> . Trouble obsessionnel compulsif . Etat de stress post-traumatique (trouble) <ul style="list-style-type: none"> . aigu . chronique ou différé 	<ul style="list-style-type: none"> . Trouble obsessionnel compulsif . Etat de stress post-traumatique (trouble) spécifier si le début est différé
Remarque 5	

Commentaires du tableau :

Remarque 1 : la règle hiérarchique générale, admise dans le DSM III et selon laquelle le diagnostic d'un autre trouble mental, tel une dépression majeure ou une schizophrénie, éliminait celui d'un trouble anxieux a été abandonnée à la suite de données fournies par plusieurs études.

Remarque 2 : la principale notion introduite dans le DSM III R par rapport à la précédente édition est celle d'anxiété anticipatoire dans le trouble panique ; dans la majorité des cas d'"agoraphobie" vus en pratique, les symptômes phobiques ne sont en fait qu'une complication du trouble panique. Cette observation est traduite par le fait que les différents degrés d'évitement phobique sont classés comme sous-type du trouble panique. Les cas rares, où l'Agoraphobie n'apparaît pas secondaire à un trouble panique sont classés dans la catégorie "Agoraphobie sans antécédent de trouble panique".

Remarque 3 : le DSM III R admet le concept d'attaque pauci-symptomatique limitée, ce qui permet de distinguer les cas comportant des attaques "infra-paniques" d'anxiété (formes atténuées des troubles paniques ?) des cas sans attaque de panique.

Remarque 4 : la durée du trouble d'anxiété généralisée a été étendue de 1 à 6 mois afin d'exclure les réactions anxieuses transitoires. La liste des symptômes a été élargie pour permettre une description plus approfondie du trouble.

Remarque 5 : la nature du facteur stress a été précisée ; le nombre des symptômes d'émoussement de la réactivité a été élargi par l'inclusion de symptômes caractérisant un évitement ou une amnésie et la liste des symptômes divers a été renforcée par une liste de symptômes traduisant une hyperactivité physiologique. Des exemples de symptômes particuliers aux enfants ont été inclus.

Selon le DSM III R, la classification des troubles anxieux est la suivante :

Troubles anxieux (ou états névrotiques anxieux et phobiques)

300.21 - Trouble panique avec agoraphobie,

300.01 - Trouble panique sans agoraphobie,

300.22 - Agoraphobie sans antécédent de trouble panique,

300.23 - Phobie sociale,

300.29 - Phobie simple,

- 300.30 - Troubles obsessionnels compulsifs (ou névrose obsessionnelle compulsive),
- 309.89 - Etats de stress post-traumatiques,
- 300.02 - Anxiété généralisée,
- 300.00 - Trouble anxieux non spécifié,
- 300.24 - Troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse.

Ce système reconnaît en outre l'existence de l'anxiété dans d'autres affections : maladies somatiques, intoxications par diverses drogues, alcoolisme aigu et chronique, état dépressif majeur et troubles somatoformes.

V - PSYCHOMETRIE

5 - 1 PSYCHOMETRIE GENERALE

5 - 1 - 1 DEFINITION - HISTORIQUE

La psychométrie, technique d'évaluation des phénomènes psychiques par l'utilisation d'instruments standardisés, a été définie par l'anglais GALTON en 1879 comme "l'art d'imposer aux opérations de l'esprit la mesure et le nombre". Cependant, malgré les efforts - notamment de Kraepelin - réalisés pour intéresser les psychiatres à l'approche expérimentale et à la codification ainsi qu'à la quantification des phénomènes psychopathologiques, il faut attendre en France les travaux de Pichot (1949) et l'avènement des psychotropes pour voir se développer la psychométrie.

Au début du siècle, Binet mis au point le premier test mental d'intelligence en 1905, dans le but de dépister des arriérations mentales dans les écoles.

A l'époque de la dernière guerre, on assiste à l'élaboration de "check-lists", questionnaires concis, dans le but de connaître la fréquence des maladies mentales dans une

population donnée.

L'évolution actuelle a vu se former une nette séparation entre les instruments destinés à l'épidémiologie psychiatrique et ceux utiles à la clinique et à l'évaluation des traitements. Nous reviendrons plus tard sur l'évolution de l'évaluation psychométrique.

La psychométrie englobe les tests mentaux (avec les questionnaires), les échelles d'évaluation et les listes de critères diagnostiques qui sont de développement plus récent.

5 - 2 - 1 CLASSIFICATION

Les différents instruments peuvent être classés selon des axes multiples :

5 - 1 - 2 - 1 Selon leur utilisation en psychiatrie

- Questionnaire d'enquête épidémiologique : renseignement sur l'incidence d'un trouble dans une population donnée.
- Instruments de catégorisation : visant à classer les troubles en ensembles syndromiques.
- Echelles dimensionnelles : quantifiant la sévérité d'un trouble mental et/ou d'un ensemble de symptômes.

Il faut mentionner à ce niveau qu'un instrument de quantification ne peut être utilisé qu'après le temps catégoriel qui est le temps du diagnostic.

5 - 1 - 2 - 2 Selon l'utilisateur

Une échelle peut avoir été conçue pour être remplie par un médecin, infirmier, psychologue... ou plus généralement un observateur x : ce sont les échelles d'hétéro-évaluation. Mais il existe également des instruments dit d'auto-évaluation, qui sont des questionnaires s'adressant au sujet lui-même.

5 - 1 - 2 - 3 Selon le système de cotation

On oppose les instruments à cotation dichotomique (oui/non) aux instruments gradués.

5 - 1 - 2 - 4 Selon la pathologie explorée

On distingue des échelles d'appréciation globale de la pathologie et des échelles spécifiques restreintes à l'exploration d'un seul domaine de la pathologie (échelle de dépression, d'anxiété, de symptômes névrotiques...).

5 - 1 - 3 UTILISATION - LIMITES ET RISQUES DE LA PSYCHOPATHOLOGIE QUANTITATIVE

5 - 1 - 3 - 1 Construction d'une échelle

* Les hypothèses préalables à la construction d'une échelle sont au nombre de 3 :

- continuité du symptôme étudié,
- note de chaque item proportionnelle à l'intensité du symptôme correspondant,
- relation linéaire entre la note globale de l'échelle et l'intensité du phénomène étudié.

* Une échelle doit répondre à des qualités métrologiques suffisantes et nécessaires pour être utile. Ce sont :

- la validité : "une échelle mesure bien ce qu'elle est sensée mesurer". On pourrait plus justement parler de "repérage",
- la fidélité : on recherche une bonne fidélité temporelle (fidélité test-retest) mais aussi et surtout une bonne fidélité interjuges. L'étude de la fidélité interjuges de chaque item d'une échelle est d'une extrême importance car elle permet de montrer que certains concepts utilisés par les psychiatres sont en fait

incommunicables, et doivent être éliminés d'une échelle destinée à une large utilisation.

- . la sensibilité : elle reflète la finesse avec laquelle l'échelle va différencier un nombre suffisant de degré d'une même variable. En règle générale, les échelles longues permettent une plus fine discrimination que les échelles courtes.
- . l'homogénéité ou "consistance interne" : appréciée par l'étude des corrélations entre chaque item de la note globale.

5 - 1 - 3 - 2 Limites de la psychopathologie quantitative

Malgré de bonnes qualités métrologiques, de nombreuses causes d'erreur menacent les utilisateurs d'échelles d'évaluation (Bobon, 1977, 1987).

- . Des échelles construites avec soin, validées et adaptées à leurs objectifs peuvent donner des résultats peu fiables car certaines sources de variabilité proviennent de l'observateur lui-même. En effet, son jugement peut varier selon son propre état, sa personnalité, son mode de relation avec le malade, son type de formation professionnelle, son sexe et sa motivation. En outre, il existe des liens entre les concepts et l'âge des examinateurs d'une part, la perception et le repérage des symptômes d'autre part. Ces remarques mettent l'accent sur la nécessité absolue d'études soigneuses de fidélité des échelles et de l'entraînement répété des cotateurs.

- . Certains observateurs ont tendance à sous-estimer ou sur-estimer des symptômes, à attribuer à l'ensemble des items une note moyenne (les notes extrêmes étant évitées) ou similaire (on parle de l'effet HALO) ou encore à donner à plusieurs items des notes voisines (erreur de proximité).

- . Dans certains cas de cotations successives, c'est une "erreur de contraste" qui peut être observée lorsqu'un malade "léger" est coté immédiatement après un malade "grave" ou l'inverse.

- . D'autres variations peuvent être reliées à l'heure de passation (fluctuation de la

symptomatologie au cours du nyctémère...).

. Enfin, signalons les difficultés d'utilisation des échelles traduites, ayant été validées seulement pour la langue du pays où elles ont été construites...

Ces quelques remarques nous montrent bien l'importance d'un entraînement à la cotation afin d'utiliser au mieux ces instruments d'évaluation, qui sont utiles au médecin tant pour le temps catégoriel (diagnostic) que pour le temps quantitatif (degré des symptômes).

5 - 1 - 4 EVOLUTION DES APPROCHES METHODOLOGIQUES

Les progrès effectués dans plusieurs secteurs impliqués par l'évaluation psychométrique ont amené les chercheurs à préciser différents points particuliers tels que :

- la population cible,
- la diversité des évaluations et des évaluateurs,
- les aspects techniques.

5 - 1 - 4 - 1 La population concernée : critères diagnostiques et nouveaux concepts

La première question qui se pose est "évaluer quoi et chez qui ?". Si certaines situations font l'objet d'un consensus défini (par exemple l'évaluation des états dépressifs), il existe toute une population - située à une zone frontière entre la normalité et la pathologie - pour laquelle des critères diagnostiques ont été proposés mais n'ont pas pu encore être adoptés à l'unanimité. C'est par exemple le cas des sujets présentant quelques troubles de la mémoire isolés liés à l'âge, dont le caractère sporadique et l'absence de spécificité entraîne souvent le clinicien à les considérer comme purement subjectifs : des critères psychométriques précis permettraient de mieux définir le profil cognitif de ces patients.

5 - 4 - 1 - 2 Les problèmes d'évaluation

La deuxième question à se poser est "comment évaluer et par qui ?".

. Les champs explorés :

Devant la complexité des facettes cognitives et comportementales concernées par le changement, les tendances ont évolué vers une évaluation multidimensionnelle ; ainsi les activités de la vie quotidienne, les aspects de bien-être ou de qualité de vie tendent à compléter l'évaluation du trouble cognitif entre autre.

Par ailleurs, les variables au sein de chaque activité sont multiples et variées et l'évaluation doit donc tenir compte de chacun des aspects constitutifs de la dite activité.

. Les évaluateurs :

Une extension de l'évaluation réalisée par les soignants, psychologues ou médecins, aux non-soignants s'est faite sentir. Actuellement, on a de plus en plus tendance à faire compléter l'évaluation par des membres de l'entourage ; la fiabilité de cette extension se pose pour les échelles, questionnaires et inventaires.

Cependant, il est aisé de comprendre que dans bien des cas en gérontopsychiatrie, cet apport peut être important.

5 - 1 - 4 - 3 Apports techniques

D'importantes modifications se sont rapidement imposées avec l'utilisation de plus en plus fréquente des ordinateurs. Il existe actuellement des tests spécialement conçus pour l'ordinateur, qui mesurent une activité et une performance globale beaucoup plus proche des activités de la vie quotidienne. Néanmoins, le débat reste ouvert quant à leur indication, et ceci nous conduit à considérer quelques problèmes de fond.

5 - 1 - 4 - 4 Les problèmes de fond

• *Adéquation entre l'outil psychologique et le critère de jugement.*

La remise en question de l'adéquation entre l'outil sélectionné et le critère de jugement constitue un des principaux problèmes de fond. Il ne s'agit pas en effet d'appliquer par engouement, de façon anarchique et automatique, une épreuve psychométrique uniquement parce qu'elle est objective... mais bien de vérifier que l'activité mesurée par ce test soit le reflet d'une réalité, qui plus est susceptible d'être améliorée par un traitement.

• *Choix du critère d'évaluation et pertinence clinique.*

Un des aspects les plus importants à considérer est le choix du critère d'évaluation destiné soit à affirmer un état (psychométrie quantitative) soit à mesurer un changement (psychopharmacologie)... Il s'agit donc d'attribuer une valeur seuil à une variable, sur laquelle des changements sont mesurés.

• *Tests psychométriques et/ou épreuves neuropsychologiques.*

La neuropsychologie est une discipline ancienne qui tend à prendre un essor considérable et à compléter dans certains cas, judicieusement, la psychométrie traditionnelle. En effet, alors que cette dernière mesure surtout des performances, une efficacité, un rendement, les épreuves neuropsychologiques permettent en plus une quantification de l'échec. Par exemple, elles sont plus adaptées à la mesure de la sévérité d'un état démentiel que les tests psychologiques.

Ainsi, au fil du temps l'approche méthodologique a progressivement évolué de l'évaluation globale centrée sur le patient à une mesure plus fine et plus spécifique du fonctionnement mental.

5 - 2 PSYCHOMETRIE DE L'ANXIETE

5 - 2 - 1 GENERALITES

L'approche psychopathologique et nosographique des troubles anxieux nous a conduit à prendre conscience des multiples facettes de l'anxiété.

Les principes généraux de la psychométrie se retrouvent bien évidemment dans le domaine des troubles anxieux. Le développement historique des tests d'anxiété montre qu'ils ont été conçus et utilisés à la fois comme instruments de mesure et comme instruments de recherche, imposant donc deux démarches différentes.

Avec les progrès de la thérapeutique se sont posés de manière plus aigüe les problèmes de repérage (diagnostic) et d'évaluation. En effet, l'essor des traitements médicamenteux et la nécessité d'une évaluation précise et si possible quantitative des symptômes servant de cible à la thérapeutique ont mis en évidence la difficulté qu'il y a pour le clinicien à se maintenir sur le plan descriptif et à rester rigoureux quant à l'appréciation de la sémiologie.

A partir de ces considérations, s'est développée l'approche psychométrique de l'anxiété.

Comme pour tous les domaines de la psychopathologie, les instruments utilisés sont d'une part les échelles d'appréciation constituées d'items, et d'autre part les tests mentaux qui supposent la participation active du sujet.

5 - 2 - 2 ECHELLES D'ANXIETE

Sans faire une revue de la totalité des instruments existant, nous voudrions citer les principaux d'entre eux.

5 - 2 - 2 - 1 Echelles d'hétéro-évaluation

- Echelle brève d'anxiété de TYRER & coll. : 10 items côtés de 0 à 6.
- AMDP-AT de BOBON & coll. : 17 items côtés de 0 à 4.

- . Echelle de COVI : 3 items côtés de 1 à 5.
- . Echelle HAMA de HAMILTON : 14 items côtés de 0 à 4.
- . Clinical Anxiety Scale de SNAITH : extraite de l'HAMA : 6 items côtés de 0 à 4.

5 - 2 - 2 - 2 Echelle d'auto-évaluation

- . BATE de M. de Bonis : 37 items et 5 degrés (0 à 4).
- . HAD Scale de ZIGMOND & SNAITH : 14 items et 4 degrés.
- . SAS de ZUNG.

Dans son travail de 1973, M. de Bonis avait étudié 22 questionnaires d'anxiété, totalisant ainsi 1167 items qu'elle répertoria en 5 catégories :

- anxiété générale, peurs et phobies,
- réponse somatique,
- sentiments dépressifs,
- agitation motrice et manque de contrôle,
- perturbation de l'activité.

Mais toutes ces échelles n'ont jamais été validées pour le sujet âgé et à ce jour, il n'existe aucune échelle d'anxiété spécifique du sujet âgé de 65 ans et plus.

2ème PARTIE :

ETUDE CLINIQUE

I - OBJECTIFS

Le constat de l'absence d'échelle d'évaluation des états anxieux en médecine gériatrique est la base de ce travail, sa finalité étant d'établir un questionnaire suffisamment fiable pour évaluer l'anxiété chez le sujet âgé. Trois outils d'évaluation de l'anxiété actuellement validés pour une population adulte ont été soumis à des sujets âgés de 65 ans et plus.

Le but de l'étude est de mettre en évidence :

- d'une part, les écueils des outils de psychométrie actuellement disponibles, validés pour l'adulte mais non obligatoirement fiables en gériatrie,
- d'autre part, les informations plus spécifiques sur les troubles anxieux au troisième âge,

A ces questionnaires d'anxiété ont été ajoutés le MMS (Mini Mental Status) (Folstein, 1975), pour évaluer l'influence de l'altération des fonctions cognitives sur la symptomatologie anxieuse et la GDS (Geriatric Depression Scale) (Yesavage et Brink, 1992). pour prendre en compte un éventuel état dépressif associé.

Parallèlement à cette évaluation psychométrique, une appréciation clinique est réalisée.

La confrontation des données cliniques, la recherche des items les plus spécifiques et les moins significatifs pour le sujet âgé (analyse statistique) nous permettra finalement de proposer une nouvelle échelle d'anxiété, utilisable chez les sujets âgés de 65 ans et plus.

II - MATERIEL ET METHODES

2 - 1 POPULATION

- 60 patients, âgés de 65 ans et plus, ont été examinés. Ils sont répartis en deux groupes :
 - Groupe 1 (30 patients) : vus dans le service hospitalouniversitaire de psychiatrie du Pr J.M. Léger, CHS Esquirol, Limoges (87),
 - Groupe 2 (30 patients) : vus dans le service de Médecine Interne B des Prs Laubie et

Archambeaud, Hôpital Le Cluzeau, Limoges (87).

L'étude s'est déroulée sur 5 mois de Janvier à Mai 1993.

- Aucun critère clinique n'a été préalablement fixé ; tous les patients âgés de 65 ans et plus, après avoir obtenu leur accord et celui du médecin responsable de l'unité, ont été soumis à différents questionnaires. Lorsque le niveau général des fonctions supérieures était trop faible, les sujets étaient exclus de l'étude, leurs réponses pouvant être trop aléatoires et non fiables quant à leur éprouvé réel. Les patients ont été également jugés cliniquement et séparés en sujets anxieux d'une part et sujets non anxieux d'autre part.

La moyenne d'âge de cette population est de $75,35 \pm 7,24$ ans [65 - 92].

L'analyse de la répartition selon le sexe retrouve une proportion plus importante des femmes (cf. tableau I)

Tableau I : Répartition selon le sexe

	TOTAL	PSYCHIATRIE	MEDECINE INTERNE
FEMMES	41	19	22
HOMMES	19	11	8

2 - 2 DESCRIPTION DES INSTRUMENTS CHOISIS

2 - 2 - 1 ECHELLE DE HAMILTON

L'échelle de Hamilton (H.A.S.), élaborée sur la base de 3 systèmes - symptômes somatiques, facteurs de cognition et comportements - comporte 14 items, chacun étant coté de 0 à 4 en fonction de sa sévérité (cf annexe n°1).

Certains items (1-2-3-4-5-6 et 14) évaluent l'anxiété psychique, les autres (7 à 13) l'anxiété somatique.

La note seuil au delà de laquelle on parle d'anxiété a été fixée à 20 (Hamilton, 1959).

2 - 2 - 2 AMDP (Association de Méthologie et de Documentation en Psychiatrie)

2 - 2 - 2 - 1 AMDP

L'AMDP est constituée de 3 fiches anamnestiques et de 2 échelles d'évaluation graduées de 0 à 4 (version française) :

- les fiches anamnestiques (AMDP₁ à 3) concernent les données psychosociales et les données médicales,
- les échelles d'évaluation (AMDP₄ et 5) ont pour double but la quantification de la psychopathologie actuelle et la mesure du changement produit par le traitement.

2 - 2 - 2 - 2 AMDP-AT

Extraite de l'AMDP francophone, l'AMDP-AT est une échelle à 17 items, centrée davantage sur l'anxiété que l'échelle AMDP globale (cf annexe n°2).

Elle mesure plus l'anxiété psychique que l'anxiété somatique. En effet, ses items sont - à deux exceptions près (anxiété somatique et rêves/cauchemars) - des items psychopathologiques (Bobon, 1989).

Certains items n'ont pas d'équivalent direct dans l'échelle d'Hamilton : perplexité, dysphorie, agitation intérieure, ambivalence affective, labilité affective et tendance à dramatiser.

Pourtant ces items s'apparentent bien à l'anxiété.

La note seuil d'anxiété proposée par Bobon est de 20.

2 - 2 - 3 FARD : Ferreri Anxiety Rating Diagram

L'échelle FARD regroupe 12 items, gradués de 0 à 6 en tenant compte à la fois des fréquences d'apparition et du retentissement sur l'activité globale du patient. Les 12 items sont répartis en 4 pôles - relationnel, vigilance, somatique et cognitif - comportant chacun 3 facteurs (cf annexe n°3)

La somme des 3 items de chaque pôle est reportée sur la diagonale du diagramme FARD, les 4 points étant ensuite reliés et visualisant ainsi la "forme et l'intensité de l'anxiété du patient" (Von Frenckel & al, 1987). Il n'existe pas de score global pour cette échelle, mais il est possible d'utiliser un score global "fictif", somme des scores des 4 pôles.

2 - 2 - 4 ECHELLE DE DEPRESSION DE YESAVAGE

La G.D.S. (Geriatric Depression Scale), élaborée par Yesavage & Brink, est un autoquestionnaire à 30 items binaires (oui/non). Elle insiste plus sur la composante cognitive de la dépression que sur la composante somatique (cf annexe n°4).

Parmi ces 30 items, il en est 10 pour lesquels la réponse dépressive correspond à l'absence d'une caractéristique normale (réponse "NON") ; pour les 20 autres la réponse dépressive correspond à la présence d'un symptôme (réponse "OUI").

2 - 2 - 5 MINI MENTAL STATUS

Le MMS (Folstein, 1975) est un test d'utilisation facile et rapide (10 minutes) pour l'évaluation des fonctions cognitives.

Il comporte 30 items explorant l'orientation temporo-spatiale, la mémoire immédiate et différée, l'attention, le langage et l'activité motrice (cf annexe n°5)

Dans un premier temps, l'orientation est étudiée en 2 temps : les 5 premiers items correspondent à l'orientation dans le temps, les 5 suivants à l'orientation spatiale. Chaque item

est côté sur 1.

C'est la mémoire immédiate qui est ensuite explorée (énonciation de 3 objets que le patient doit répéter).

Ensuite, l'épreuve d'attention et de calcul mental, cotée de 0 à 5 en fonction du nombre de bonnes réponses données par le patient : il s'agit de soustraire 7 de 100, puis 7 du chiffre obtenu et ainsi de suite, 5 fois de suite.

En cas d'échec au calcul, on demande au patient d'épeler un mot à l'envers (MONDE)

Si le test de mémoire immédiate a été correctement effectué le patient doit, à ce stade du test, énoncer à nouveau le nom des 3 objets cités (1 point pour chaque objet cité).

Enfin, ce sont les fonctions gnosiques et praxiques qui sont étudiées (recherche d'une agnosie visuelle, d'apraxie idéatoire, idéomotrice, constructive), la totalité de ces épreuves étant notée sur 9.

Le score total du MNS est de 30 maximum.

2 - 3 METHODES

2 - 3 - 1 ENREGISTREMENT DES PATIENTS

Dans un premier temps, l'entretien du patient vise à recueillir les données suivantes (cf annexe 6) :

- Age,
- Mode d'hospitalisation,
- Sexe,
- Motif d'hospitalisation,
- Etat civil,
- Scolarité,
- Profession antérieure (selon la nomenclature de l'INSEE)
- Antécédents,
- Traitement à l'admission,

- Lieu d'hospitalisation.

En ce qui concerne les antécédents et les traitements à l'admission, nous avons retenu comme antécédent à forte potentialité anxiogène :

- les coronaropathies et/ou embolie pulmonaire,
- la bronchite chronique et/ou l'insuffisance respiratoire,
- les dysthyroïdies,
- les accidents ischémiques transitoires (AIT),
- et des antécédents psychiatriques.

Pour les traitements pouvant générer des troubles anxieux, nous avons retenu :

- les hormones thyroïdiennes,
- les antidépresseurs (tricyclique, IMAO, autres classes),
- les benzodiazépines.

2 - 3 - 2 ANALYSE STATISTIQUE

- Le test de corrélation des rangs de Spearman a été utilisé pour vérifier les corrélations entre :

- chacun des items de la HAS et le score global de cette échelle,
- chacun des items de l'AMDP-AT et son score total,
- chaque facteur de la FARD et le score total du pôle auquel il appartient,
- chaque facteur de la FARD et le score global "fictif" de cette échelle (score correspondant à la somme des scores obtenus à chacun des pôles).

- Le test U de Mann Whitney a été utilisé pour comparer chacun des items des trois échelles d'anxiété étudiées à l'item "anxiété clinique" (présence ou absence) afin de dégager ceux qui semblaient le plus corrélés à l'existence de troubles anxieux chez les sujets testés.

- Le test du Chi² permet le croisement de 2 variables qualitatives à la recherche d'une corrélation entre elles. Le seuil de significativité retenu était de $p \leq 0,05$.

- Enfin, une A.C.P. (Analyse en Composante Principale) a été réalisée à la fin de l'étude pour réduire le nombre des items en ne retenant que les plus significatifs de l'anxiété du sujet âgé.

La table des corrélations (Schwartz, 1963) nous donne le seuil déterminant le degré de dépendance de deux caractères entre eux en fonction du nombre total de caractères. En choisissant un coefficient témoignant d'une très forte corrélation, il est possible de rapprocher entre eux certains items et donc de pouvoir réduire leur nombre initial.

2 - 3 - 3 PROPOSITION D'UN NOUVEL INSTRUMENT **D'EVALUATION DE L'ANXIETE**

Suite à cette analyse en composantes principales, un certain nombre d'items sont retenus et ainsi considérés comme constitutifs d'une nouvelle échelle d'anxiété.

Nous avons donc calculé le score total de chacun des patients testés pour ce nouvel instrument ainsi que le score seuil "à priori" pour lequel on peut poser le diagnostic d'anxiété.

Nous avons ébauché quelques corrélations, mais les études pour une validation ultérieure n'ont pas été envisagées, ceci n'étant pas le but de ce travail.

III - RESULTATS

3 - 1 RESULTATS DESCRIPTIFS SIMPLES

3 - 1 - 1 ANXIETE CLINIQUE

Parmi les 60 sujets inclus dans ce travail, il est apparu que si 9 seulement ont été admis pour "troubles anxieux", beaucoup plus l'étaient effectivement : ainsi nous avons comptabilisé un total de 40 patients anxieux (selon le critère "anxiété clinique") dont 23 en

psychiatrie (77 %) et 17 en médecine interne (57 %).

3 - 1 - 2 MOTIF D'HOSPITALISATION

Les principales raisons d'hospitalisation sont :

- en psychiatrie : "un syndrome dépressif" (12 cas), "des troubles anxieux" (9 cas) et "des troubles des fonctions cognitives" (6 cas).

- en médecine interne : la majorité des patients sont admis pour "pathologie somatique" (cf Tableau II).

Tableau II : Répartition des patients selon leur motif d'admission

Service	PSYCHIATRIE	MEDECINE INTERNE
Motif d'Hospitalisation		
Syndrome dépressif	12	2
Troubles anxieux	9	0
Troubles des fonctions cognitives	6	0
Troubles du comportement	2	0
Syndrome confusionnel	2	1
Autre pathologie psychiatrique	2	1
Pathologie somatique	1	26

3 - 1 - 3 ANTECEDENTS

Les principaux antécédents retrouvés sont, en psychiatrie, une pathologie psychiatrique antérieure (20 patients).

En médecine interne, on retrouve essentiellement des antécédents cardiaques (coronaropathie et/ou embolie pulmonaire) et des dysthyroïdies.

Tableau III : Répartition selon les antécédents

Service	PSYCHIATRIE	MEDECINE INTERNE
Antécédents		
Coronaropathie et/ou embolie pulmonaire	2	7
Bronchite chronique et/ou insuffisance respiratoire	0	0
Dysthyroïdie	0	6
Accident ischémique transitoire (AIT)	2	1
Pathologie psychiatrique	20	4
Autres	6	12

3 - 1 - 4 TRAITEMENT À L'ADMISSION

A l'admission en psychiatrie, la majorité des patients prennent un traitement antidépresseur (15 sujets) et/ou anxiolytique de la famille des benzodiazépines (16 sujets).

En médecine interne, on retrouve essentiellement la prescription, avant l'admission, de benzodiazépines (13 patients), les antidépresseurs étant plus rarement retrouvés qu'en psychiatrie (cf. Tableau IV).

Tableau IV : Traitements prescrits avant l'admission

Service	PSYCHIATRIE	MEDECINE INTERNE
Traitements		
Corticoïdes	0	1
Hormones thyroïdiennes	0	2
Antidépresseurs	15	7
Benzodiazépines	16	13
Autres	8	13

3 - 2 EVALUATION QUANTITATIVE

- Nous avons retrouvé 18 sujets (30 %) au delà de la note seuil (20) de l'HAS, dont 9 en psychiatrie et 9 en médecine interne.

- A l'AMDP-AT, 49 patients (82 %) se situent au delà de la note seuil (20), dont 23 en psychiatrie et 26 en médecine interne.

- En ce qui concerne le diagramme F.A.R.D., la majorité des patients ont une atteinte plus marquée sur le pôle relationnel que pour les autres pôles : 45 patients soit 75 % (cf Tableau V).

Tableau V : Répartition des patients selon le pôle dominant de la F.A.R.D.

	NOMBRE DE PATIENTS
Pôle relationnel dominant	45
Pôle somatique dominant	4
Pôle cognitif dominant	4
Pôle vigilance dominant	3

- Nous retrouvons 28 sujets (47 %) dépressifs selon GDS de Yesavage et Brink, dont 14 en psychiatrie et 14 en médecine interne.

- La moyenne obtenue au MMS est de $24,50 \pm 4,41$. 46 patients ont une note supérieure ou égale à 22. Dans notre étude, 56 patients (94 %) ont un niveau de scolarité inférieur ou égal au certificat d'études primaires.

3 - 3 RESULTATS DES CROISEMENTS ET CORRELATIONS

- Il n'y a pas de différence significative entre nos 2 populations pour l'âge, le sexe et le niveau de scolarité.

- L'existence ou non d'antécédents (somatiques et/ou psychiatriques) n'est pas corrélé au diagnostic d'anxiété clinique.

- Il n'y a pas de corrélation entre l'existence d'un traitement anxiolytique à l'admission et le diagnostic d'anxiété clinique.

- Certains items sont fortement liés au score global de l'échelle (cf Tableaux VI; VII; VIII; IX).

A la lecture du tableau VI, il apparait que les items 25 (insomnie), 24 (peurs) et 33 (symptômes génito-urinaires) sont indépendants de la variable "score global". Par contre, les items qui semblent le plus corrélés au score global sont les items 34 (symptômes du système nerveux autonome), 23 (tension) et 29 (symptômes somatiques sensoriels).

L'analyse du tableau VII retrouve 4 items semblant indépendants du "score global de l'AMDP-AT" : ce sont les items 47 (ambivalence affective), 49 (rêves - cauchemars), 40 (phobies) et 45 (hyperémotivité).

Mais nous retenons comme particulièrement dépendants du score global les items 36 (anxiété psychique éprouvée), 43 (tension), 38 (anticipation anxieuse), 39 (tendance à dramatiser) et 52 (anxiété observée).

Le tableau IX concerne le diagramme FARD et nous retrouvons que les items les moins corrélés au "score global fictif" (voir § 2 - 3 - 2) sont les items 58 (troubles du sommeil) et 57 (troubles sensoriels). Les items les plus corrélés sont les items 59 (appréhension), 61 (difficulté de contact) et 60 (tension intérieure).

HAS Total	Corrélation des Rangs de Spearman RHO =	Test d'égalité à 0 de Rho t =
Sp SNA	0,64	6,32
Tension	0,58	5,43
Sp somatiques sensoriels	0,57	5,26
Humeur anxieuse	0,56	5,16
Sp respiratoire	0,54	4,93
Comportement à l'entretien	0,53	4,81
Sp cardiovasculaires	0,53	4,76
Sp gastro-intestinaux	0,42	3,54
Humeur dépressive	0,39	3,22
Sp somatiques musculaires	0,34	2,78
Fonctions cognitives	0,30	2,4
Sp génito-urinaires	0,25	1,96
Peurs	0,16	0,23
Insomnie	0,15	0,23

Tableau VI

AMDP Total	Corrélation des Rangs de Spearman RHO =	Test d'égalité à 0 de Rho t =
Anxiété psychique éprouvée	0,77	9,22
Tension	0,76	9,02
Anticipation anxieuse	0,71	7,82
Tendance à dramatiser	0,68	7,12
Anxiété observée	0,59	5,53
Dysphorie	0,54	4,88
Perplexité	0,53	4,73
Agitation intérieure	0,48	4,14
Anxiété somatique	0,46	3,97
Tb de l'éprouvé vital	0,45	3,79
Irritabilité	0,40	3,34
Anxiété en situation sociale	0,27	2,16
Labilité affective	0,26	2,07
Hyperémotivité	0,21	1,67
Phobies	0,17	1,33
Rêves - Cauchemars	0,15	1,15
Ambivalence affective	0,08	0,54

Tableau VII

	Corrélation des Rangs de Spearman RHO =	Test d'égalité à 0 de Rho t =
FARD Somatique		
. Tb neurovégétatifs	0,75	8,56
. Douleurs	0,68	7,05
. Attitude	0,56	5,17
FARD Vigilance		
. Irritabilité	0,64	6,31
. Tb sensoriels	0,59	5,61
. Tb du sommeil	0,54	4,89
FARD Relationnel		
. Appréhension	0,88	13,97
. Tension intérieure	0,78	9,47
. Difficulté de contact	0,65	6,54
FARD Cognitif		
. Lassitude	0,73	8,24
. Doute - indécision	0,73	8,07
. Concentration	0,53	4,71

Tableau VIII

FARD Total	Corrélation des Rangs de Spearman RHO =	Test d'égalité à 0 de Rho t =
Appréhension	0,70	7,45
Difficulté de contact	0,63	6,16
Tension intérieure	0,60	6,79
Lassitude	0,58	5,45
Attitude	0,56	5,16
Doute - indécision	0,52	4,59
Douleurs	0,41	3,43
Tb neurovégétatifs	0,40	3,36
Irritabilité	0,40	3,28
Concentration	0,38	3,08
Tb sensoriels	0,33	2,64
Tb du sommeil	0,30	2,34

Tableau IX

- 28 items paraissent discriminer les sujets anxieux des sujets non anxieux, à $p \leq 0,05$ (voir tableau X, XI, XII et XIII).

En ce qui concerne l'échelle HAS (tableau X), il apparaît que les items non discriminants par rapport au critère "anxiété clinique" sont les items :

28 (symptômes somatiques musculaires)

27 (humeur dépressive)

29 (symptômes somatiques sensoriels)

32 (symptômes gastro-intestinaux)

24 (peurs)

25 (insomnie)

33 (symptômes génito-urinaires)

La lecture du tableau XI (échelle AMDP-AT) confirme les résultats retrouvés précédemment, à savoir que les items ne permettant pas de différencier les sujets anxieux des sujets non anxieux sont les 4 items suivants :

45 (hyperémotivité)

47 (ambivalence affective)

49 (rêves - cauchemars)

40 (phobies).

Echelle HAS	Test U de Mann-Whitney	p =
22 Humeur anxieuse	<0,0001	
35 Comportement à l'entretien	0,0002	
30 Symptômes cardiovasculaires	0,0062	
23 Tension	0,0126	
34 Symptômes SNA	0,0208	
31 Symptômes respiratoires	0,0336	
26 Fonctions cognitives	0,0476	0,05
28 Symptômes somatiques musculaires	0,0739	
27 Humeur dépressive	0,1580	
29 Symptômes somatiques sensoriels	0,1946	
32 Symptômes gastro-intestinaux	0,4053	
24 Peurs	0,5649	
25 Insomnie	0,6035	
33 Symptômes génito-urinaires	0,6343	

Tableau X

Echelle AMDP-AT	Test U de Mann-Whitney	p =
36 Anxiété psychique éprouvée	<0,0001	
43 Tension	0,0006	
52 Anxiété observée	0,0009	
42 Dysphorie	0,0014	
48 Agitation intérieure	0,0020	
39 Tendance à dramatiser	0,0025	
37 Anxiété somatique	0,0026	
50 Troubles de l'éprouvé vital	0,0045	
38 Anticipation anxieuse	0,0084	
41 Anxiété en situation sociale	0,0200	
51 Perplexité	0,0205	
46 Labilité affective	0,0277	
44 Irritabilité	0,0409	0,05 = 5%
45 Hyperémotivité	0,1790	
47 Ambivalence affective	0,3955	
49 Rêves - cauchemars	0,4334	
40 Phobies	0,5117	

Tableau XI

FARD	Test U de Mann-Whitney p =	
59 Appréhension	0,0014	
63 Lassitude	0,0049	
61 Difficulté de contact	0,0062	
60 Tension intérieure	0,0066	
55 Douleurs	0,0109	
58 Troubles du sommeil	0,0234	
62 Concentration	0,0301	
56 Irritabilité	0,0428	0,0500 = 5 %
54 Troubles neurovégétatifs	0,0723	
53 Attitude	0,0754	
64 Doute - indécision	0,0865	
57 Troubles sensoriels	0,1124	

Tableau XII

	Test U de Mann-Whitney P =
22 Humeur anxieuse	< 0,0001
36 Anxiété psychique éprouvée	< 0,0001
35 Comportement à l'entretien	0,0002
43 Tension (AMDP-AT)	0,0006
52 Anxiété observée	0,0009
42 Dysphorie	0,0014
59 Appréhension	0,0014
48 Agitation intérieure	0,0020
39 Tendance à dramatiser	0,0025
37 Anxiété somatique	0,0026
50 Troubles de l'éprouvé vital	0,0045
63 Lassitude	0,0049
61 Difficultés de contact	0,0062
30 Symptômes cardiovasculaires	0,0062
60 Tension intérieure (FARD)	0,0066
38 Anticipation anxieuse	0,0084
55 Douleurs	0,0109
23 Tension (HAS)	0,0126
41 Anxiété en situation sociale	0,0200
51 Perplexité	0,0205
34 Symptômes SNA	0,0208
58 Troubles du sommeil	0,0234
46 Labilité affective	0,0277
62 Concentration	0,0301
31 Symptômes respiratoires	0,0336
44 Irritabilité (AMDP-AT)	0,0409
56 Irritabilité (FARD)	0,0428
26 Fonctions cognitives	0,0476

Tableau XIII

Pour l'échelle FARD (tableau XII) les items qui peuvent être dégagés et considérés comme non discriminants sont les items :

- 54 (troubles neurovégétatifs)
- 53 (attitude)
- 64 (doute - indécision)
- 57 (troubles sensoriels).

Le tableau XIII réunit tous les items de chacune des trois échelles d'anxiété étudiées qui ont le pouvoir de discriminer les sujets anxieux des sujets non anxieux. Ce tableau comporte au total 28 items.

- Une première A.C.P. (Analyse en Composante Principale) a été réalisée sur les 28 items retenus. L'analyse des coefficients, d'après la table des coefficients de corrélation, nous permet de rapprocher entre eux les items suivants (en retenant tous les coefficients supérieurs à 0,75 qui témoignent d'une très forte corrélation) :

- 22 (Humeur anxieuse à l'HAS) et 36 (Anxiété psychique éprouvée selon l'AMDP-AT)
- 22 et 38 (Anticipation anxieuse à l'AMDP-AT)
- 22 et 59 (Appréhension selon le FARD)
- 23 (Tension à l'HAS) et 43 (Tension à l'AMDP-AT)
- 23 et 60 (Tension intérieure au FARD)
- 26 (Fonctions intellectuelles à l'HAS) et 62 (Concentration au FARD)
- 35 (Comportement à l'entretien à l'HAS) et 62 (Anxiété observée selon l'AMDP-AT)
- 36 (Anxiété psychique éprouvée à l'AMDP-AT) et 38 (Anticipation anxieuse à l'AMDP-AT)
- 36 et 59 (Appréhension au FARD)
- 44 (Irritabilité à l'AMDP-AT) et 56 (Irritabilité au FARD).

Nous pouvons donc éliminer 8 caractères et réaliser ainsi une 2ème ACP en ne gardant que 20 caractères : la représentation graphique de cette 2ème ACP figure en annexe (n°8). Nous pouvons y repérer grossièrement 2 nuages, de taille sensiblement équivalente ; le premier nuage regroupe 9 critères qui sont :

- 23 (Tension - HAS)
- 30 (Symptômes cardiovasculaires - HAS)
- 31 (Symptômes respiratoires - HAS)
- 34 (Symptômes du système nerveux autonome - HAS)
- 35 (Comportement à l'entretien - HAS)
- 37 (Anxiété somatique - AMDP-AT)
- 48 (Agitation intérieure - AMDP-AT)
- 50 (Troubles de l'éprouvé vital - AMDP-AT)
- 55 (Douleurs - FARD)

et le second nuage comprend les 11 critères suivants :

- 22 (Humeur anxieuse - HAS)
- 26 (Fonctions intellectuelles - HAS)
- 39 (Tendance à dramatiser - AMDP-AT)
- 41 (Anxiété aux situations sociales - AMDP-AT)
- 42 (Dysphorie - AMDP-AT)
- 46 (Labilité affective - AMDP-AT)
- 51 (Perplexité - AMDP-AT)
- 56 (Irritabilité - FARD)
- 58 (Troubles du sommeil - FARD)
- 61 (Difficulté de contact - FARD)
- 63 (Lassitude - FARD)

Nous reviendrons plus loin (dans le chapitre discussion) sur la signification que nous pouvons donner à cette représentation.

- Enfin une corrélation est retrouvée entre la G.D.S. et chacune des échelles d'anxiété - l'HAS, l'AMDP-AT et le FARD. Autrement dit, les deux entités "troubles anxieux" et "troubles dépressifs" sont dépendantes l'une de l'autre.

IV - DISCUSSION

Le but initial de ce travail était de répertorier les items les plus fiables pour diagnostiquer l'anxiété chez le sujet âgé afin d'élaborer un questionnaire d'anxiété propre aux personnes de 65 ans et plus.

Dans le chapitre précédent (III - Résultats), nous avons déjà mentionné le fait que nous arrivions à sélectionner 20 items ; il nous faut maintenant commenter et critiquer notre démarche et nos résultats.

4 - 1 METHODOLOGIE

Il paraît essentiel dans un premier temps de discuter la méthodologie qui a présidé à cette étude. Elle appelle en effet un certain nombre de critiques.

La première concerne le choix de notre population : l'échantillon est constitué de 60 patients, uniquement vus en milieu hospitalier. Ce biais de recrutement est lié à notre statut actuel (travail en milieu hospitalier, absence de consultations externes).

En ce qui concerne le choix des services, il a été dicté par une simple déduction logique:

- travaillant dans le service du Pr LEGER au CHS Esquirol, il était plus aisé d'inclure les patients du service (groupe 1),

- nous voulions étudier l'incidence éventuelle des pathologies somatiques sur les troubles anxieux ; nous avons choisi de travailler dans le service de Médecine Interne B (Hôpital Le Cluzeau) (groupe 2).

La deuxième critique concerne notre démarche pour l'élaboration d'un questionnaire

spécifique : les différents tests statistiques utilisés ont facilité la sélection des items "les plus spécifiques de la population étudiée", nous permettant finalement de proposer un questionnaire à 20 items.

Mais en aucun cas notre méthodologie nous permet de rajouter certains critères qui pourraient peut-être faire l'objet d'une question particulière. En effet, en matière de points particuliers de la sémiologie anxieuse du sujet âgé nous avons développé entre autre l'importance du contexte environnemental, des pathologies associées etc... (chapitre théorique).

La dernière critique est l'absence de validation de notre nouvelle échelle à 20 items, sur une autre population plus importante et de recrutement plus vaste.

Nous avons choisi de développer dans un chapitre particulier le choix des instruments utilisés dans notre étude et de discuter pour chacun d'eux leur valeur : cf § 4 - 2.

Une dernière remarque s'avère nécessaire : en l'absence de travaux actuels concernant l'approche psychométrique quantitative des troubles anxieux du sujet âgé, il ne nous est pas possible de comparer les résultats de notre étude à des références déjà connues dans la littérature.

4 - 2 CRITIQUE DES INSTRUMENTS CHOISIS DANS L'ETUDE

4 - 2 - 1 ECHELLE D'HAMILTON : H.A.S.

C'est la plus utilisée des échelles dans le cadre notamment des essais cliniques. Elle évalue le degré de sévérité des symptômes. Cependant, il est important de conserver à l'esprit que cet instrument a été conçu pour être utilisé chez des sujets présentant un tableau d'anxiété préalablement diagnostiqué comme tel et non pour évaluer des manifestations d'anxiété communes à d'autres troubles psychiatriques. Elle ne doit pas être utilisée lorsqu'il existe un autre syndrome clinique (tel que dépression, obsession, hystérie, schizophrénie, psychoses

organiques, etc...) et en aucun cas elle ne permet de prédire l'évolution ou de choisir un traitement (Lavoisy, 1992 ; Lesur, 1989).

L'analyse des objectifs de l'H.A.S. permet d'en retirer ses avantages : en évaluant de façon quantitative la réponse du patient et en offrant une standardisation du diagnostic clinique, elle permet des analyses statistiques et des comparaisons.

Par contre, il faut lui reconnaître certaines limites : des difficultés d'utilisation tenant aux conceptions multiples de la maladie et au fait que la classification des troubles anxieux évolue sans cesse (Lavoisy - 1992).

En 1988, Carmen Lara et De La Fuente ont étudié la fiabilité de l'échelle d'anxiété de Hamilton. En dehors des considérations purement méthodologiques, cette analyse montre que ce sont les items les mieux définis et/ou qui englobent le moins de symptômes qui permettent d'obtenir la meilleure fiabilité. On peut regretter toutefois que cette étude porte sur peu de patients (5) et surtout que l'on ne connaisse pas leur âge...

L'équipe de Kurihara (1988) estime pour sa part que l'HAS accorde une trop grande importance aux symptômes somatiques, qu'elle ne reflète pas de façon fidèle l'évolution des symptômes cliniques, qu'elle néglige les éléments socioculturels qui influent dans la genèse des troubles anxieux.

Quoi qu'il en soit et malgré le manque de données en ce qui concerne l'utilisation de l'HAS au sein d'une population âgée, nous avons choisi de l'inclure dans notre étude en tant qu'échelle de référence.

4 - 2 - 2 L'A.M.D.P.-A.T.

Le système AMDP est né d'une volonté de coordination et de standardisation de la collecte des données nécessaires à la recherche psychiatrique clinique. La première version (Allemande) date de 1967 mais différents travaux de révision et de mise au point ont eu lieu avant l'acceptation de l'édition actuelle datant de 1976. Les adaptateurs de l'échelle psychopathologique AMDP en Français ont avant tout visé à respecter les concepts sous-

jacents aux items plutôt qu'à faire une traduction littérale du manuel allemand.

Le champ symptomatique le mieux couvert par les échelles AMDP est celui des psychoses, manie et dépression. L'anxiété est très peu explorée par la version allemande, un peu plus dans la version francophone grâce aux items de réserve. La constatation de cette faille a été à l'origine de travaux complémentaires en vue de la construction de l'échelle d'anxiété extraite de l'AMDP francophone, l'AMDP-AT.

La différence entre le facteur Anxiété tiré des échelles AMDP complètes et la sous-échelle AMDP-AT est dans sa finalité : en effet ces 2 mesures d'anxiété présentent des applications différentes ; la première plus lourde à mettre en oeuvre s'intègre dans un profil multifactoriel alors que la seconde fournit une information limitée à l'anxiété. Il apparaît également important de souligner que l'AMDP-AT présente l'avantage sur l'échelle de Hamilton d'être assortie d'un entretien standardisé destiné à améliorer la fidélité intercotateurs (Boston & al, 1985).

4 - 2 - 3 DIAGRAMME F.A.R.D.

Cette échelle est née (en 1987) de l'idée de développer une nouvelle approche métrologique en tenant compte de deux points essentiels :

- la gravité des troubles anxieux en fonction du vécu symptomatique et du retentissement social et non en fonction de la fréquence des symptômes notamment somatiques, déjà largement répertoriés,

- le paradoxe de l'anxieux : hypervigilance et désactivation ; en effet, alors qu'il est en permanence attentif à l'environnement et à son corps, il reste étonnamment "inhibé" (Ferreri, 1989).

A partir de cette réflexion, il est apparu plus opérant de se centrer sur ces 2 aspects dynamiques (hypervigilance et désactivation), que de répertorier des symptômes sans tenir compte de leur retentissement relationnel.

Son utilisation est quelque peu différente des deux échelles précédentes en ce sens qu'il n'existe pas, pour le FARD, de note seuil pour poser un diagnostic d'anxiété.

Sa fonction principale est de représenter le trouble anxieux selon quatre pôles, et d'en suivre l'évolution. Dans un but pratique, nous avons parfois utilisé "le score global au FARD" afin de permettre des comparaisons par rapport à l'HAS ou l'AMDP-AT. Ce score global (fictif donc) nous a semblé utilisable car plus le sujet est anxieux, plus sa note finale est élevée.

4 - 2 - 4 ECHELLE DE DEPRESSION DE YESAVAGE

A l'image de J. Pellet et F. Lang (1987), nous considérons que "l'évaluation de l'anxiété ou de la dépression oblige dans chaque cas à l'emploi au minimum d'une échelle d'anxiété et d'une échelle de dépression (...) afin de "purifier" chaque instrument de ses items "parasites"."

Nous avons donc voulu inclure dans ce travail une échelle de dépression, validée chez le sujet âgé : la GDS est actuellement le seul instrument répondant à cette exigence, mais il s'agit d'un auto-questionnaire plus qu'une véritable échelle.

Nous avons utilisé, pour notre travail, une traduction française effectuée par une équipe du Québec (Pinard, 1985). L'étude de validation initiale de l'échelle (Yesavage & al., 1983) a permis de retenir un score seuil de 11, qui confère à la GDS une sensibilité de 84 % et une spécificité de 95 % dans le dépistage des syndromes dépressifs des sujets âgés.

4 - 2 - 5 M.M.S. DE FOLSTEIN

Afin d'avoir une meilleure approche de la population étudiée, nous avons estimé nécessaire d'évaluer le niveau de leurs capacités cognitives.

L'intérêt de ce test réside dans sa facilité et rapidité d'utilisation et également dans le caractère quantitatif qu'il apporte (score de 0 à 30). Il permet de pouvoir suivre l'évolution du patient car peut être facilement réutilisable.

La limite inférieure à la normale se situe aux environs de 24 pour des niveaux culturels

moyens et supérieurs, de 22 pour des niveaux culturels inférieurs. Un score inférieur à 22-24 doit faire rechercher l'existence d'une étiologie, psychiatrique ou non, et éventuellement curable.

La majorité des sujets testé ayant un niveau de scolarité inférieur ou égal au Certificat d'Etudes Primaires, nous avons choisi de retenir le score de 22 comme valeur seuil.

4 - 3 COMMENTAIRES DES RESULTATS

4 - 3 - 1 ANXIETE CLINIQUE ET ANXIETE QUANTITATIVE

Aux vues des résultats mentionnés au § 3 - 1 - 1, il apparait une nette différence entre les sujets anxieux cliniquement et ceux retrouvés anxieux aux échelles d'anxiété HAS et AMDP-AT.

Nous rappelons ici brièvement les résultats :

Nombre de sujets anxieux : - cliniquement : 40
 - à l'HAS : 18
 - à l'AMDP-AT : 49

Ceux-ci suggèrent une insuffisance de ces échelles en milieu gérontologique et en particulier l'HAS qui paraît sous-évaluer nettement l'anxiété.

Une analyse plus fine des résultats montre que, tant en psychiatrie qu'en médecine interne, l'échelle de Hamilton retrouve moins de sujets anxieux que l'évaluation clinique.

Par contre, en ce qui concerne l'AMDP-AT, on retrouve autant de patients anxieux cliniquement (23) qu'à l'échelle (23), pour le groupe 1 c'est-à-dire les patients de psychiatrie. Peut-on penser que cet outil d'évaluation est plus fiable que l'HAS ? C'est peut-être vouloir conclure trop rapidement car en regardant la répartition plus précisément, on relève que 2 sujets (n°4 et 7) sont cliniquement anxieux alors que leurs scores aux échelles HAS et AMDP-AT sont respectivement de 13 et 16 pour le sujet n° 4 et 8 et 18 pour le sujet n° 7 (donc faux négatifs à l'AMDP-AT, absence d'anxiété sur ces échelles). A l'inverse, on

remarque que 2 patients du groupe 1 (n°17 et 20) n'apparaissent pas anxieux cliniquement alors que le score à l'AMDP-AT est de 22 pour ces deux sujets (donc faux positifs en faveur d'un trouble anxieux), leur score à l'HAS étant inférieur à 20.

De même 6 sujets du groupe 2 (n° 33, 36, 47, 48, 56 et 57), non anxieux cliniquement, ont des scores supérieurs à 20 à l'AMDP-AT et inférieurs à 20 à l'HAS.

Dans cette différence, intervient vraisemblablement la notion de pathologie organique sous-jacente, situation à potentiel anxiogène pour son propre compte (Godeau, 1991).

Enfin, nous devons ici signaler que le diagnostic d'anxiété clinique n'a pas pu être confirmé ou infirmé à l'interrogatoire pour 3 patients de médecine interne ; il aurait fallu pouvoir suivre ces patients sur un plus long temps pour poser le diagnostic.

4 - 3 - 2 DEPRESSION

La recherche d'un état anxieux doit être couplée à la recherche d'un syndrome dépressif (Akiskal, 1978 ; Shader, 1982), que celui-ci soit initial ou secondaire au trouble anxieux.

Dans notre étude, nous avons donc évalué la pathologie dépressive grâce à la GDS de Yesavage (seule échelle validée pour le sujet âgé jusqu'à présent) : 28 patients sur 60 (47 %) présentent effectivement un état dépressif.

Ce résultat confirme donc la nécessité de prendre en compte un éventuel état dépressif ; peut-être plutôt en utilisant une échelle de dépression en plus d'une échelle d'anxiété, qu'en incluant au sein d'une échelle d'anxiété un item évaluant l'humeur dépressive (comme cela est le cas dans l'HAS).

Il nous semble en effet plus rigoureux que le sujet soit évalué par deux instruments : l'un pour l'anxiété, l'autre pour la dépression.

4 - 3 - 3 LES FONCTIONS SUPERIEURES

Il nous a paru important de prendre en compte le niveau des capacités cognitives des

sujets étudiés afin de le comparer à l'existence éventuelle d'un trouble anxieux.

Nous rappelons que 46 sujets ont une MMS supérieur ou égal à 22 (77 %).

Nous avons voulu comparer les deux populations entre elles et nous retrouvons (Tableau XIV) : dans le groupe 1 (Service de Psychiatrie), 19 sujets ont un score supérieur ou égal à 22 contre 27 dans le groupe 2 (Service de Médecine Interne B)

Tableau XIV : Score au MMS selon le service d'hospitalisation

	Psychiatrie	Médecine Interne B
Score au MMS \geq 22	19	27
Score au MMS $<$ 22	11	3

Ce tableau révèle donc de meilleurs résultats au MMS en médecine interne et surtout on retrouve une relation entre le score au MMS et le diagnostic d'anxiété clinique : au nombre de 23 dans le groupe 1, les sujets anxieux cliniquement ne sont que 17 dans le groupe 2. Pull (1989) avait déjà retrouvé que l'anxiété inhibe les fonctions cognitives du sujet âgé.

Une conséquence importante en découle : rechercher un état anxieux (pour le traiter) devant tout sujet âgé de plus de 65 ans présentant une perturbation des fonctions supérieures.

4 - 3 - 4 INFLUENCE DES ANTECEDENTS ET DU TRAITEMENT

Au vu des résultats (§ 3 - 2, Tableau III et IV), il apparait que ni les antécédents ni les traitements à l'admission n'influent sur l'existence d'un trouble anxieux.

Nous nous permettons donc de ne pas tenir compte des éventuels antécédents signalés et/ou des traitements à l'admission dans la construction "d'une nouvelle échelle d'évaluation de l'anxiété", même si de nombreux auteurs défendent l'hypothèse inverse (Loo, 1986 in : P. Loo et H. Loo "Le stress permanent", Ed Masson).

Par contre, il est évident que l'on doit en tenir compte une fois le diagnostic d'état anxieux posé, ne serait-ce que pour le traitement et la prise en charge psychiatrique.

4 - 3 - 5 SELECTION DES ITEMS

* Dans un premier temps, un classement des items en fonction de l'intensité de liaison de chaque item par rapport à l'item "score global" de l'échelle étudiée a été établi (voir Tableau VI, VII, VIII et IX).

- A la lecture du tableau VI, il apparait que les items 25 (insomnie), 24 (peurs) et 33 (symptômes génito-urinaires) sont indépendants de la variable "score total à l'Hamilton".

Il est possible de rapprocher ici un des éléments particuliers de la sémiologie anxieuse du sujet âgé (les malaises, vertiges et chutes - voir § 2 - 2 - 1, 1ère partie) qui peuvent être pris en compte au titre des symptômes du système nerveux autonome. A l'opposé, il est plus difficile de considérer que les troubles sensoriels dont se plaignent les sujets âgés relèvent des troubles anxieux, une déficience sensorielle réelle étant fréquente lors du vieillissement.

- L'analyse du tableau VII, nous révèle qu'il existe 4 variables pour lesquelles il n'existe pas de liaison statistiquement significative avec la variable "score total à l'AMDP-AT" et qui sont donc indépendantes ; ce sont les items 47 (ambivalence affective), 49 (rêves, cauchemars), 40 (phobies) et 45 (hyperémotivité).

Nous retrouvons ici les items 40 et 49 qui correspondent aux items 25 et 24 de l'HAS, qui avaient également été considérés comme peu corrélés au score global.

En ce qui concerne l'item 47 (ambivalence affective), l'approche clinique des patients étudiés permet d'avancer qu'ils éprouvent davantage une certaine "indifférence affective" qu'une véritable "ambivalence".

Curieusement, l'item 37 (anxiété somatique) se situe juste au milieu du tableau : le sujet âgé semble donc éprouver moins de signes somatiques que l'adulte ; ceci correspond vraisemblablement au fait que le sujet âgé présente moins de crises aiguës d'angoisse (Schweizer, 1989), qui s'accompagnent volontiers d'un cortège somatique important alors que dans l'anxiété chronique, ces signes somatiques sont plus discrets. En outre, il est fréquent que le sujet âgé taise plus ou moins les symptômes perçus et se renferme dans un silence, en ruminant ses diverses préoccupations.

- Les tableaux VIII et IX concernent les items de la FARD. De même que précédemment, nous retrouvons que les items les moins corrélés au score total sont les items 58 (troubles du sommeil) et 57 (troubles sensoriels). Nous notons également que l'item 62 (concentration) est peu corrélé au score total, ce qui ne peut que conforter les hypothèses émises précédemment (§ 4 - 2 - 2 et 4 - 2 - 3) à savoir l'évaluation distincte des troubles anxieux et dépressifs d'une part, et la recherche obligatoire d'un trouble anxieux devant une baisse des capacités cognitives d'autre part.

Les items les plus corrélés au score total sont les items 59 (appréhension), 61 (difficulté de contact) et 60 (tension intérieure). Ces résultats sont comparables, pour les items 59 et 61 aux résultats du tableau VII et pour l'item 60 aux résultats du tableau VI.

* Dans un 2ème temps, nous voulions rechercher les items discriminant les sujets anxieux des non anxieux (voir tableaux X, XI et XII).

- Il était facile de prévoir que les items 24, 25 et 33 se retrouveraient comme non discriminants, puisqu'ils avaient déjà été mentionnés comme indépendants du score total de l'HAS. Par contre, nous remarquons que l'item 29 (symptômes somatiques sensoriels) apparaît ici également non discriminant, alors qu'il était bien corrélé au score total ($r = 0,57$).

Comme il l'était suggéré, cela peut correspondre aux déficiences sensorielles fréquentes au delà de 65 ans sans qu'il y ait forcément anxiété sous-jacente (cf. psychopathologie du vieillissement).

Enfin, l'item 27 (humeur dépressive) apparaît également comme ne discriminant pas les sujets anxieux des non anxieux, allant dans le sens d'une évaluation distincte de l'anxiété et de la dépression d'un point de vue psychométrique.

- A la lecture du tableau XI, on retrouve les mêmes résultats qu'au tableau VII et qui sont, pour les items 49 et 40, en rapport avec les résultats retrouvés pour l'HAS.

- En ce qui concerne l'échelle FARD, les items que l'on peut considérer comme non discriminants ne correspondent pas aux items les mieux corrélés au score global de l'échelle.

En effet, la lecture du tableau XII nous apprend que ce sont les items 54, 53, 64 et 57 qui sont les moins discriminants, alors que seuls les items 54 et 57 sont peu corrélés au score global. Ceci nous suggère que la création du "score global fictif" qui nous avons utilisé (cf méthodologie) ne reflète vraisemblablement pas de manière parfaite la signification des 4 scores pris individuellement.

Toutefois, ce résultat nous permet de rapprocher les items 53, 54 et 57 de la FARD aux items 28, 27 et 29 de l'HAS (de manière respective).

* Le troisième temps de ce travail a été la réalisation d'une analyse en composante principale, initialement avec 28 items, puis avec 20 items (cf résultats § 3 - 3).

Le passage de 28 à 20 items a été possible grâce à l'analyse des coefficients de corrélation de chacun des 28 items entre eux, en utilisant les données de la table des coefficients de corrélation (Schwartz, 1963). La figure n° 1 (cf annexe n° 8) laisse apparaître très schématiquement 2 nuages :

- le premier, constitué de 9 critères, semble plutôt correspondre aux signes somatiques de l'anxiété ou à leur ressenti physique,
- le second regroupe plutôt les items relevant du vécu psychique de l'anxiété - sauf en ce qui concerne les items 26 et 63 qui sous-entendent une composante dépressive associée et qui se trouvent d'ailleurs excentrés sur le graphique.

Il est possible maintenant de rapporter les résultats obtenus à l'ACP aux données théoriques vues en première partie de ce travail : en effet il est apparu que la recherche d'un trouble anxieux chez le sujet âgé devait prendre en compte :

- d'une part, les signes cliniques évocateurs d'anxiété connus pour l'adulte en général.
- d'autre part, certains symptômes plus spécifiques du sujet âgé et pouvant traduire un état anxieux (malaises, vertiges, troubles du comportement et du sommeil, troubles hypocondriaques).
- enfin certaines situations "à risque" telle que l'existence d'un syndrome dépressif ou d'une pathologie somatique associés, des difficultés sociales etc...

Or parmi les items retenus, on retrouve :

- en plus de certaines notions "classiques"

- l'item "symptômes du système nerveux autonome" (HAS) qui doit alors prendre en compte les vertiges

- l'item "troubles du sommeil" (FARD) qui doit s'attacher à rechercher plus des réveils fréquents, un sommeil non réparateur que des cauchemars ou une insomnie (qui correspondent respectivement aux items 49 (AMDP-AT) et 25 (HAS) et qui ont été exclus)

- plusieurs items pouvant être la conséquence de difficultés sociales (dysphorie, difficultés de contact, anxiété en situation sociale).

A l'inverse, certains items ont été éliminés car rarement retrouvés en pratique clinique chez le sujet âgé : symptômes somatiques généraux, symptômes génito-urinaires, ambivalence affective, doute et indécision.

A la suite de cette ACP, nous avons voulu voir si les items ainsi retenus pouvaient constituer une nouvelle échelle d'anxiété. Notre travail s'est limité à rechercher une éventuelle note seuil de ce nouvel instrument, en calculant les valeurs de sensibilité et de spécificité pour chaque score obtenu à cette échelle.

Il manque bien évidemment des études de validation qui nécessitent des études au long cours et sur une large population.

V - PROPOSITION D'UN NOUVEL INSTRUMENT DE PSYCHOMÉTRIE

5 - 1 RÉSULTATS THÉORIQUES

Suite l'analyse factorielle en composantes principales (ACP), nous avons considéré que les items "sélectionnés" pouvaient constituer une échelle d'anxiété.

Le tableau XV regroupe les différents items de cette nouvelle échelle et leur cotation.

Tableau XV : Items constituant notre nouvelle échelle

Cotation		0	1	2	3	4			
H	Humeur anxieuse								
	Tension								
	Fonctions intellectuelles								
	A	Symptômes cardiovasculaires							
		Symptômes respiratoires							
	S	Symptômes du SNA							
		Comportement à l'entretien							
Cotation		0	1	2	3	4			
A	Anxiété somatique								
	M Tendance à dramatiser								
D	Anxiété aux situations sociales								
P	Dysphorie								
	- Labilité affective								
A	Agitation intérieure								
T	Trouble de l'éprouvé vital								
	Perplexité observée								
Cotation		0	1	2	3	4	5	6	
F	Douleurs								
	A Irritabilité								
	R Troubles du sommeil								
	D	Difficultés de contact							
		Lassitude							

Nous verrons ultérieurement que nous avons été amené à réorganiser différemment

l'ordre de ces 20 items pour la rendre plus pratique lors de son utilisation en pratique courante (cf § 5 - 2 - Tableau XVI).

La note maximale théorique de cette échelle est de 90 (15 items cotés de 0 à 4, 5 items cotés de 0 à 6).

Pour l'ensemble de nos patients, la moyenne est de 30,74 (D.S. = 9,39). Le score minimum est de 2, le maximum est de 51.

Cette nouvelle échelle apparait corrélée à l'HAS ($r = 0,8992$) et l'AMDP-AT ($r = 0,9076$). Pour le FARD, une corrélation avec le "score global fictif" a été recherchée ; même si nous avons vu que ce score n'était peut-être pas la meilleure façon d'utiliser ce diagramme, il est évident qu'il est relié au niveau d'anxiété (plus le patient est anxieux, plus le score total est élevé). Là encore, il existe une corrélation entre le FARD et notre nouvelle échelle ($r = 0,8530$).

Ces constatations nous permettent d'affirmer que la 1ère caractéristique de notre nouvel instrument est d'être bien corrélé avec le niveau d'anxiété : le score total augmente pour une forte charge anxieuse.

En outre, on ne retrouve pas de liaison statistiquement significative, ni entre cette nouvelle échelle et le sexe des patients, ni entre la nouvelle échelle et le lieu d'hospitalisation des sujets étudiés.

Par contre, on retient une très forte liaison entre cette nouvelle échelle et le critère "anxiété clinique" : il existe en effet une différence significative entre les deux populations (anxieuse et non anxieuse) pour un $p < 0,00001$. En réalité, ce résultat n'est pas surprenant dans la mesure où les items ont été sélectionnés sur la prise en compte du critère "anxiété clinique".

Ainsi, nous pouvons dire que la 2ème caractéristique de cette échelle est de permettre de discriminer les anxieux des non-anxieux selon la clinique.

Enfin pour terminer, nous avons calculé -grâce à des calculs statistiques - la note seuil pour laquelle on peut poser le diagnostic d'anxiété. Par le biais du calcul des taux de

spécificité et sensibilité des scores théoriques possibles à l'échelle, il apparaît que la note ayant le meilleur rapport spécificité-sensibilité est 29 : c'est donc une note supérieure ou égale à 30 qui confère à notre instrument les meilleures sensibilité (97,30 %) et spécificité (80 %) (cf. annexe 9).

Autrement dit, les sujets obtenant un score total de 30 ou plus sont considérés comme anxieux selon notre échelle.

Une remarque s'avère ici nécessaire : tous les items ne sont pas cotés uniformément, les 15 premiers étant cotés de 0 à 4, les 5 suivants de 0 à 6. Nous avons choisi de conserver cette cotation pour nos calculs, d'autant que nous avons retrouvé dans la littérature d'autres instruments de psychométrie pour lesquels la cotation varie selon les items (Echelle de l'humeur de Hamilton dans sa version à 17 items dont certains sont cotés de 0 à 2, d'autres de 0 à 4).

5 - 2 APPLICATION : UTILISATION DE NOTRE ÉCHELLE DANS 5 OBSERVATIONS CLINIQUES

Afin de pouvoir juger nous même la performance de notre nouvelle échelle, nous l'avons soumise à quelques patients.

Il nous a fallu au préalable agencer l'ordre des items de telle sorte qu'ils puissent être évalués au fil de l'entretien, selon une progression cohérente. Le tableau XVI correspond donc à la présentation de notre nouvelle échelle telle qu'elle peut être utilisée en pratique courante.

Tableau XVI : Echelle d'anxiété pour le sujet âgé.

	Cotation				
	0	1	2	3	4
1. HUMEUR ANXIEUSE Inquiétude, attente du pire, anticipation avec peur, irritabilité					
2. ANXIÉTÉ SOMATIQUE Cela se manifeste-t-il sur le plan physique ? (palpitation, boule dans la gorge)					
3. TENDANCE À DRAMATISER ... les moindres contrariétés de la vie ? faire une montagne de tout ?					
4. TENSION Sensation de tension, fatigabilité, impossibilité de se détendre, réactions de sursaut, pleurs faciles, tremblements...					
5. AGITATION INTÉRIEURE Vous sentez-vous agité intérieurement ?					
6. DYSPHORIE Êtes-vous d'humeur changeante ? passant du rire aux larmes ?					
7. LABILITÉ AFFECTIVE Êtes-vous souvent grognon, de mauvaise humeur ?					
8. ANXIÉTÉ EN SITUATION SOCIALE Le fait de vous trouver en public ? parler - manger - rougir en public ? rencontrer des étrangers ?					
9. FONCTIONS INTELLECTUELLES Difficultés de concentration ? mauvaise mémoire ?					
10. TROUBLES DE L'ÉPROUVÉ VITAL Physiquement comment vous sentez-vous ?					
11. SYMPTÔMES CARDIOVASCULAIRES Tachycardie, palpitations, douleurs dans la poitrine, battement des vaisseaux, extrasystoles ?...					
12. SYMPTÔMES RESPIRATOIRES Poids sur la poitrine, dyspnée, soupirs, étouffement ?...					
13. SYMPTÔMES DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME Bouche sèche, accès de rougeur, vertiges, sudation ?...					
14. COMPORTEMENT LORS DE L'ENTRETIEN Tendu, non à l'aise, agitation nerveuse, instabilité, tremblements des mains, faciès tendu, paleur faciale, respiration haletante, tachycardie...					
15. PERPLEXITÉ OBSERVÉE Observer le sujet face à lui-même, à sa situation, à tout ce qui l'entoure... (ne pas côter la perplexité cognitive)					

	Cotation						
	0	1	2	3	4	5	6
16. DOULEURS Toute algie non lésionnelle rapportée à l'anxiété. Absentes (0) - Intermittentes et discrètes (2) - Pénibles, durables et entraînant une gêne sociale (4) - Permanentes et invalidantes (6).							
17. IRRITABILITÉ Propension à la colère, exprimée au travers des sentiments, propos ou actes d'agressivité - hostilité... Absente (0) - Agacement modéré pour des détails et jugé injustifié (2) - Irritabilité nette intermittente (4) - Irritabilité intense, permanente, incontrôlée (6).							
18. TROUBLES DU SOMMEIL Modification de la durée et/ou de la qualité du sommeil avec impression de sommeil non réparateur. Absents (0) - Insomnie d'endormissement, sommeil insuffisamment réparateur (2) - Réveils fréquents, durée de sommeil réduite, sommeil agité, troublé (4) - Durée inférieure à 3 h / 24 h (6)							
19. DIFFICULTÉS DE CONTACT Sentiment d'inconfort, de tension provoqué par certaines situations. Besoin éventuel de la présence d'autrui pour affronter ces situations. Absentes (0) - Gêne sociale minimale (2) - Gêne sociale nette et conduites d'évitement (4) - Invalidantes (6).							
20. LASSITUDE Fatigabilité, état d'abattement, expression subjective de l'asthénie entravant l'activité. Absentes (0) - Difficulté d'initiation (2) - Sentiment pénible d'effort pour mener à bien des activités quotidiennes (4) - Sentiment douloureux d'épuisement, incapacité à agir momentanément (6).							

Nous avons choisi de soumettre cette échelle à 5 patients hospitalisés en hôpital de jour psychogériatrique (étant donné l'absence de liaison statistiquement significative entre le lieu d'hospitalisation et notre échelle, nous n'avons pas jugé utile de diversifier l'origine des patients testés).

5 - 2 - 1 OBSERVATIONS CLINIQUES

* Observation n° 1 : Me P..., 81 ans.

Madame P... a été admise en hôpital de jour après une consultation psychiatrique alors

qu'elle était hospitalisée dans un service de moyen séjour pour "altération des fonctions supérieures". En réalité, dès le premier entretien le diagnostic s'oriente vers un trouble anxieux.

On ne retient comme antécédent qu'une HTA modérée. Lorsque nous la voyons, on note une anxiété massive ; le discours est cohérent et les fonctions intellectuelles paraissent normales, en rapport avec l'âge. Il n'y a pas d'éléments dépressifs.

Le M.M.S. est coté à 27, témoignant donc de l'absence d'altération cognitive. Les scores respectifs à l'échelle d'Hamilton (H.A.S.) et notre échelle sont de 16 et 34.

* Observation n° 2 : Me C.... 73 ans.

Madame C... a été adressée pour "décompensation d'une névrose obsessionnelle".

Elle présente de multiples antécédents somatiques parmi lesquels une hypothyroïdie ancienne et stabilisée par Levothyrox^R, un pace-maker posé en 1976 et une broncho-pneumonie en 1991.

A l'entretien, le contact est d'abord difficile, marqué par une forte anxiété, s'améliorant au fil du temps. On retrouve des préoccupations obsessionnelles quasi-permanentes ; il n'existe pas de symptômes en faveur d'un épisode dépressif. Les fonctions intellectuelles sont intactes (M.M.S. à 30).

Les scores aux échelles d'anxiété sont de 19 pour l'H.A.S., 36 pour notre échelle.

* Observation n° 3 : Me J.... 81 ans.

Madame J... a été admise pour "syndrome dépressif", suite à une hospitalisation dans un service de médecine pour tentative d'autolyse.

Parmi ses antécédents, on retient une intervention pour cancer des glandes salivaires en 1988 et une cholécystectomie en 1990.

Madame J... présente un syndrome dépressif depuis le décès de son mari (Juillet 1990) ; elle a fait une première tentative de suicide en Avril 1991. Au moment de son hospitalisation

actuelle, elle vivait chez son fils (qui est marié) avec qui les relations sont très conflictuelles.

L'entretien est marqué par l'importance de la symptomatologie dépressive, l'anxiété n'apparaissant qu'au second plan et d'intensité bien moindre. On retrouve une bonne conservation des fonctions cognitives (M.M.S. à 25).

Le score à l'échelle H.A.S. est de 13 ; il est de 30 à notre échelle.

* Observation n° 4 : Mr V..., 77 ans.

Monsieur V... a été hospitalisé pour "stimulation des fonctions supérieures et trouble anxieux chronique".

On retient d'importants antécédents somatiques dont la pose d'une valve aortique (1978), une résection de la prostate (1991), un infarctus du myocarde (Mars 1993) et un épisode d'hyperthyroïdie résolutif sous Néomercazole^R (Juin 1993).

Au niveau psychiatrique, ce patient a déjà bénéficié d'une prise en charge en hôpital de jour à plusieurs reprises pour décompensations anxieuses.

L'entretien est marqué par un discours qui reste pauvre malgré un contact qui s'améliore progressivement. Il existe une anxiété importante qui gêne le fonctionnement intellectuel.

Le M.M.S. est coté à 21, l'H.A.S. à 18, notre échelle à 37.

* Observation n° 5 : Mr T..., 91 ans.

Monsieur T... est suivi en hôpital de jour pour "altération des fonctions supérieures".

Parmi les antécédents somatiques, on retrouve une résection de la prostate (1978) et une surdité bilatérale appareillée.

Le contact est bon, le patient est même "familier". Il n'existe aucun élément en faveur de troubles anxieux et/ou dépressif. On retrouve d'importants troubles cognitifs (M.M.S. à 19).

L'échelle d'anxiété de Hamilton est à 8, notre échelle à 15.

Le tableau XVII ci-dessous récapitule les données de ces 5 observations cliniques.

Tableau XVII : Récapitulatif des observations cliniques

OBSERVATION	DIAGNOSTIC CLINIQUE	SCORE À l'H.A.S.	SCORE À LA NOUVELLE ÉCHELLE	SCORE AU M.M.S.
n° 1 : Me P...	Anxiété	16	30	27
n° 2 : Me C...	Névrose obsessionnelle	19	36	30
n° 3 : Me J...	Syndrome dépressif	13	30	25
n° 4 : Mr V...	Anxiété et troubles cognitifs	18	37	21
n° 5 : Mr T...	Troubles cognitifs	8	15	19

5 - 2 - 2 COMMENTAIRES

En ce qui concerne l'utilisation de notre échelle, nous n'avons rencontré aucun problèmes "pratiques" pour la cotation : les items sont facilement compréhensibles pour le patient et on ne note pas de fatigabilité particulière en cours d'interrogatoire ; le temps requis pour faire passer cette échelle n'est pas supérieur au temps nécessaire à l'évaluation clinique.

Enfin notons que son utilisation est simple et la cotation rapide.

En ce qui concerne les résultats, nous retrouvons une meilleure détection des sujets anxieux qu'avec l'échelle de Hamilton (observations n° 1, 2 et 4), la possibilité de l'utiliser chez des sujets présentant une altération des fonctions supérieures (observations n° 4 et 5) et la possibilité de différencier anxiété et syndrome dépressif (observation n° 3).

CONCLUSION

Au terme de ce travail, les données bibliographiques et l'analyse de notre étude (menée dans deux services hospitaliers, sur une population de 60 sujets âgés de 65 ans et plus), ont permis de dégager certaines notions relatives à l'évaluation des troubles anxieux de la personne âgée.

Dans un premier temps, nous avons dû constater que peu d'études, concernant l'évaluation de l'anxiété au-delà de 65 ans, existaient. Cependant, d'après les données de l'O.C.D.E. sur le vieillissement de la population, la population âgée doit doubler entre 1980 et 2040 : il est donc important d'envisager la pathologie spécifique à cette tranche d'âge et d'adapter les moyens de la psychométrie à cette population ; dans le domaine de l'anxiété, aucun des "outils" actuellement à notre disposition n'a été validé pour le sujet âgé.

La sémiologie des troubles anxieux revêt globalement deux aspects : la crise d'angoisse paroxystique et l'état permanent d'anxiété ou anxiété chronique. Ces deux tableaux regroupent chacun des signes subjectifs et des manifestations objectives, en nombre et en intensité variables.

En ce qui concerne l'expression de l'anxiété chez le sujet âgé, il existe des particularités qui peuvent en rendre difficile son diagnostic. Ce sont notamment certains symptômes tels

- que :
- des malaises, vertiges ou chutes,
 - des troubles du comportement et du sommeil,
 - des troubles fonctionnels,
 - l'hypocondrie

ou encore certaines situations objectivement pénibles et fréquentes en gériatrie :

- la comorbidité anxiété - dépression,
- les interactions maladie physique - maladie psychiatrique,
- les difficultés psychosociales dans lesquelles vit la personne âgée.

La conception psychanalytique de l'angoisse, d'abord considérée comme "la décharge (...) d'une excitation sexuelle insatisfaite" (théorie économique) puis comme "un signal de danger provoqué par le conflit intrapsychique (théorie fonctionnelle) s'oppose au modèle cognitivo-comportementaliste selon lequel l'anxiété résulte de "l'interprétation de certaines

situations comme témoignant d'une menace ou d'un danger".

Chez le sujet âgé, ces différentes théories doivent être modulées par la prise en compte des modifications liées au vieillissement : diminution progressive des diverses fonctions somatiques, psychiques et sociales, fragilisation de la personnalité, affaiblissement des capacités adaptatives et des mécanismes de défense.

L'évaluation des phénomènes psychiques par l'utilisation d'instruments standardisés ou Psychométrie date de la fin du siècle dernier et pourtant, malgré les nombreux moyens à notre disposition en matière d'évaluation des troubles anxieux, aucun n'est spécifique de la population âgée de 65 ans et plus.

Les modifications psychopathologiques liées au vieillissement étant responsables de certaines modulations sémiologiques, les instruments de psychométrie adaptés à l'adulte ne le sont à priori pas pour le sujet âgé : ceci a donc été la base de notre travail, l'objectif étant l'élaboration d'une "échelle" utilisable en milieu gériatrique.

Nous avons mené une étude conjointement dans deux services hospitaliers (l'un de psychiatrie, l'autre de médecine) sur une population âgée de 65 ans et plus. Nous avons utilisé pour ce travail :

- l'échelle d'anxiété de Hamilton (H.A.S.),
- l'échelle d'anxiété l'AMDP (AMDP-AT)
- le diagramme de Ferreri (F.A.R.D.)
- l'échelle de dépression de Yesavage (G.D.S.)
- le Mini Mental Status.

Nous avons couplé une évaluation clinique. L'analyse statistique des résultats nous permet finalement de dégager 20 items qui semblent les plus significatifs de la population étudiée. Une note seuil de 30 confère à cette nouvelle échelle une sensibilité de 97,3 % et une spécificité de 80 %.

Nous l'avons ensuite testée sur 5 patients ; il reste à entreprendre une étude sur une plus large population pour confirmer ces résultats et envisager la validation de ce nouvel outil comme "échelle d'anxiété pour le sujet âgé".

ANNEXES

1 - Échelle d'anxiété de Hamilton

2 - Échelle AMDP-AT

3 - F.A.R.D.

4 - Échelle de dépression de Yesavage (Traduction française)

5 - M.M.S. de Folstein

6 - Renseignements sur les patients

**7 - Nomenclature des catégories socio-professionnelles selon
l'INSEE**

8 - A.C.P. à 20 items : . cercle de corrélation
 . tableau des valeurs propres

**9 - Valeurs des sensibilité et spécificité pour chaque score de
la nouvelle échelle**

ANNEXE 1 : ECHELLE D'ANXIÉTÉ DE M. HAMILTON

Cotation de l'échelle 0 1 2 3 4

0 = trouble absent

1 = trouble léger

2 = trouble moyen

3 = trouble important

4 = trouble très important

- ENTOURER LA RÉPONSE CORRESPONDANTE
- REPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS

1. Humeur anxieuse						
Inquiétude	Appréhension (anticipation avec peur)	0	1	2	3	4
Attente du pire	Irritabilité					
2. Tension						
Sensation de tension	Pleurs faciles	0	1	2	3	4
Fatigabilité	Tremblements					
Impossibilité de se détendre	Sensation d'être incapable de rester en place					
Réaction de sursaut						
3. Peur						
Du noir	Des gros animaux etc...	0	1	2	3	4
Des gens qu'on ne connaît pas	De la circulation					
D'être abandonné seul	De la foule					
4. Insomnie						
Difficultés d'endormissement	Rêves pénibles	0	1	2	3	4
Sommeil interrompu	Cauchemars					
Sommeil non satisfaisant avec fatigue au réveil	Terreurs nocturnes					
5. Fonctions intellectuelles (cognitives)		0	1	2	3	4
Difficultés de concentration	Mauvaise mémoire					
6. Humeur dépressive						
Perte des intérêts	Insomnie du matin	0	1	2	3	4
Ne prend plus plaisir à ses passe-temps	Variation de l'humeur dans la journée					
Dépression						
7. Symptômes somatiques généraux (musculaires)						
Douleurs et courbatures dans les muscles	Secousses cliniques	0	1	2	3	4
Raideurs musculaires	Grincement des dents					
Sursauts musculaires	Voix mal assurée					
8. Symptômes somatiques généraux (sensoriels)						
Tintements d'oreilles	Sensations de faiblesse	0	1	2	3	4
Vision brouillée	Sensations de picotement					
Bouffées de chaleur ou de froid						



9. Symptômes cardiovasculaires						
Tachycardie	Battement des vaisseaux	0	1	2	3	4
Palpitations	Sensations syncopales					
Douleurs dans la poitrine	Extra-systoles					
10. Symptômes respiratoires						
Poids sur la poitrine ou sensation de constriction	Sensations d'étouffement	0	1	2	3	4
Soupirs	Dyspnée					
11. Symptômes gastro-intestinaux						
Dyspepsie	Difficultés pour avaler	0	1	2	3	4
- Douleur avant ou après le repas	Vents					
- Sensations de brûlure	"Coliques" abdominales					
- Ballonnement	Borborygmes					
- Pyrosis	Diarrhée					
- Nausées	Perte de poids					
- Vomissements	Constipation					
- Creux à l'estomac						
12. Symptômes génito-urinaires						
Mictions fréquentes	Apparition d'une frigidité	0	1	2	3	4
Urgence de la miction	Ejaculation précoce					
Aménorrhée	Absence d'érection					
Ménorragies	Impuissance					
13. Symptômes du système nerveux autonome						
Bouche sèche	Tendance à la sudation	0	1	2	3	4
Accès de rougeur	Céphalée de tension					
Vertiges	Horripilation					
14. Comportement lors de l'entretien (général)						
Tendu non à son aise	Avale sa salive	0	1	2	3	4
Agitation nerveuse	Eructions					
- des mains	Tachycardie au repos					
- tripote ses doigts	Rythme respiratoire à plus de 20/mn					
- serre les poings	Réflexes tendineux vifs					
- tics	Tremblement					
- serre son mouchoir	Dilatation pupillaire					
Instabilité va-et-vient	Exophtalmie					
Front plissé	Sudation					
Faciès tendus	Battements des paupières					
Augmentation du tonus musculaire						
Respiration haletante						
Pâleur faciale						

--	--

SCORE GLOBAL

--	--

AMDP-AT
F/12/84

ANNEXE 2 : ECHELLE D'ANXIETE DE L'AMDP.

Nom et prénom du MALADE :	Nom de l'OBSERVATEUR	ETUDE : Date : Heure :
Diagnostic ICD-9 DSM-III	Total :	Anxiété/angoisse permanente Crises d'angoisses (non exclusif)

1. ANXIETE PSYCHIQUE EPROUVEE
Etes-vous inquiet, anxieux, angoissé ?
2. ANXIETE SOMATIQUE
Cela se manifeste-t-il sur le plan physique (palpitations, boule dans la gorge...) ?
Qu'est ce qui provoque votre anxiété ?
3. ANTICIPATION ANXIEUSE
L'impression que les choses vont tourner mal ?
Qu'il va arriver des catastrophes ?
L'appréhension de l'avenir ?
4. TENDANCE A DRAMATISER
Les moindres contrariétés de la vie ?
Avez-vous tendance à faire une montagne de tout ?
5. PHOBIES
Certaines choses ou situations bien précises dont vous avez une peur irraisonnée, démesurée ? (par exemple : être dans un ascenseur, dans la rue ; chiens ; objets pointus...)
6. ANXIETE EN SITUATION SOCIALE
Le fait de vous trouver en public ? de parler, de manger, de rougir en public ? de rencontrer des étrangers ?
7. DYSPHORIE
Etes-vous souvent de mauvaise humeur, grognon ?
8. TENSION
Vous sentez-vous crispé, tendu ?
9. IRRITABILITE
Avez-vous les nerfs à fleur de peau ? Etes-vous irritable, soupe-au-lait ?
10. HYPEREMOTIVITE
Etes-vous émotif, hypersensible ?
11. LABILITE AFFECTIVE
Etes-vous d'humeur changeante ? Passez-vous rapidement du rire aux larmes, par exemple ?
12. AMBIVALENCE AFFECTIVE
Vous arrive-t-il d'éprouver au même moment et envers la même personne des sentiments contradictoires, comme l'amour et la haine ?
13. AGITATION INTERIEURE
Vous sentez-vous agité intérieurement ?
14. RÊVES / CAUCHEMARS
Et votre sommeil ? Est-il agité par des cauchemars ?
15. TROUBLES DE L'EPROUVE VITAL
Physiquement, comment vous sentez-vous ?
16. PERPLEXITE
Observer le désarroi du patient face à lui-même, à sa situation, à tout ce qui l'entoure, à son avenir, etc. Il se demande ce qui lui arrive, ce qu'il doit penser ou préparer, ce qu'il doit faire. Ne pas coter ici la perplexité cognitive, l'indécision.
17. ANXIETE OBSERVEE

Absent 0	Léger 1	Moyen 2	Fort 3	Très fort 4

ANNEXE 3 : F.A.R.D.

A - PÔLE SOMATIQUE

1	ATTITUDE Correspond à la tension musculaire au travers de la mimique, de la gestuelle, des attitudes posturales.	0 Normale. Pas de tension musculaire apparente	0
		2 Mimique, attitude légèrement tendue. Peut se détendre.	1
		4 Mimique, attitude manifestement tendue. Précautions maladroites pour s'asseoir au bord du siège. Recherche d'une position de détente ou rarement trouvée.	2
		6 Importante tension posturale. Mimique tendue, attitude courbée raideur. Détente impossible	3
			4
2	TROUBLES NEURO-VÉGÉTATIFS Représentant les symptômes habituels : tachycardie, palpitations, boule dans la gorge, bouche sèche, transpiration, mains froides et moites, bouffées de chaleur (chaud-froid) étourdissements gêne respiratoire, creux à l'estomac, nausées et autres troubles digestifs, pollakiurie. Ne pas coter ici les douleurs.	0 Pas de troubles.	0
		2 Troubles neuro-végétatifs survenant lors d'émotion.	1
		4 Troubles neuro-végétatifs spontanés, fréquents, gênants.	2
		6 Troubles neuro-végétatifs intenses, invalidants.	3
			4
3	DOULEURS Toute algie non lésionnelle rapportée à l'anxiété. Par exemple céphalées, précordialgies, gastralgies, algies, abdominales, rachialgies, algies sensorielles, douleurs musculaires, diffuses, etc.	0 Absentes	0
		2 Douleurs intermittentes, discrètes.	1
		4 Douleurs pénibles durables, entraînant une gêne sociale.	2
		6 Douleurs intenses permanentes, invalidantes.	3
			4

B- PÔLE VIGILANCE

1	IRRITABILITÉ Propension à la colère exprimée au travers de sentiments, de propos, ou d'actes d'impatience, d'agressivité, d'hostilité.	0 Absente	0
		2 Agacement modéré pour des "détails" exprimé verbalement et jugé injustifié.	1
		4 Irritabilité nette intermittente pour des faits banals dont témoignent les propos vifs, tranchants, emportés, inhabituels, perturbant l'atmosphère relationnelle.	2
		6 Irritabilité intense, permanente, incontrôlée, en paroles et en actes, entraînant des difficultés relationnelles majeures.	3
			4
2	TROUBLES SENSORIELS Amplification anormale de la perception des stimulus sensoriels notamment auditifs, perturbant la discrimination sensorielle habituelle avec intolérance plus ou moins importante aux stimulus, en particulier à l'environnement sonore. Les sons sont perçus plus forts et des bruits répétés comme "parasites" parce qu'habituellement non perçus, témoignent d'une hypervigilance à l'environnement.	0 Absents	0
		2 Hyper-réactivité sensorielle, auditive, visuelle, olfactive, gustative tactiles gênante.	1
		4 Hyper-réactivité sensorielle nette. Evitement des stimulus habituels	2
		6 Hyper-réactivité importante, intolérance handicapante aux stimulus sensoriels habituels	3
			4
3	TROUBLES DU SOMMEIL Modification de la durée et de la qualité du sommeil, avec impression, au lever, de sommeil insuffisant ou non réparateur	0 Absents	0
		2 Insomnie d'endormissement, sommeil insuffisamment réparateur	1
		4 Réveils fréquents. Sommeils réduit (interrompu au moins 2 heures) agité, trouble de cauchemars, non réparateur	2
		6 Moins de 3 heures de sommeil par 24 heures.	3
			4

C- PÔLE RELATIONNEL

1	APPREHENSION Attente craintive repérée au travers de l'inquiétude, de l'anticipation des malheurs, de la rumination concernant des vétilles, des préoccupations corporelles injustifiées.	0 Absentes	0
		2 Inquiétude pour des faits banals, préoccupations corporelles. Peut être momentanément rassuré.	1
		4 Craintes, inquiétudes, préoccupations fréquentes. Appréhension douloureuse. Est difficilement rassuré.	2
		6 Inquiétude et préoccupations permanentes. Rassurante inconstante et brève.	3
			4
2	TENSION INTERIEURE Sentiment d'inconfort spontané exprimé au travers d'impression de serrement, de tension intérieure, pouvant s'exacerber jusqu'au désarroi et s'accompagner d'agitation plus ou moins importante.	0 Calme	0
		2 Tension passagère inhabituelle. Tremblements. Agitation discrète	1
		4 Sentiment permanent de tension intérieure, incapacité à se détendre. Crise d'anxiété intermittente. Agitation stérile manifeste.	2
		6 Anxiété majeure, durable. Désarroi. Agitation importante.	3
			4
3	DIFFICULTE DE CONTACT Sentiment d'inconfort, tension interne provoquée par des situations particulières. Besoin éventuel de la présence d'autrui pour affronter ces situations.	0 Absente	0
		2 Sentiment d'inconfort, engendré par certaines situations, certaines relations à autrui, qui peut être relativement contrôlé. Gène sociale minimale.	1
		4 Sentiment de malaise net incontrôlé lors de certaines situations ou en présence d'autrui qui est prévenu par ces conduites d'évitement. Gène sociale nette.	2
		6 Sentiment de malaise insurmontable dans des situations banales ou en présence d'autrui qui ne peuvent être évitées. Difficultés de contact. Gène sociale invalidante.	3
			4

D- PÔLE COGNITIF

1	CONCENTRATION Effort intellectuel focalisé sur une tâche déterminée. L'attention sélective est envahie et perturbée par des pensées "parasites", c'est-à-dire étrangères à la tâche effectuée.	0 Pas de difficulté	0
		2 Concentration et mémoire requérant un effort inhabituel	1
		4 Signale une baisse de ses capacités intellectuelles (attention, concentration, mémoire) éprouvée à la lecture, la conversation, le calcul, la télévision.	2
		6 Troubles gênant l'entretien. Difficulté de compréhension et de mémorisation des informations banales.	3
			4
2	LASSITUDE Fatigabilité, état d'abattement, expression subjective de l'asthénie, gênant ou entravant l'activité.	0 Absente	0
		2 Difficulté à entreprendre les activités (professionnelles, scolaires, domestiques).	1
		4 Sentiment pénible d'effort pour mener à bien les activités quotidiennes. Impression intermittente d'être "bloqué".	2
		6 Sentiment douloureux d'épuisement. Impression durable d'être "paralysé". Incapacité à agir momentanément.	3
			4
3	DOUTE - INDECISION Difficulté de choix pour prendre une décision, pour projeter, entreprendre, continuer une tâche, mais aussi incertitude quant à ses capacités, exprimée au travers de la perte de confiance en soi.	0 Absent	0
		2 Hésite longuement pour entreprendre des décisions	1
		4 Doute de ses capacités, perte de confiance en soi, peur de se tromper, inconfort douloureux constant pour prendre une décision longtemps ruminée. Gène sociale nette.	2
		6 Incapacité à prendre des initiatives et/ou décisions. Insécurité manifeste. Retentissement social invalidant	3
			4

Protocole d'examen du M.M.S.

. Section 1 (accorder 10 secondes pour chaque réponse)

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

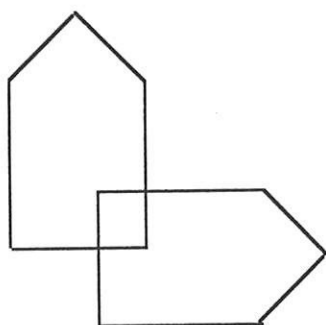
. Section 2 (accorder 10 secondes pour chaque réponse)

6. Dans quelle ville sommes-nous ?
7. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?
8. Dans quelle province (ou région administrative) est situé ce département ?
9. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?
10. A quel étage sommes-nous ici ?

. Section 3

11. Je vais vous donner 3 mots : je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.
CIGARE, FLEUR, PORTE
Répétez les 3 mots.
(accorder 20 secondes pour la réponse)
12. Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?
Accorder 10 secondes par réponse. Compter 1 point par soustraction exacte. Si le sujet n'obtient pas le maximum de points, lui demander :
Voulez-vous m'épeler le mot monde, à l'envers, en commençant par la dernière lettre ?
(noter le nombre de lettres données dans l'ordre correct. Ce total ne doit pas figurer dans le score global).
13. Quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à l'heure ? (accorder 10 secondes pour répondre).
14. (montrer un stylobille) Quel est le nom de cet objet ?
(accorder 10 secondes pour répondre)
15. (montrer votre montre) Quel est le nom de cet objet ?
(accorder 10 secondes pour répondre)

16. Répétez la phrase que je vais vous dire : "Il n'y a pas de mais, ni de si, ni de et".
(compter 1 point si la répétition est entièrement correcte. Compter 0 à la moindre erreur).
17. (tendre au sujet une feuille de papier avec , marqué en gros caractères : fermez les yeux) "Lisez ce papier et faites ce qui est marqué"
Permettre 10 secondes.
18. (tendre au sujet une feuille de papier en lui disant)
"Prenez ce papier dans la main droite, pliez-le en deux avec les deux mains et jetez-le par terre".
Compter 1 point par item correctement exécuté : maximum 3)
19. (tendre au sujet une feuille de papier blanc et un stylo) Lui demander : "Voulez-vous recopier mon dessin ?"



(permettre plusieurs essais. Max de temps 1 minute).

(compter 1 point seulement si la copie comporte tous les angles de chaque figure et si les figures se coupent sur deux côtés différents).

20. (lui demander d'écrire une phrase sur la même feuille de papier)
"Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière".
(compter un point si la phrase comporte un sujet, un verbe, un complément sans tenir compte des fautes d'orthographe ou de syntaxe. Max de temps : 30 secondes)

ANNEXE 6 : RENSEIGNEMENTS SUR LES PATIENTS

- AGE
- MODE D'HOSPITALISATION :
 - Hospitalisation complète
 - Hôpital de jour
- SEXE :
 - Masculin
 - Féminin
- MOTIF D'ADMISSION :
 - Syndrome dépressif
 - Troubles anxieux
 - Troubles des fonctions cognitives
 - Troubles du comportement
 - Syndrome confusionnel
 - Autres troubles psychiatriques
 - Pathologie somatique
- ETAT CIVIL :
 - Célibataire
 - Marié
 - Divorcé
 - Veuf

Si marié, état de santé du conjoint :

 - En bonne santé
 - Malade
- SCOLARITE :
 - Jusqu'au C.E.P.
 - Jusqu'au baccalauréat
 - Au-delà
- PROFESSION ANTERIEURE : cf annexe 7
- ANTECEDENTS :
 - Coronaropathie - Embolie pulmonaire
 - Bronchite chronique - Insuffisance respiratoire
 - Dysthyroïdie
 - A.I.T.
 - Pathologie psychiatrique
 - Aucun des antécédents précédents
- TRAITEMENT À L'ADMISSION :
 - Hormones thyroïdiennes
 - Corticoïdes
 - Antidépresseurs (tricycliques, IMAO, ...)
 - Benzodiazépines
 - Aucun des traitements cités.
- LIEU D'HOSPITALISATION :
 - Psychiatrie
 - Médecine Interne

ANNEXE 7 : NOMENCLATURE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES SELON L'INSEE

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs occupés)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise.	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadre d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés.	42 Insituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires	74 Ancien cadres. 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants de 15 ans ou plus 85 Personnes diverses sans activité professionnelles de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelles de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEXE 8 : ACP À 20 ITEMS

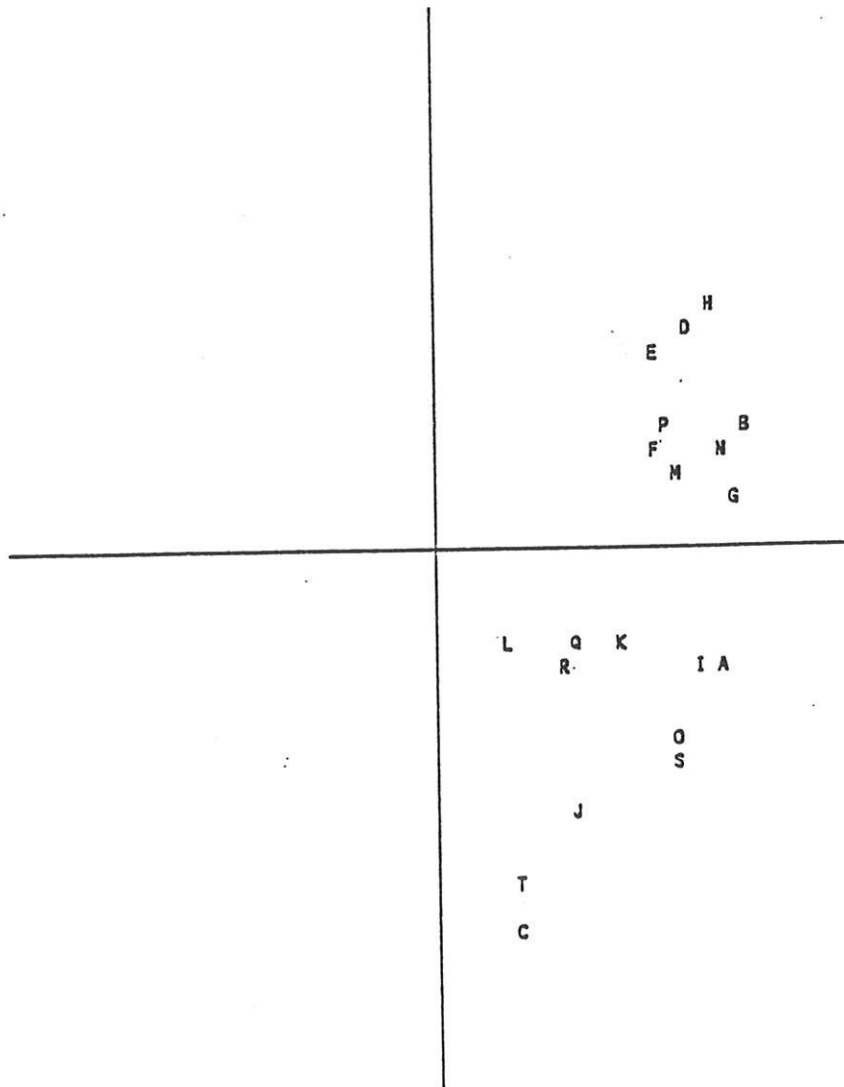
- Cercle des corrélations

CERCLE de CORRELATION : correspondance entre les variables et les codes

(22) HAMA humeur anxieuse	= A
(23) HAMA tension	= B
(26) HAMA fonction intellect.	= C
(30) HAMA cardiovasculaire	= D
(31) HAMA respiratoire	= E
(34) HAMA système nerveux	= F
(35) HAMA comportement entret.	= G
(37) AMDP anxiété somatique	= H
(39) AMDP tendance dramatiser	= I
(41) AMDP anx situation sociale	= J
(42) AMDP dysphorie	= K
(46) AMDP labilité affective	= L
(48) AMDP agitation intérieure	= M
(50) AMDP trble éprouvé vital	= N
(51) AMDP perplexité	= O
(55) FARD douleur	= P
(56) FARD irritabilité	= Q
(58) FARD tble du sommeil	= R
(61) FARD difficulté contact	= S
(63) FARD lassitude	= T

CERCLE DE CORRELATION : projection des variables sur les composantes 1 et 2

composante 1 --> axe horizontal
composante 2 --> axe vertical



- Tableau des valeurs propres

VALEURS PROPRES calculées à partir de la matrice des corrélations

composante principale	valeur propre	% variance expliquée	% variance cumulée
1	5.7166	28.58 %	28.58 %
2	2.4185	12.09 %	40.68 %
3	2.0960	10.48 %	51.16 %
4	1.6047	8.02 %	59.18 %
5	1.1582	5.79 %	64.97 %
6	1.0148	5.07 %	70.04 %
7	0.9228	4.61 %	74.66 %
8	0.8614	4.31 %	78.96 %
9	0.7505	3.75 %	82.72 %
10	0.6208	3.10 %	85.82 %
11	0.5476	2.74 %	88.56 %
12	0.4365	2.18 %	90.74 %
13	0.3513	1.76 %	92.50 %
14	0.2979	1.49 %	93.99 %
15	0.2862	1.43 %	95.42 %
16	0.2621	1.31 %	96.73 %
17	0.2446	1.22 %	97.95 %
18	0.1555	0.78 %	98.73 %
19	0.1297	0.65 %	99.38 %
20	0.1241	0.62 %	100.00 %

Les 2 premières composantes principales sont retenues.
Le pourcentage de variance expliquée est supérieur ou égal à 0.20 %

BIBLIOGRAPHIE

1 - ALLAIN H, VAN DEN DRIESSCHE J, REYMANN JM & al (1980) :

"Influence de l'âge sur les réactions comportementales du rat à certains agonistes et antagonistes dopaminergiques".

J. Pharmacol., 11, 3 : 289-303.

2 - ALLILAIRE JF (1988) :

"Troubles anxieux et phobiques".

Synapse n° 41 , Février : 41-49.

3 - AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (1987) :

"Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition revised (DSM III R)

Washington, DC.

4 - ANTHONY JC, LE RESCHE L, NIAZ L & al (1982) :

"Limits of the MMS as a screening test for dementia and delirium among hospital patients".

Psychol. Med., 12, : 397-408.

5 - AKISKAL HS, BITAR AM, PUZANTIAN VR & al (1978) :

"The nosological status of neurotic depression".

Arch. Gen. Psych., 35 : 756-766.

6 - BARRE C, LASSERE H (1980) :

"Les troubles psychiques des personnes âgées".

EMC Psychiatrie, Paris, 37540 A¹⁰ 12.

7 - BECH P, ALLERUP P, MAIER W & al (1992) :

"The Hamilton Scale and the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90). A cross-national validity study in patients with Panic Disorders".

Br. J. Psychiat., 160 : 206-211.

8 - BILLIARD M (1990) :

"Anxiété, sommeil et niveau d'éveil".

Actualités Médicales Internationales : Psychiatrie. ISSN 0766-3897 : 67-71.

9 - BOBON D (1977) :

"La psychologie quantitative : nécessités, dangers et réalités".

Revue Médicale, Liège, 32 : 417-424.

10 - BOBON D (1981) :

"Le système AMDP". 2ème Edition.

Collection "Psychol. Sci. Hum." Mardaga, Bruxelles, Liège.

11 - BOBON D (1987) :

"Us et abus des échelles d'évaluation en psychopathologie".

Psychol. Psychobiol., 11 : 379-386.

12 - BOBON D, VON FRENCKELL R, TROIS FONTAINES B & al. (1985) :

"Construction et validation préliminaires d'une échelle d'anxiété extraite de l'AMDP francophone, l'AMDP-AT".

L'Encéphale, XI : 107-111.

12 - BOLLER F (1990) :

"Neuropsychologie de la sénescence".

Séminaires du GIRAD, 1990-1991 : 26-31.

14 - BONIS M de (1969) :

"Anxiétés pathologiques et anxiété normale" : 1. Comparaison des niveaux appréciés par la MAS de Taylor et par une échelle de symptômes.

Rev. Psychol. Appl., 19 : 243-258.

15 - BONIS M de (1973) :

"Etude de l'anxiété par la méthode des questionnaires". 1. Problèmes généraux.

Rev. Psychol. Appl., 23 : 15-47.

16 - BONIS M de (1973) :

"Etude de l'anxiété par la méthode des questionnaires" . 2. Travaux expérimentaux.

Rev. Psychol. Appl., 23 : 105-131.

17 - BONIS M de (1973) :

"Contribution à l'étude de l'anxiété par la méthode des questionnaires".

Thèse en vue de l'obtention du doctorat de 3^e cycle.

Paris V - Université René Descartes.

18 - BOND J, BROOKS P, CARSTAIRS V and GILES L (1980) :

"The reliability of a survey psychiatric assessment schedule for the elderly".

Br. J. Psych., 137 : 148-162.

19 - BOURGEOIS M (1987) :

"Anxiété et dépression dans le DSM III".

in : Ed ELLIPSES, "Anxiété - Dépression : Rupture ou Continuité", DAR COURT G, PRINGUEY D, Paris, p. 30-39.

20 - BOUROCHE JM, SAPORTA G (1992) :

"L'analyse des données". 5ème Edition.

Que sais-je ?, n° 1854, P.U.F.

21 - BRAMLEY PN, EASTON AME, MORLEY S & al (1988) :

"The differentiation of anxiety and depression by rating scales".

Acta Psychiat. Scand., 77 : 133-138.

22 - CARMEN LARA MD, DE LA FUENTE JR (1988) :

"L'évaluation de l'anxiété : sa fiabilité".

Psychol. Méd., 20, 9 : 1373-1378.

23 - CATTELL RB (1961) :

"Advances in the measurement of neuroticism and anxiety in a conceptual framework of unitary theory".

Ann. N.Y. Acad. Sci., 93 : 815-839.

24 - CHARAZAC P (1983) :

"Tabou du vieillard et fantasme du renversement de l'ordre des générations".

Evol. Psych., T48, Fasc 4., 4 : 1025-1039.

25 - CHARAZAC P (1985) :

"L'angoisse du vieillard dément. De la clinique à la théorie".

Evol. Psych., 50, 3 : 707-714.

26 - CHIGHON JM (1989) :

"Traitement pharmacologique des états anxieux chez le sujet âgé : intérêt de la buspirone.

Revue de la Littérature".

Psychol. Med., 21, 11 : 1721-1730.

27 - CHIGNON JM, MARTIN P (1990) :

"Syndrome anxiodépressif : du problème clinique au défi thérapeutique".

Nervure, Tome III, n°7 : 18 (Tiré à part).

28 - CIADELLA Ph & al (1992) :

"Etude sur l'unidimensionalité de l'échelle de dépression gériatrique de Yesavage et Brink.

Comparaison entre méthodes classiques et modèle de Rasch".

L'Encéphale, XVIII : 537-544.

29 - CIBOIS Ph (1983) :

"L'analyse factorielle". 1ère édition.

Que sais-je ?, n°2095. P.U.F.

30 - C.I.G.S. (1983) :

"Aspects médicosociaux des accidents chez les personnes âgées".

Rapport d'un groupe de travail OMS, avec la collaboration du C.I.G.S., Paris.

31 - CLARK DM (1988) :

"A cognitive model of Panic Attacks".

in : RACHMAN SJ and MASER J (1988), eds "Panic: Psychological perspectives".

Lawrence Erlbaum Associate, Hillstale, New Jersey.

32 - CLEMENT JP (1990) :

"Deuil et vieillissement".

Séminaires du GIRAD, 1990-1991 : 64-72.

33 - CLEMENT JP, LEGER JM (1992) :

"Place de la personne âgée dans la société".

Psych. Franc., Vol XXIII, Sept. : 9-17.

34 - CLONINGER C (1990) :

"Comorbidity of anxiety and depression".

J. Clin. Psychopharmacology, 10 : 43-46.

35 - COMMANDEUR MC, BOUCKSON G, DE ALCALA P (1989) :

"La fugue de la personne âgée".

Psychologie Médicale, Vol. 21, n°8 : 1098-1101.

36 - COPELAND JRM & al (1976) :

"A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly : the Geriatric Mental State Schedule". 1 Development and Reliability".

Psychol. Med., 6 : 439-449.

37 - COPELAND JRM & al (1987) :

"The distribution of dementia, depression and neurosis in elderly men and women in an urban community".

Int. J. of Geriatric Psychiatry, 2 : 177-184.

38 - COTTRAUX J, BOUVARD M, LEGERON P (1985) :

"Echelle SCAG".

In : "Méthode et échelle d'évaluation des comportements", EAP, Paris : 209-212.

39 - CUNY G (1989) :

"Conduites et comportements moteurs anormaux ; nature et valeurs".

Psychologie Médicale, vol. 21, n°8 : 1067-1070.

40 - DANION JM (1990) :

"Le traitement médicamenteux de l'anxiété du sujet âgé".

Psychologie Médicale, 22, 9 : 839-901.

41 - DAVIES KN, BURN WV, Mc KENZIE FR & al (1993) :

"Evaluation of the hospital anxiety and depression scale as a screening instrument in geriatric medical inpatients".

Internat. J. Ger. Psych., 8 : 165-169.

42 - EISELE R (1985) :

"Les échelles d'évaluation clinique en pratique courante".

Med et Hyg., 47 : 2754-2758.

43 - EY H, BERNARD P et BRISSET Ch (1989) :

Manuel de Psychiatrie, 6ème édition, Masson

44 - EY H (1950) :

"L'anxiété morbide - Etude n°15".

In : Ed. Desclée et Brouwer, Paris. "Etudes Psychiatriques", Tome II : 379-425.

45 - FELINE A, LEPINE JP (1982) :

"Sémiologie des conduites d'inhibition".

EMC Psychiatrie, Paris, 37114 A¹⁰ 9.

46 - FERRERI M (1992) :

"Les échelles d'évaluation des troubles anxieux et dépressifs".

Psych. Mag., 18 : 3-28.

47 - FERRERI M, VON FRENCKELL R, MIRABEL V & al (1988) :

"Une nouvelle échelle d'évaluation quantitative et qualitative de l'anxiété : le FARD (Ferreri Anxiety Rating Diagram)".

L'Encéphale, XIV : 385-393.

48 - FERREY G (1992) :

"Psychosomatique des vertiges".

Psychol. Med., 24, 3 : 251-256.

49 - FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MAC HUGH PR (1975) :

"MMS : a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician".

J. Psych. Res., 12 : 189-198.

50 - FOSTER JR, REISBERG B (1984) :

"Effects of ageing on psychiatric disorders beginning earlier in life".

In : KAY, BURROWS (eds) : "Handbook of studies on psychiatry and old age". Elsevier Science Publishers, B.V., p 265-276.

51 - FREUD S (1926) :

"Inhibition, symptôme et angoisse".

Paris, P.U.F., 1968, 103 p.

52 - FYER AJ, HANNUZZA S, MARTIN LY & al (1989) :

"Reliability of anxiety assessment". II. Symptom agreement.

Arch. Gen. Psych., 46 : 1102-1110.

53 - GODEAU P (1991) :

"Anxiété et Médecine".

Act. Med. Int. - Psychiatrie - 8 : 8-11.

54 - GRANDJEAN JM, MICHON-RAFFAITIN P (1987) :

"La place contradictoire de l'angoisse dans la théorie freudienne et ses rapports avec la dépression".

Séminaires du GIRAD, 33-43.

55 - GUELFY JD (1983) :

"Evaluation de l'anxiété".

Rev. Frac. de Psychiatrie, Vol.1, n°3 : 8-20.

56 - GUELFY JD, BOBON D (1989) :

"Echelles d'évaluation en psychiatrie".

EMC Psychiatrie, Paris, 37200 A¹⁰ 10.

57 - HAMILTON M (1959) :

"The assessment of anxiety states by rating".

Br. J. Med. Psychol., 32 : 50-55.

58 - HARDY MC, HARDY P, KERNIS O (1985) :

"Sémiologie des conduites anxieuses".

EMC Psychiatrie, Paris, 37112 A¹⁰.

59 - HENDERSON AS (1990) :

"The social psychiaty of later life".

Br. J. Psych., 156 : 645-653.

60 - HENDERSON AS, KAY DWK (1984)

"The epidemiology of mental disorders in the aged".

In : KAY DWK, BURROWS ED (eds) : "Handbook of studies on psychiatry and old age".

Amsterdam, Elsevier Science Publishers, p. 54-77.

61 - HOEHN-SARIC R (1982) :

"Comparison of generalized anxiety disorders with panic disorder patients.

Psychopharmacol. Bull., 18 : 104-108.

62 - INSERM (1969) :

"Classification française des troubles mentaux".

Bull, 24, n° 2.

63 - ISRAEL L, KOZAREVIC D, SARTORIUS N (1984) :

"Sandoz Clinical Assessment Geriatric (SCAG) : évaluation clinique en gériatrie".

In : "Evaluation en gérontologie". Vol. 1. Manuel de références de moyens d'investigation et de mesure des fonctions mentales. Basel, Karger : 285-286.

64 - ISRAEL L, KOZAREVIC D, SARTORIUS N (1984) :

"Echelle d'Appréciation Clinique en Gériatrie (EACG)".

In : "Evaluation en gérontologie". Vol. 1. Manuel de références de moyens d'investigation et de mesure des fonctions mentales. Basel, Karger : 291-292.

65 - JENSEN E, DEHLIN O (1993) :

"A comparison between Three psychogeriatric rating scales".

Int. J. Ger. Psych., Vol. 8 : 215-229.

66 - KELLNER R, UHLENMUTH EH (1991) :

"The rating and self rating of anxiety".

Br. J. Psych., 159 (suppl 12) : 15-22.

67 - KENN C, WOOD H, KUCYJ M & al (1987) :

"Validation of the hospital anxiety and depression scale in an elderly psychiatry population".

Int. J. Ger. Psych., 2 : 189-193.

68 - KHACHATURIAN ZS (1984) :

"Towards theories of brain ageing".

In : Kay, Burrows (eds) : "Handbook of studies in psychiatry and old age". Amsterdam, Elsevier Science Publishers, p. 7-27.

69 - KUA EH, KO SM (1992) :

"A questionnaire to screen for cognitive impairment among elderly people in developing countries".

Acta. Psych. Scand., 82 : 119-122.

70 - KURIHARA M (1988) :

"Etude comparative de deux échelles d'évaluation de l'anxiété".

Synapse, 41 : 66-72.

71 - LANE J.W., ALEC POLLARD C., GERALD L.C. (1990) :

"Validity study of the anxiety symptom interview".

J. Clin. Psychol., 46, 1 : 52-57.

72 - LAVOISY J. (1992) :

"The Hamilton Anxiety Scale, 1959".

Séminaire F.U.A.G., 2 Avril 1992.

73 - LEGER JM, CLEMENT JP, TESSIER JF (1988) :

"Etats psychopathologiques et vieillissement".

Table ronde "Le vieillissement cérébral". Paris, le 7 Juin 1988.

74 - LEGER JM, TESSIER JF, MOUTY MD (1989) :

"L'Anxiété".

In : Edition DOIN, Paris : "Psychopathologie du vieillissement" : 29-35.

75 - LEGER JM, DE REKENEIRE N (1992) :

"Stress, emotion et troubles organiques : une chaine infernale à bien connaitre chez le sujet âgé".

Psychologie Médicale, 24, 4 : 382-384.

76 - LE GOUESS G (1984) :

"Aspects de la vie mentale tardive".

Rev. Franc. Psychanal., 5 : 1260-1271.

77 - LEMPERIERE T (1991) :

"L'épidémiologie psychiatrique".

Medical Digest Psychiatry, Vol. 7, n° 2 : 1-2.

78 - LEPINE JP (1987) :

"Epidémiologie des attaques de panique et de l'agoraphobie".

In : Ed JP Goureau, JB Boulanger : "L'attaque de panique : un nouveau concept ?" : 39-78.

79 - LEPINE JP (1991) :

"Epidémiologie de l'anxiété en médecine générale".

Actualités Médicales Internationales - Psychiatrie, Septembre, 8 : 22-28.

80 - LESUR A, BONNET D, VICAUT E, LEMPERIERE T (1989) :

"L'échelle brève d'anxiété de Tyrer en pratique hospitalière".

L'Encéphale, XV : 535-542.

81 - LINDESAY J (1990) :

"The Guy's / Age concern survey : physical health and psychiatric disorder in an urban elderly community".

Int. J. Ger. Psych., 5 : 171-178.

82 - LINDESAY J (1991) :

"Phobic disorders in the elderly".

Br. J. Psych., 159 : 531-541.

83 - LINDESAY J, BRIGGS K, MURPHY E (1989) :

"The Guy's / Age concern survey. Prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community".

Br. J. Psych., 155 : 317-329.

84 : LIPMAN RS (1982) :

"Differentiating anxiety and depression in anxiety disorders : use of rating scales".

Psychopharmacol. Bull. 18 : 69-77.

85 - MAIER W, BULLER R, PHILIPP M, HEUSER I (1988) :

"The Hamilton anxiety scale : reliability, validity and sensibility to change in anxiety and depressive disorders".

J. Aff. Disor., 14 : 61-68.

86 - MALAUZAT D, NOEL F, BOURLOT D (1989) :

"L'anxiété et le vieillissement".

Psychologie Médicale, 21, 8 : 1181-1186.

87 - MENSH IN (1984) :

"Psychological aspects of physical illness in the elderly".

In : Kay, Burrows (eds). "Handbook of studies on psychiatry and old age". Amsterdam, Elsevier Science Publishers : 201-215.

88 - MICHEL JP (1989) :

"Comportements et conduites : appréciation générale chez l'âgé".

Psychologie Médicale, 21, 8 : 1029-1032.

89 - MOAMAÏ N (1989) :

"Dépression et anxiété au 3ème âge : diagnostic différentiel et aspect thérapeutique".

Psychologie Médicale, 21, 8 : 1161-1162..

90 - OCDE - Rapport de 1992.

"Politiques urbaines pour les personnes âgées".

Publication de l'OCDE, Paris : 20-41.

91 - O.M.S. - Genève (1993) :

Classification internationale des maladies - 10ème révision . Chapitre V : Troubles mentaux et du comportement.

Ed Masson.

92 - PELLET J, LANG F (1987) :

"Psychométrie de la dépression et de l'anxiété".

In : Ed Ellipse, Paris. "Anxiété - dépression : rupture ou continuité ?". Darcourt G, Pringuey D: p. 106-122.

93 - PERSE J (1978) :

"Etude psychométrique de l'anxiété".

Psychologie Médicale, 10, A "hors série" : 177-182.

94 - PHILIP K, Mc CULLOUGH MD (1992) :

"Evaluation and management of anxiety or the older adult".

Geriatrics, 47, 4 : 35-38.

95 - PICHOT P, GORCEIX A, PERSE J (1960) :

"L'appréciation de l'anxiété pathologique par la méthode des questionnaires".

Rev. Psychol. Appl. 10, 4 : 263-279.

96 - PICHOT P, WIDLÖCHER D, PULL CB (1989) :

"Epidémiologie de l'anxiété dans la population générale française".

Psych. et Psychobiol., 4 : 257-266.

97 - POROT A (1984) :

Manuel alphabétique de psychiatrie. 6ème édition. P.U.F.

98 - PULL CB (1981) :

"Psychopathologie quantitative de l'anxiété : questionnaires, échelles d'application, critères de diagnostic".

Forum du BCNBP - Luxembourg, 23 Octobre 1981.

99 - PULL CB (1987) :

"Nosographie des états anxieux".

In : Edition Masson (Paris). "L'anxiété", PICHOT P : 103-113.

100 - PULL CB, WIDLÖCHER D (1989) :

"Anxiety related inhibition".

Psych. and Psychobiol., 4 : 1-11.

101 - RINNE JO, LONNBERG P, MARJAMAKI P (1990) :

"Age dependant decline in human brain dopamine D₁ et D₂ receptors".

Brain Res., 508 : 349-352.

102 - ROTH M, MOUNTJOY C (1980) :

"States of anxiety in late life : prevalence of anxiety and relates emotional disorders in the elderly".

In : Burrows - Davies (eds) : "Handbook of studies on anxiety". Elsevier Science Publishers, North Holland. Biomedical Press : 193-215.

103 - ROUILLON F (1992) :

"Les facteurs de risque des troubles anxieux".

Tempo Médical, 470 : 23-25.

104 - SAINT JEAN O (1992) :

"Malaises et chutes chez les sujets âgés".

Instantanés Médicaux, 6 : 37-40.

105 - SALKOVSKIS PM (1991) :

"Anxiété et santé : aspects cognitivo-comportementaux".

In : Actualités Médicales Internationales, Psychiatrie, 8 : 78-88.

106 - SALKOVSKIS PM, WARNICK HMC (1986) :

"Morbid preoccupations, health anxiety and reassurances a cognitive behavioural approach to hypochondriasis".

Behav. Res. & Therapy, 24 : 597-602.

107 - SAMUELIAN JC (1990) :

"Les échelles d'évaluation de l'anxiété".

Neuropsych., 5, 1 : 49-52.

108 - SAPIR M (1992) :

"Troubles fonctionnels, angoisse, dépression".

Psychologie Médicale, 24, 4 : 352-353.

109 - SCHWARTZ D (1963) :

Table du coefficient de corrélation.

In : "Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes". 5ème Edition.

Flammarion Médecine Sciences : 296.

110 - SCHWEIZER E, CASE WG, RICKELS K (1989) :

"Benzodiazepins dependence and withdrawal in elderly patients".

Am. J. Psych. 146 : 529-531.

111 - SHADER RJ, GOODMAN N, GEVER J (1982) :

"Panic disorders and other anxiety disorders".

J. Clin. Pharmacol., 2, suppl 6 : 2-10.

112 - SINGER L (1987) :

"Les conceptions actuelles sur la nosographie des états anxieux".

In : Darcourt G, Pringuey D (eds) : "Anxiété - Dépression : rupture ou continuité ?".

Ellipse, Paris : 21-29.

113 - SKOOG I (1993) :

"The prevalence of psychotic, depressive and anxiety syndromes in demented and non demented 85-years-old".

Int. J. Ger. Psych., 8 : 247-253.

114 - SNAITH RP, BAUGH SJ, CLAYDEN AD & al (1982).

"The Clinical Anxiety Scale : an instrument derived from the Hamilton Anxiety Scale".

Br. J. Psych., 141 : 518-523.

**115 - SOCIAL PSYCHIATRY RESEARCH UNIT, NATIONAL HEALTH and
MEDICAL RESEARCH COUNCIL, AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY
(1992) :**

"The Camberra interview for the elderly : a new field instrument for the diagnosis of dementia and depression by IC D₁₀ and DSM III R".

Acta Psych. Scand., 85 : 105-113.

116 - SPIELBERGER C (1966) :

In : New York, Academic Press : "Anxiety and behavior". 414 p.

117 - TESSIER JF, LEGER JM (1988) :

"La dépression du sujet âgé : une question de mot".

Psychologie Médicale, 20, 6 : 775-778.

118 - THORPE GL, BURNS LE (1983) :

"The agoraphobic syndrom".

New York, John Wiley and Sons.

119 - VAN VALKENBURG R & al (1984) :

"Anxious depression : comparison with panic and major depressive disorders".

J. of Affective Disorders, 6 : 67-82.

120 - VON FRENCKELL R, FERRERI M, BONNET D (1990) :

"Typologie des patients anxieux et validation de l'échelle FARD".

Psych. & Psychobiol., 5 : 269-273.

121 - VON FRENCKELL R, FERRERI M, TAWIL S & al (1987) :

"Construction et validation préliminaire d'une échelle d'anxiété : le FARD".

Acta Psych. Belg., 87 : 704-713.

122 - WAINTRAUB L, ISRAEL L (1990) :

"Le point sur l'apport des techniques de psychométrie en psychopathologie quantitative".

Psychologie Médicale, 22, 9 : 815-818.

123 - WANDS K, MERSKEY H, HACHINSKI VC & al (1990) :

"A questionnaire investigation of anxiety and depression in early dementia".

J. of Am. Geriatric Soc., 38, 5 : 535-538.

124 - WEISSMAN MM (1985) :

"The epidemiology of anxiety disorders : rate, risk, and family patterns".

In : Maser ID & Tuma AH (eds) : Anxiety and anxiety disorders". Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum Associates : 275-296.

125 - WEISSMAN MM, LEAF PJ, HOLZER CE & al (1985) :

"The epidemiology of anxiety disorders : a high light of recent evidence".

Psychopharmacol. Bull. 21, 3 : 538-541.

126 - ZARIFIAN E (1990) :

"Psychiatrie et Médecine".

In : Symposium International Anxiété et médecine - Octobre 1990 - Paris.

Actualités Médicales Internationales - Psychiatrie, Septembre 1991, 8 : 6-7.

127 - ZIGMOND AS, SNAITH RP (1987) :

"The Hospital Anxiety and depression Scale".

Acta Psych. Scand., 67 : 361-370.

128 - ZUNG WWK (1971) :

"A rating instrument for anxiety disorders".

Psychosomatics, 12 : 271-279.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	p. 17
1ère PARTIE : PARTIE THEORIQUE	p. 19
I - RAPPELS EPIDEMIOLOGIQUES	p. 20
1 - 1 Le vieillissement	p. 20
1 - 2 Les troubles anxieux	p. 20
II - DONNEES CLINIQUES	p. 21
2 - 1 Sémiologie générale des conduites anxieuses	p. 21
2 - 1 - 1 Crises d'angoisse	p. 22
2 - 1 - 1 - 1 Manifestations subjectives	p. 22
2 - 1 - 1 - 2 Manifestations somatiques	p. 22
2 - 1 - 1 - 3 Manifestations psychosensorielles	p. 23
2 - 1 - 1 - 4 Manifestations comportementales	p. 23
2 - 1 - 2 Anxiété chronique	p. 24
2 - 1 - 2 - 1 Sur le plan psychique	p. 24
2 - 1 - 2 - 2 Sur le plan somatique	p. 24
2 - 1 - 3 Les phobies	p. 25
2 - 2 Points particuliers de la sémiologie anxieuse en psychogériatrie	p. 26
2 - 2 - 1 Vertiges, malaises et chutes	p. 27
2 - 2 - 2 Troubles du comportement	p. 29
2 - 2 - 2 - 1 Rappels et définitions	p. 29
2 - 2 - 2 - 2 Chez le sujet âgé	p. 29
2 - 2 - 2 - 3 Tableaux cliniques	p. 30
2 - 2 - 3 Les troubles fonctionnels	p. 31

2 - 2 - 4 L'hypochondrie	p. 32
2 - 2 - 5 La comorbidité Anxiété-Dépression	p. 33
2 - 2 - 6 Les interactions Maladies somatiques - Troubles anxieux	p. 36
2 - 2 - 6 - 1 En gériatrie ou gérontopsychiatrie,...	p. 36
2 - 2 - 6 - 2 Les maladies psychiatriques...	p. 37
2 - 2 - 6 - 3 A l'inverse parfois,...	p. 37
2 - 2 - 6 - 4 Un épisode psychiatrique aigu...	p. 37
2 - 2 - 6 - 5 L'accroissement...	p. 37
2 - 2 - 7 Le contexte psychosocial et les éventuels facteurs déclenchants	p. 39
2 - 2 - 8 Conclusion	p. 39

III - PSYCHOPATHOLOGIE p. 40

3 - 1 Les concepts de l'anxiété	p. 40
3 - 1 - 1 Théories freudiennes	p. 41
3 - 1 - 1 - 1 Première théorie (1895) : théorie économique	p. 41
3 - 1 - 1 - 2 Deuxième théorie : théorie fonctionnelle	p. 42
3 - 1 - 1 - 3 Rapport entre angoisse et dépression dans l'oeuvre de Freud	p. 43
3 - 1 - 2 Théorie cognitivo-comportementaliste	p. 43
3 - 1 - 2 - 1 Définitions	p. 43
3 - 1 - 2 - 2 Théorie	p. 44
3 - 1 - 2 - 3 En pratique	p. 45
3 - 1 - 3 Anxiété-Trait et Anxiété-Etat	p. 45
3 - 1 - 3 - 1 Conception d'anxiété-trait et d'anxiété-état selon Cattell	p. 46
3 - 1 - 3 - 2 Conception de Spielberger	p. 46
3 - 2 Psychopathologie du vieillissement	p. 47

IV - NOSOGRAPHIE DES ETATS ANXIEUX	p. 49
4 - 1 Nosographie classique	p. 50
4 - 1 - 1 Etats anxieux réactionnels	p. 50
4 - 1 - 2 Etats anxieux et névrose	p. 50
4 - 1 - 3 Etats anxieux et psychoses	p. 51
4 - 1 - 4 Etats anxieux symptomatiques	p. 52
4 - 2 Classification française des troubles mentaux	p. 52
4 - 3 Classification de l'OMS : la C.I.M. 10	p. 52
4 - 4 DSM III et DSM III R	p. 53
V - PSYCHOMETRIE	p. 57
5 - 1 Psychométrie générale	p. 57
5 - 1 - 1 Définition - Historique	p. 57
5 - 1 - 2 Classification	p. 58
5 - 1 - 2 - 1 Selon leur utilisation en psychiatrie	p. 58
5 - 1 - 2 - 2 Selon l'utilisateur	p. 58
5 - 1 - 2 - 3 Selon le système de cotation	p. 59
5 - 1 - 2 - 4 Selon la pathologie explorée	p. 59
5 - 1 - 3 Utilisation, limites et risques de la psychopathologie quantitative	p. 59
5 - 1 - 3 - 1 Construction d'une échelle	p. 59
5 - 1 - 3 - 2 Limites de la psychopathologie quantitative	p. 60
5 - 1 - 4 Evolution des approches méthodologiques	p. 61
5 - 1 - 4 - 1 La population concernée : critères diagnostiques et nouveaux concepts	p. 61
5 - 1 - 4 - 2 Les problèmes d'évaluation	p. 62
5 - 1 - 4 - 3 Les apports techniques	p. 63
5 - 1 - 4 - 4 Les problèmes de fond	p. 64

5 - 2 Psychométrie de l'anxiété	p. 64
5 - 2 - 1 Généralités	p. 64
5 - 2 - 2 Echelles d'anxiété	p. 64
5 - 2 - 2 - 1 Echelles d'hétéroévaluation	p. 64
5 - 2 - 2 - 2 Echelles d'autoévaluation	p. 65
 2ème PARTIE : ETUDE CLINIQUE	p. 66
 I - OBJECTIFS	p. 67
 II - MATERIEL ET METHODES	p. 67
2 - 1 Population	p. 67
2 - 2 Description des instruments choisis	p. 68
2 - 2 - 1 Echelle de Hamilton	p. 68
2 - 2 - 2 Echelle AMDP	p. 69
2 - 2 - 2 - 1 AMDP	p. 69
2 - 2 - 2 - 2 AMDP-AT	p. 69
2 - 2 - 3 FARD	p. 70
2 - 2 - 4 Echelle de dépression	p. 70
2 - 2 - 5 MMS	p. 70
2 - 3 Méthodes	p. 71
2 - 3 - 1 Enregistrement des patients	p. 71
2 - 3 - 2 Analyse statistique	p. 72
2 - 3 - 3 Proposition d'une nouvelle échelle	p. 73
 III - RESULTATS	p. 73
3 - 1 Résultats descriptifs simples	p. 73

3 - 1 - 1	Anxiété clinique	p. 73
3 - 1 - 2	Motif d'hospitalisation	p. 74
3 - 1 - 3	Antécédents	p. 74
3 - 1 - 4	Traitement à l'admission	p. 75
3 - 2	Evaluation quantitative	p. 76
3 - 3	Résultats des croisements et corrélations	p. 77

IV - DISCUSSION p. 89

4 - 1	Méthodologie	p. 89
4 - 2	Critiques des instruments choisis	p. 90
4 - 2 - 1	Echelle d'Hamilton	p. 90
4 - 2 - 2	L'AMDP-AT	p. 91
4 - 2 - 3	Diagramme FARD	p. 92
4 - 2 - 4	Echelle de dépression de Yesavage	p. 93
4 - 2 - 5	MMS de Folstein	p. 93
4 - 3	Commentaires des résultats	p. 94
4 - 3 - 1	Anxiété clinique et anxiété quantitative	p. 94
4 - 3 - 2	Dépression	p. 95
4 - 3 - 3	Fonctions supérieures	p. 95
4 - 3 - 4	Influence des antécédents et du traitement	p. 96
4 - 3 - 5	Sélections des items	p. 97

V - PROPOSITION D'UN NOUVEL INSTRUMENT DE PSYCHOMETRIE p. 101

5 - 1	Résultats théoriques	p. 101
5 - 2	En pratique : présentation de notre instrument à propos de 5 observations cliniques	p. 103
5 - 2 - 1	Observations cliniques	p. 105

5 - 2 - 2 Commentaires

p. 108

CONCLUSION

p. 109

ANNEXES

p. 112

BIBLIOGRAPHIE

p. 127

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 instruirais et les soignerais 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.

BON A IMPRIMER N° ~~59~~

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

DORMOIS (Isabelle). — Evaluation de l'anxiété chez le sujet âgé. — 154 f. ;
ill. ; tabl. ; 30 cm. (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1993).

RESUME :

Les troubles anxieux ont fait l'objet d'un intérêt croissant depuis 1980, mais leur étude en médecine gériatrique est encore peu répandue.

Bien que le développement de la psychogériatrie ait permis la reconnaissance de particularités sémiologiques liées au vieillissement, les instruments de psychométrie à notre disposition pour l'évaluation des troubles anxieux n'ont fait l'objet d'aucune étude de validation chez les sujets âgés de 65 ans et plus.

Dans notre étude, 60 patients hospitalisés ont été soumis à trois échelles d'anxiété, une échelle de dépression et le M.M.S. Finalement, 20 items apparaissent comme les plus significatifs de l'anxiété chez le sujet âgé.

MOTS CLES :

- Anxiété.
 - Vieillard.
 - Psychométrie.
-

JURY : Président : Monsieur le Professeur LEGER.
Juges : Madame le Professeur ARCHAMBEAUD.
Monsieur le Professeur DUMAS.
Monsieur le Professeur PIVA.
Membre invité : Monsieur le Docteur CLEMENT.
